SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2022-2023

22 MAI 2023

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

AUDITIONS

Voir:

Documents du Sénat:

7-245 – 2020/2021:

Nº 1: Demande d'établissement d'un rapport d'information.

7-245 – 2022/2023:

Nº 2: Rapport.
Nº 3: Constatations et recommandations.

Ce document n'est pas disponible en version papier.

7-245/4

BELGISCHE SENAAT

ZITTING 2022-2023

22 MEI 2023

Informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld

HOORZITTINGEN

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.

Dit document is niet op papier beschikbaar.

SOMMAIRE

I. Auditions du 25 octobre 2021 4

A. Exposé de Mme Régine Tierens et Mme Lavina Giudice, NASCI vzw – Centre de l'aide à l'enfant 4

B. Exposé de Mme Anissa D'Ortenzio, les Femmes prévoyantes socialistes 4

C. Exposé de Mme Noëmi Willemen, EFSA – École de sexologie et des sciences de la famille, UCLouvain 6

D. Exposé de Mme Florence Guiot et Mme Marie-Hélène Lahaye, Plateforme citoyenne pour une naissance respectée 10

E. Échange de vues 15

II. Auditions du 29 novembre 2021 25

A. Exposé de M. Guy Verhulst et Mme Magali Verheecke, de la *Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie* (VVOG) 25

B. Exposé de Mme Marlene Reyns, *Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen* (VBOV – Organisation professionnelle flamande des sages-femmes) 32

C. Exposé de M. Pierre Bernard, Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique 34

D. Échange de vues 40

E. Exposé de Mme Marleen Temmerman, Centre of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University East Africa, et faculté Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Ugent 45

F. Échange de vues 48

G. Exposé de Mme Vanessa Wittvrouw, Union professionnelle des sages-femmes belges et Conseil fédéral des sages-femmes 49

H. Exposé de M. Joeri Vermeulen, *Erasmushogeschool Brussel*, chercheur à la VUB et membre des conseils d'administration de la *Belgian Midwives Association* (BMA) et de l'*European Midwives Association* (EMA) 52

I. Échange de vues 54

III. Auditions du 14 mars 2022 59

A. Exposé de M. Luc Roegiers, groupe interdisciplinaire de périnatalité de l'ULB/UCL 59

B. Exposé de Mme Martine Hollander, *Radboud University Medical Center*, Nimègue 62

C. Échange de vues 66

IV. Auditions du 28 mars 2022 77

A. Exposé de Mme Pascale Gustin, service de santé mentale «Le chien vert» 77

B. Exposé de M. Xavier Capelle, service de gynécologie obstétrique du CHU de Liège 79

C. Échange de vues 82

INHOUD

I. Hoorzittingen van 25 oktober 2021 125

A. Uiteenzetting met mevrouw Régine Tierens en mevrouw Lavina Giudice, NASCI vzw – Dienstencentrum voor het kind 125

B. Uiteenzetting met mevrouw Anissa D'Ortenzio, bij de *Femmes prévoyantes socialistes* 125

C. Uiteenzetting van mevr. Noëmi Willemen, EFSA – *École de sexologie et des sciences de la famille* aan de *UCLouvain* 128

D. Uiteenzetting van mevrouw Florence Guiot, en mevrouw Marie-Hélène Lahaye van het *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée* 131

E. Gedachtewisseling 136

II. Hoorzittingen van 29 november 2021 146

A. Uiteenzetting van de heer Guy Verhulst en mevrouw Magali Verheecke, Bijzondere Interessegroep jong gynaecologen, Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie (VVOG) 146

B. Uiteenzetting van mevrouw Marlene Reyns, Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV) 152

C. Uiteenzetting van de heer Pierre Bernard, *Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique* 155

D. Gedachtewisseling 161

E. Uiteenzetting van mevrouw Marleen Temmerman, *Centre of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University East Africa* en faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, UGent 167

F. Gedachtewisseling 170

G. Uiteenzetting van Mevrouw Vanessa Wittvrouw, *Union professionnelle des sages-femmes belges* en Federale Raad voor de vroedvrouwen 171

H. Uiteenzetting van de heer Joeri Vermeulen, Erasmushogeschool Brussel, onderzoeker aan de VUB en bestuurslid bij de *Belgian Midwives Association* (BMA) en de *European Midwives Association* (EMA) 174

I. Gedachtewisseling 176

III. Hoorzittingen van 14 maart 2022 181

A. Uiteenzetting van de heer Luc Roegiers, *Groupe interdisciplinaire de périnatalité* van de ULB / UCL 181

B. Uiteenzetting van mevrouw Martine Hollander, *Radboud University Medical Center*, Nijmegen 184

C. Gedachtewisseling 188

IV. Hoorzittingen van 28 maart 2022 198

A. Uiteenzetting van mevrouw Pascale Gustin, «*Le chien vert*» 198

B. Uiteenzetting van de heer Xavier Capelle, dienst gynaecologie en verloskunde van het CHU te Luik 200

C. Gedachtewisseling 204

V. Auditions du 9 mai 2022 88

A. Exposé de Mme Céline Landuyt et Mme Sophie Fraschina, Association francophone des doulas de Belgique (AFDB)..88

B. Échange de vues 90

C. Exposé de Mme Dominique Roynet, planning familial de Rochefort.....92

D. Exposé de Mme Sophie Evrard et Mme Milena Jarosik, département paramédical de la Haute école de Namur-Liège-Luxembourg (Hénallux) 96

E. Échange de vues.....99

VI. Auditions du 20 juin 2022.....101

A. Exposé de la professeure Anne Delbaere, service de Gynécologie-Obstétrique et de la docteure Clotilde Lamy, Clinique d'obstétrique, Hôpital Erasme, ULB.....101

B. Exposé de Mmes Greet Jorissen, Kaatje Keppens et Madhi Sysmans, Haute école Thomas More, campus Lierre, formation des sages-femmes 103

C. Échange de vues 107

VII. Auditions du 4 juillet 2022 111

A. Exposé de Mme Marie Debelle, autrice du mémoire de fin d'études: «Approche féministe et juridique des violences obstétricales», Faculté de droit et criminologie, UCLouvain 111

B. Exposé de Mme Miriam Ben Jattou, ASBL «Femmes de Droit, droit des femmes» 114

C. Exposé de Mme Élise De Saint Moulin, barreau de Bruxelles 116

D. Échange de vues 120

VIII. Acronymes utilisés 124

V. Hoorzittingen van 9 mei 2022 209

A. Uiteenzetting van mevrouw Céline Landuyt en mevrouw Sophie Fraschina, *Association francophone des doulas de Belgique* (AFDB)..... 209

B. Gedachtewisseling 211

C. Uiteenzetting van mevrouw Dominique Roynet, gezinsplanning te Rochefort 213

D. Uiteenzetting van de dames Sophie Evrard en Milena Jarosik, *Haute école de Namur-Liège-Luxembourg* (Hénallux) 217

E. Gedachtewisseling..... 220

VI. Hoorzittingen van 20 juni 2022..... 222

A. Uiteenzetting van hoogleraar Anne Delbaere, dienst Gynaecologie en Verloskunde en dokter Clotilde Lamy, Verloskunde Kliniek, Erasmus Ziekenhuis, ULB..... 222

B. Uiteenzetting van de dames Greet Jorissen, Kaatje Keppens en Madhi Sysmans, Hogeschool Thomas More, opleiding vroedvrouwen 224

C. Gedachtewisseling 228

VII. Hoorzittingen van 4 juli 2022 232

A. Uiteenzetting van mevrouw Marie Debelle, auteur van de masterproef «*Approche féministe et juridique des violences obstétricales*», Faculteit Rechtsgeleerdheid en Criminologische Wetenschappen, *UCLouvain* 232

B. Uiteenzetting van mevrouw Miriam Ben Jattou, vzw «*Femmes de Droit, droit des femmes*»..... 235

C. Uiteenzetting van mevrouw Elise De Saint Moulin, balie van Brussel 237

D. Gedachtewisseling 241

VIII. Gebruikte acronymen..... 245

I. AUDITIONS DU 25 OCTOBRE 2021

– Mme Régine Tierens, collaboratrice, et Mme Lavina Giudice, coordinatrice de NASCI vzw – Centre de l'aide à l'enfant;

– Mme Anissa D'Ortenzio, chargée d'études sur les thématiques relatives à la santé des femmes pour les Femmes prévoyantes socialistes;

– Mme Noëmi Willemen, assistante à l'EFSA – École de sexologie et des sciences de la famille à l'UCLouvain;

– Mme Florence Guiot, présidente, et Mme Marie-Hélène Lahaye, juriste, autrice et membre fondateur de la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée.

A. Exposé de Mme Régine Tierens et Mme Lavina Giudice, NASCI vzw – Centre de l'aide à l'enfant

NASCI est un centre d'aide à l'enfance. Le public cible sont les mères en situation de précarité qui ne disposent d'aucun revenu et résident dans la Région de Bruxelles-Capitale. Ces mères sont celles qui passent à travers les mailles du filet: elles n'ont pas droit au chômage, pas de revenus fixes ni de mutuelle. Parfois, ce sont de jeunes couples qui viennent du sud de l'Europe et ont déménagé en Belgique, sans avoir d'opportunité d'emploi, sans même parfois parler la langue ou sans être titulaires de diplômes reconnus. Le centre leur propose une aide matérielle (vêtements pour enfants, produits de santé pour enfants, etc.). NASCI est également une maison sociale qui tente d'aider les mères qui vivent dans la pauvreté et sont isolées. Des formations, des sorties et moments d'échange sont organisés régulièrement pour ce groupe cible. Des rencontres hebdomadaires (appelées *Mama's power*) permettent aux participantes de discuter en confiance et d'échanger entre paires. Un programme de soins de première ligne est également fourni. L'association collabore avec d'autres partenaires en ce sens. Par exemple, NASCI propose des services ou soins tels que le remplissage des cartes médicales. L'équipe effectue également de la prévention concernant la contraception, organise des consultations pour le placement de contraceptifs, etc.

B. Exposé de Mme Anissa D'Ortenzio, les Femmes prévoyantes socialistes

Les Femmes prévoyantes socialistes (FPS) est un mouvement bientôt centenaire, féministe, progressiste, mutualiste et laïque. Les FPS sont intégrées dans le réseau associatif de la mutualité Solidaris. L'association travaille en éducation permanente en Wallonie mais également à Bruxelles. Ses objectifs sont l'information, la sensibilisation et la mobilisation autour des enjeux qui touchent toutes les femmes en Belgique. Aujourd'hui, le propos de l'intervention sera essentiellement centré sur la santé des femmes.

Les FPS travaillent depuis 2018 sur le thème des violences obstétricales, en abordant les violences aussi bien gynécologiques qu'obstétricales. Plusieurs analyses, brochures et événements ont vu le jour dont des tables rondes avec des citoyens et citoyennes qui ont été victimes de violences obstétricales mais également certains professionnels de la santé qui ont accepté d'y participer (médecins, infirmiers et infirmières, sages-femmes, généralistes, etc.). L'intervenante précise qu'il est relativement complexe de sensibiliser les professionnels de la santé à ces formes de violences. Pourtant, elles ont de réels impacts sur la santé physique et mentale des femmes, en particulier celles qui accouchent ou au cours de la grossesse.

1) Le contexte

Depuis 2014, de nombreux témoignages relatifs à des violences obstétricales ont vu le jour avec, par exemple, des hashtags tels que *#payetonutérus* ou *#monpostpartum*. Au niveau historique, en s'appuyant sur divers ouvrages et contextes, on peut dire que la science gynécologique a été créée pour contrôler la sexualité et la reproduction des femmes. Après la Seconde Guerre mondiale, on constate une politique nataliste en Belgique qui ne considère pas la santé mentale ou physique de la femme et estime qu'elle sert à repeupler le pays. Il s'agit bien sûr d'une autre époque mais, Mme D'Ortenzio indique que certains héritages du passé subsistent encore aujourd'hui.

2) Définition

Les violences obstétricales et gynécologiques peuvent être définies comme suit: ce sont les violences dont les femmes peuvent être victimes lors de consultations gynécologiques et obstétricales. Les femmes sont placées en position relativement vulnérable et peuvent être victimes de sexisme, d'humiliations ou de violences physiques lors d'examens.

Quand on parle de femmes, on considère toutes les femmes, quel que soit leur âge. Lorsque les violences obstétricales sont abordées plus précisément, on parle alors des femmes en âge d'accoucher. C'est dès lors pour cette raison qu'il faut 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. Il s'agit là d'un réel enjeu de santé publique au vu des lourdes conséquences qui peuvent en résulter.

3) Quelques chiffres et exemples

- l'épisiotomie: selon le KCE (1), il s'agit d'une 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. Toutefois, cette pratique semble beaucoup trop utilisée par rapport à ce qui est conseillé par le KCE et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces institutions dénoncent effectivement le recours trop fréquent à cette pratique et prônent d'atteindre un taux de 10 %. Selon les derniers chiffres, l'épisiotomie est pratiquée à hauteur de 42 % en Flandre, 25 % en Wallonie et 20 % à Bruxelles. Cela équivaut à un accouchement sur trois. Pour les naissances d'un premier enfant, le chiffre s'élève à un accouchement sur deux en moyenne. Ces chiffres sont énormes par rapport à ceux issus des recommandations internationales. Mme D'Ortenzio rappelle qu'une épisiotomie est prônée pour éviter une déchirure grave. Or une déchirure naturelle du périnée est une coupure au niveau de la peau alors qu'une épisiotomie effectuée par un professionnel de la santé est une incision de plusieurs centimètres dans le muscle que constitue le périnée. Il s'agit d'une pratique beaucoup plus douloureuse et plus traumatique puisque la cicatrisation sera plus longue;

- les césariennes non consenties: en Belgique, un enfant sur cinq naît par césarienne. Toutefois, le profil médical des mères ou leurs souhaits ne justifient pas toujours cette pratique. Des facteurs logistiques, financiers ou organisationnels expliquent le recours à la césarienne; par exemple, pour accélérer l'accouchement en vue de passer à une autre patiente plus rapidement. Ce sont là des objectifs de rentabilité qui sont avancés;

- l'expression abdominale: autrement dit, appuyer sur le ventre de la patiente pour accélérer la naissance. À cela près que cette pratique est totalement proscrite par l'OMS et d'autres organismes internationaux. Elle n'a aucun intérêt médical et comporte uniquement des effets négatifs. Toutefois, elle subsiste toujours bel et bien en Belgique. Ce geste peut casser des côtes, engendrer des lésions des nerfs, un éclatement des organes dans le pire des cas, sans compter les séquelles psychologiques.

4) Conséquences sur la santé mentale et physique

Les conséquences de santé publique sont donc nombreuses. L'intervenante indique qu'après un tel traumatisme, deux grandes tendances se dégagent:

- des renoncements aux soins gynécologiques pour certaines d'entre elles. Pour ne plus revivre ce traumatisme ou par crainte de vivre de nouvelles violences soit par le même praticien soit en général, certaines recourent à une stratégie d'évitement. La relation de confiance avec le corps médical ou le praticien précisément se brise lorsque la patiente réalise qu'elle a vécu des violences. Ce renoncement aux soins aura des conséquences néfastes telles que l'absence de dépistage du cancer du col de l'utérus ou du sein ou le suivi de santé en général;

- la médicalisation supplémentaire: un accouchement représente un traumatisme physiologique et apporte une nouvelle organisation familiale qui n'est pas toujours aisée à mettre en œuvre. Sur ce fond de

(1) Centre fédéral d'expertise des soins de santé: *https://kce.fgov.be/fr*.

changements structurels et physiques, les violences obstétricales vont engendrer un stress post-traumatique et conduire à des dépressions post-partum. Lorsque ces pathologies seront prises en charge, elles engendreront un traitement médicamenteux supplémentaire qui peut représenter un frein dans l'attachement de la mère à son enfant. Une mère sur trois présente en effet en Belgique des symptômes post-traumatiques après un accouchement.

Mme D'Ortenzio énonce les propos d'Ingrid Bayot, sage-femme et auteure française: «Si les femmes étaient mieux accompagnées, le post-partum ne serait pas aussi souvent les catastrophes que l'on décrit.» Les chiffres sont déjà très parlants et les témoignages sont nombreux et assez faciles à retrouver sur les réseaux sociaux.

Dans une autre mesure, des conséquences sur le personnel soignant sont aussi à relever. Ces formes de violences peuvent être expliquées de diverses façons. D'une part, par la persistance d'une série de pratiques ou de protocoles désuets qui sont effectués par habitude. Il ne s'agit pas systématiquement de malveillance, mais d'une habitude ou d'un manque de formation continue à ces enjeux plutôt déontologiques. La prise de conscience du caractère anormal de ces pratiques constitue déjà une étape importante. Mais lorsque certains professionnels réalisent les violences qu'ils ont pu causer, un malaise professionnel et une désillusion de la profession sont constatés. Certaines études internationales montrent que les violences obstétricales et gynécologiques sont plus fréquentes lorsque les pratiques s'inscrivent dans un processus d'économie d'échelle, de standardisation, de maximisation de l'efficacité ou de rationalisation.

La notion de consentement est aussi au centre de la problématique. Les témoignages relatent souvent un manque d'information avant de réaliser 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. Or, lorsque les professionnels de la santé sont interrogés à ce sujet, peu d'entre eux disent connaître cette loi ou l'appliquer pleinement.

5) Pandémie

Mme D'Ortenzio évoque la situation particulière pour les suivis de grossesse et les accouchements durant la pandémie. En deux ans, une dégradation des conditions pour certains hôpitaux est constatée et ce, à travers de multiples témoignages. La pandémie semble avoir exacerbé certaines pratiques ou situations qui s'apparentent à des violences gynécologiques et obstétricales. Les raisons évoquées relèvent souvent d'un souhait d'éviter les infections. Toutefois, pour certaines personnes ou accouchements, ces pratiques ont eu des conséquences négatives. Il est important d'assurer des soins pratiqués correctement, que ce soit en période dite normale ou en temps de pandémie.

6) Solutions

Mme D'Ortenzio indique que lors des tables rondes mises en place en 2018-2019 par les FPS, une brochure avait vu le jour à destination de la sphère publique, en vue de mettre en avant les bonnes pratiques en la matière. Ces dernières sont accessibles et peu compliquées. Elles demandent une formation continue de la part des professionnels de la santé mais elles sont rendues possibles. Il est aussi nécessaire de développer de bons questionnements et des évaluations de pratiques. Pour ce faire, une collaboration saine avec les praticiens est indispensable.

C. Exposé de Mme Noëmi Willemen, EFSA – École de sexologie et des sciences de la famille, UCLouvain

Mme Willemen a recueilli au cours des dernières années, dans le cadre de son travail à l'EFSA et en tant qu'illustratrice, de nombreux témoignages de femmes qui ont vécu des violences obstétricales et gynécologiques. Ces violences représentent un problème systémique bien connu des professionnels de la santé. On constate d'ailleurs qu'il y a de plus en plus de chercheurs qui travaillent sur cette problématique. Des rapports,

publiés par des organismes internationaux comme l'Organisation des Nations unies (ONU) (2) ou encore le Conseil de l'Europe (3) en 2019, sont consacrés à ce thème. En Flandre, on travaille de plus en plus sur le sujet, via une plateforme pour une naissance respectée qui rassemble les témoignages.

On associe régulièrement la problématique des violences obstétricales et gynécologiques à des établissements hospitaliers ou cliniques dans les pays du Sud où il n'y a pas assez de personnel. Toutefois, les pays limitrophes de la Belgique et notre propre pays connaissent, eux aussi, cette problématique. Cette dernière a pris énormément de temps pour émerger, car ce sont des pratiques qui se sont tellement normalisées que l'on ne s'y arrête pas facilement. Beaucoup de personnes qui ont souffert de traumatismes indiquent qu'elles n'osent pas en parler avec leur entourage ou avec des professionnels de la santé. Celles qui s'en ouvrent, 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 la 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 et libérer la parole.

Des statistiques officielles devront être collectées sur le phénomène en Belgique, car il n'en existe pas encore. Une piste serait de créer un point de contact indépendant où pourraient être signalés les soins ou procédures inappropriés ainsi que les discriminations. Ce point de contact devrait être indépendant des hôpitaux, car les patientes semblent encore très réticentes à effectuer un signalement au sein des hôpitaux. Aux Pays-Bas, par exemple, un projet a été mis en place avec des personnes de confiance chargées d'assurer un suivi, ce qui ne semble pas superflu après un signalement qui ravive des souvenirs douloureux.

Le besoin de disposer de données en la matière est patent. Il importe à cet égard que les informations collectées proviennent non seulement d'associations sans but lucratif (ASBL) et de groupes d'intérêts, mais également de chercheurs en sciences humaines, de psychologues, sociologues, historiens, anthropologues, etc. Il existe énormément d'études académiques consacrées à la genèse et à l'évolution de nos soins périnatals et gynécologiques, mais ces études approfondissent rarement la littérature médicale ou ne sont guère destinées aux prestataires de soins. Ce sont des champs d'étude assez cloisonnés.

L'intervenante trouve important de rappeler que le concept de violences gynécologiques couvre une vaste réalité. 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 parcours de fertilité et à la ménopause. On peut citer le manque d'humanité à l'égard de la patiente et divers ressentis auxquels elle peut être confrontée dans le cadre de la ménopause, par exemple 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.

Mme Willemen aborde ensuite l'aspect de la sécurité dans le débat sur les violences gynécologiques. De nombreuses personnes sont satisfaites des soins qu'elles reçoivent. Nous pouvons nous prévaloir d'un système de soins performant qui dispense des soins de qualité. Les chiffres relatifs aux soins périnatals en Belgique comptent parmi les meilleurs au monde: ils sont aussi toujours cités sur le plan de la mortalité et de la morbidité. Nous ne disposons toutefois pas de statistiques concernant les discriminations basées sur l'ethnicité. Des études étrangères (4) montrent qu'il existe de sérieux problèmes à cet égard. Selon Mme Willemen, si l'on réalise des études en Belgique sur les discriminations commises sur les marchés du travail et du logement ou dans l'enseignement, il est également essentiel de se pencher sur l'appréciation que portent les personnes issues de l'immigration, des groupes racialisés ou marginalisés sur les soins dont elles bénéficient. Des statistiques doivent encore être collectées en la matière.

Il est également nécessaire d'élargir la définition de la «sécurité». Les chiffres dont nous nous targuons ont trait à la sécurité physique, mais de nombreuses personnes indiquent ne pas s'être senties en sécurité dans le cadre des soins visés. Selon l'intervenante, tant les études réalisées que les politiques mises en œuvre doivent accorder une plus grande attention au bien-être mental et émotionnel. C'est indispensable si l'on veut pouvoir esquisser une image globale des soins de santé. La santé ne se limite pas à l'absence de problèmes physiques.

---

(2) *Rapport de la rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences concernant 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*, juillet 2019: *https://undocs.org/fr/A/74/137*.

(3) *https://pace.coe.int/fr/files/28108/html#_TOC_d19e113*.

(4) Études réalisées aux États-Unis et au Royaume-Uni.

Les chiffres issus de l'étude 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 certaines études). Cela signifie par exemple que sur les 113 739 naissances enregistrées en Belgique en 2020 (5), 11 000 à 22 000 accouchements ont été vécus comme traumatisants. On peut même parler d'un stress post-traumatique pour 1 000 à 3 400 femmes. Il s'agit d'effets très intenses liés aux risques de complications médicales ou à des plaintes psychiques ou des traumatismes dans l'anamnèse. 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 très souvent sur la sensation d'avoir été mise sous pression, de ne pas avoir été suffisamment informée, soutenue ou écoutée. On constate dès lors que des femmes qui ont été confrontées à une pathologie lourde ou 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. Selon Mme Willemen, il est donc essentiel de parler explicitement de violences basées sur le genre pour qualifier la problématique, comme le fait également le Conseil européen dans la foulée de la Convention d'Istanbul.

Pour Mme Willemen, au vu des chiffres disponibles, l'on peut supposer que de nombreuses personnes qui franchissent le seuil d'une salle de consultation ont déjà vécu un traumatisme. Pourtant, la formation des prestataires de soins n'accorde pratiquement aucune attention à la prise en charge des personnes ayant subi un traumatisme. Autrement dit, notre système de soins de santé n'intègre pratiquement pas de soins tenant compte des traumatismes, et accorde bien trop peu d'attention à l'autodétermination. L'oratrice juge essentiel de qualifier le phénomène de forme de violence «institutionnelle»: il ne s'agit donc pas d'éliminer quelques pommes pourries, mais d'un système de transgression qui en abaisse le seuil. Cette situation s'explique par le fait qu'au cours du XXe siècle, nos soins se sont fortement américanisés. Ils sont passés de l'environnement social domestique de la sage-femme locale à un hôpital où, sous la supervision d'un médecin, la patiente accouche au milieu d'étrangers. Cela a conduit à une forte standardisation où ce sont les technologies qui déterminent les infrastructures et où l'on a développé des pratiques qui sont toujours appliquées aujourd'hui, alors qu'elles n'ont pas nécessairement été basées sur des données empiriques.

Il est également important de souligner que les violences gynécologiques touchent également les prestataires de soins de santé. Ces derniers ont d'ailleurs des difficultés à accepter le terme de «violences» parce que personne n'aime être qualifié de violent, et encore moins les prestataires de soins qui, comme l'a encore très clairement démontré la pandémie de la Covid-19, choisissent et exercent leur métier avec passion, souvent presque jusqu'à l'épuisement.

De nombreux prestataires de soins qui encadrent la naissance indiquent eux-mêmes que l'organisation actuelle des soins leur pèse, car elle laisse peu de place aux contacts personnels et à la réflexion. Les gynécologues voient souvent jusqu'à plusieurs dizaines de personnes par jour, auxquelles ils ne peuvent consacrer que dix minutes, avec en sus des tâches administratives à remplir et de grandes responsabilités à supporter. Les sages-femmes sont les premières à admettre qu'il est très difficile d'individualiser les soins dans un système où la charge de travail est élevée, où elles courent d'une salle d'accouchement à l'autre et doivent accompagner un événement aussi imprévisible qu'une naissance. Très souvent, elles ne connaissent même pas les personnes qui se présentent, et doivent établir un contact personnel entre les contractions, tout en consignant des données, en partageant des informations, en se montrant rassurantes et en détectant les besoins.

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. Il est vrai qu'en Flandre, il n'y a pas de système avancé de soins postnatals ou de sages-femmes de première ligne offrant un soutien à domicile; les futures mamans se retrouvent souvent précipitées en plein chaos, et si elles vivent des moments difficiles, elles devront en plus les digérer seules. En résumé, il est très difficile, vu les conditions de travail, d'offrir des soins individualisés:

– 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;

– les équipes de soins sont souvent organisées de manière très hiérarchique, de sorte que les stagiaires et jeunes soignants ont du mal à rapporter des difficultés. La quasi-totalité des soignants qui témoignent de 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 y a une sorte de culture du silence et

(5) Selon Statbel: *https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/forte-baisse-des-naissances-en-2020* (consulté le 23 novembre 2021).

beaucoup de jeunes soignants, comme l'ont montré les recherches internationales (6), sont eux-mêmes traumatisés, mais pour eux, il n'y a pas non plus de suivi.

La condition *sine qua non* pour résoudre la problématique dans son ensemble est d'investir dans les soins et les prestataires de soins. Pour pouvoir fournir des soins individualisés, il y a lieu de diminuer la charge de travail et de procéder à des réductions d'échelle.

Il faut aussi que l'offre de soins soit beaucoup plus claire – où se faire soigner (gratuitement)? – surtout pour les personnes qui se trouvent au bas de l'échelle socioéconomique. Le gynécologue est souvent consulté en première ligne. Une partie de la patientèle surconsomme les soins – trop d'examens et trop de traitements – tandis qu'une autre ne reçoit ou ne demande souvent rien et ne se manifeste qu'une fois admis à l'hôpital pour l'accouchement. Il faudrait développer un parcours de soins offrant davantage d'options, y compris en matière de soins postnatals. D'un côté, on encourage les parturientes à accoucher en ambulatoire, mais de l'autre, on les renvoie souvent seules chez elles dès le troisième jour, au moment où les suites de couches surviennent et où la dépression postnatale s'installe. Il serait par exemple possible de tirer profit de certaines recherches internationales intéressantes sur les soins organisés au niveau des quartiers, qui fonctionnent très bien dans les communautés noires.

Il convient avant tout de réagir collectivement aux violences gynécologiques, en réformant le système de soins proprement dit. Il s'agit aussi d'un phénomène défini culturellement. Il est problématique que de très nombreuses interventions ne respectent pas du tout les normes fixées par l'OMS. L'épisiotomie en est un exemple. Mme Willemen cite des chiffres de 2019: selon les mesures, l'on recense 14,4 % d'épisiotomies à Bruxelles, 18,6 % en Wallonie et 38,5 % en Flandre (dont, en Flandre, 58,5 % sont pratiquées sur des primipares). Il n'y a absolument aucune transparence à ce sujet. Au Danemark, par exemple, le chiffre est de 7 % et l'on ne constate aucune augmentation significative du nombre de déchirures du périnée qui permettrait de justifier une autre approche. La littérature internationale précitée montre donc que les règles varient d'un pays à l'autre et que les établissements de soins et les médecins agissent différemment. Sur ce plan, la patiente ignore qui va l'accoucher, contrairement, par exemple, à une personne qui doit subir une opération à la jambe, avec laquelle tous les scénarios ont été discutés et dont l'interlocuteur est son propre médecin. Pour un accouchement, en revanche, la parturiente peut tomber sur un gynécologue de garde dont elle ignore s'il pratique systématiquement ou non l'épisiotomie. La croyance la plus répandue en faveur de l'épisiotomie est qu'il vaut mieux une bonne suture qu'une mauvaise déchirure, alors que cette théorie a depuis longtemps été réfutée.

Des chiffres plus transparents, montrant qu'il ne s'agit pas d'une science exacte et que c'est aussi une question de culture et d'usages, seraient certainement utiles et permettraient d'aboutir à une sorte de contrôle de qualité des maternités en ce qui concerne le nombre d'épisiotomies, de césariennes, etc. Il n'en demeure pas moins que les données en question devront être corrigées, par exemple pour les hôpitaux universitaires, qui sont confrontés à davantage de pathologies que les autres maternités.

Pour Mme Willemen, il est encore plus important de considérer les violences gynécologiques de façon plus globale, en ne se limitant pas à l'aspect de la surmédicalisation, qui est en soi le résultat de la pression médicolégale. Selon elle, la discussion porte avant tout sur le respect des droits humains, qui doivent être le principe directeur et le point de départ de toute la problématique. Cela amène l'oratrice à orienter son exposé sur la nécessité de former les dispensateurs de soins sur les droits du patient, et plus spécifiquement sur la communication de ces droits et sur leur mise en œuvre, sur le cadre juridique dans lequel les prestataires de soins agissent et en ce qui concerne le sujet de droit – en l'espèce, la femme enceinte –, sur les concepts de consentement éclairé et de refus éclairé, etc. La loi du 22 août 2002 sur les droits du patient n'est pas (encore) assez appliquée. La patiente a notamment droit à une information complète, elle a le droit de marquer ou non son consentement, de différer un traitement, etc. Dans ce cadre, on entend par «information complète» la connaissance des avantages et des inconvénients d'un traitement et des alternatives possibles. Dans la pratique, très peu de formations sont dispensées à ce sujet. Les prestataires de soins ne savent parfois pas quoi faire avec une personne enceinte qui refuse une certaine approche: ce qui est vrai dans n'importe quel autre lit l'est certainement aussi dans le lit de maternité: le patient est maître de son propre corps.

Enfin, les violences gynécologiques sont aussi des violences épistémiques. Souvent, la naissance est abordée essentiellement comme un phénomène médical, trop rarement comme un événement de vie. Au final l'accouchement représente un vécu majeur dans la vie des parents, des familles et des communautés. Dans les salles

(6) Entre autres d'Australie.

d'accouchement, on ne fait pas que séparer les corps. Dans les maternités, on ne fait pas que guérir les corps, apprendre l'allaitement, etc. Pour Mme Willemen, il est donc clair que la vision prépondérante est médicale, mais elle est d'avis qu'il existe également un droit fondamental à une vie privée ou une vie de famille, et qu'il faut avoir le droit de vivre ces moments de vie comme on l'entend. Les propositions mentionnées précédemment, qui visent par exemple à réduire drastiquement les possibilités de visites dans les maternités, facilitent certes le travail des soignants et répondent certainement aux besoins de certains parents, mais il faut avant tout donner au patient la possibilité d'assouvir lui-même ses besoins et garder à l'esprit que tout le monde ne voit pas l'hôpital comme un lieu chaleureux et sûr.

D. Exposé de Mme Florence Guiot et Mme Marie-Hélène Lahaye, Plateforme citoyenne pour une naissance respectée

La Plateforme citoyenne pour une naissance respectée est une association existant depuis 2014 et regroupant des citoyennes et soignantes qui appellent au droit pour les femmes à choisir les conditions de leur accouchement et notamment à lutter contre les violences obstétricales et gynécologiques.

1) Définition des violences gynécologiques et obstétricales

Il existe de nombreuses définitions à travers le monde des violences gynécologiques et obstétricales. Cependant, il existe des points communs à toutes ces définitions. La plupart d'entre elles intègrent:

- la question du non-respect des droits du patient (loi du 22 août 2002) (7);
- l'inutilité médicale des gestes pratiqués. Cela renvoie aux principes de l'*evidence based medicine* (8) qui ne sont pas du tout respectés;
- 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 soin.

Les intervenantes projettent en séance une infographie présentant la pyramide de la progression des violences gynécologiques et obstétricales qui est issue de la littérature scientifique:

(7) *http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002082245*.
(8) *https://kce.fgov.be/fr/le-r%C3%A9seau-belge-devidence-based-practice*.

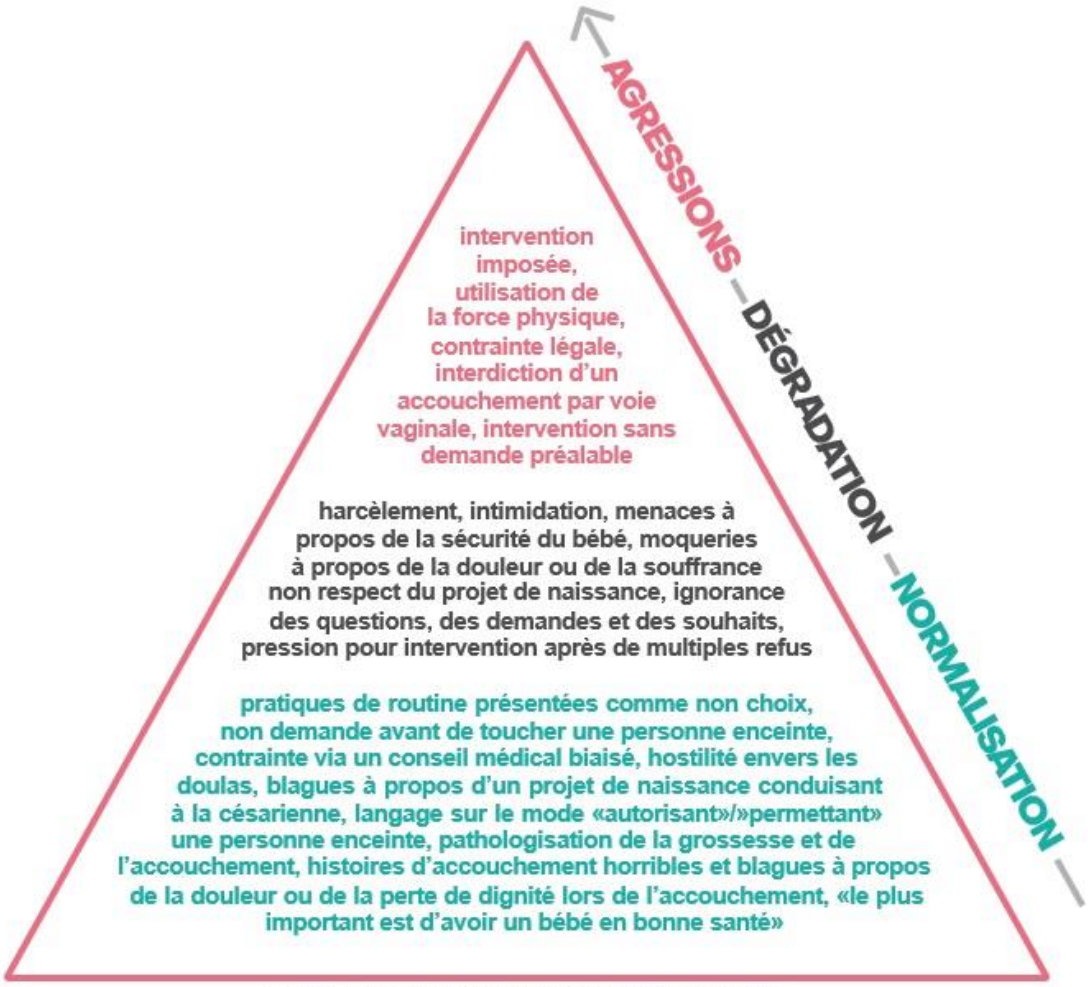


FIGURE 1 Pyramide de la violence obstétricale - © 2021 Birth Monopoly

3

2) Quelle est l'origine des violences obstétricales et gynécologiques?

Il s'agit de la combinaison de différentes formes de violences:

– il y a d'abord les violences sexistes avec des stéréotypes de genre tels que: «Les femmes sont faibles, fragiles, incompétentes, irrationnelles, futiles, etc.» Ces stéréotypes sont notamment issus de l'histoire de la médecine qui est avant tout patriarcale et profondément hostile aux femmes. Mme Lahaye identifie également l'ignorance de la physiologie de l'accouchement. De nombreuses soignantes ont eu une véritable prise de conscience de ce qu'était un accouchement lorsqu'elles ont elles-mêmes accouché et ont compris à quel point elles avaient maltraité auparavant les patientes à cause de cette ignorance. Enfin, l'intervenante cite le cumul des discriminations (racisme, grossophobie, handicap, etc.) ou l'intersectionnalité. Le sujet de la violence sexuelle doit également être abordé puisqu'il existe des témoignages de patientes relatant ce type de violences de la part de soignants lorsqu'elles étaient enceintes ou ont accouché;

– Mme Lahaye poursuit en évoquant la violence institutionnelle que l'on appelle également le Fordisme ou le Taylorisme de l'accouchement. Mme Willemen a brièvement abordé ce concept au cours de son intervention en parlant de sages-femmes qui courent d'une patiente à l'autre avec une standardisation des gestes médicaux. Le financement à l'acte s'apparente également à une violence institutionnelle. La bienveillance et le temps nécessaires à consacrer à une femme qui accouche ne sont pas financés, au contraire des actes médicaux. Enfin, la prépondérance des gynécologues au détriment des sages-femmes constitue également une violence institutionnelle en Belgique. Ce concept induit que l'accouchement doit obligatoirement être médicalisé. Différents témoignages de patientes relatent des violences obstétricales par des gynécologues, des sages-femmes, mais également par d'autres intervenants tels que les anesthésistes qui ne font pas toujours preuve d'un comportement adéquat;

– enfin, des carences du système éducationnel des soignants sont pointées du doigt. Mme Lahaye mentionne une éducation élitiste et sélective qui laisse à penser que «Puisque j'en ai bavé à l'époque, alors je vais t'en faire baver également». Un phénomène de maltraitance en cascade dans la hiérarchie médicale se répercute également sur les étudiants et les patientes.

Ces trois facteurs peuvent se combiner pour provoquer des violences obstétricales.

3) Enquête

La Plateforme citoyenne pour une naissance respectée a mené une enquête, via un questionnaire en ligne durant l'été 2021, qui a été financée par le biais d'un appel à projets de la Fédération Wallonie-Bruxelles et Alter Égales. Ce questionnaire a eu un retentissement important puisque plus de quatre mille femmes y ont répondu dans son entièreté. L'échantillon est donc extrêmement représentatif. Le questionnaire incluait notamment des questions en vue d'explorer le champ des discriminations. Cette enquête intitulée «Accoucher à Bruxelles et en Wallonie avant et pendant le Covid» (9) est également significative et inédite puisqu'elle interroge le vécu des femmes. Cela se marque par le nombre de témoignages des femmes dans les questions ouvertes. Il y a véritablement eu une libération de la parole sous-jacente par le biais de cette enquête. Les résultats complets de cette enquête sont présentés dans le rapport.

a) Le consentement

Ce sujet est directement lié aux droits du patient selon la loi du 22 août 2002 précédemment citée. Selon les chiffres issus de l'enquête, l'acte médical pratiqué n'est expliqué au patient qu'une fois sur trois, et près d'une fois sur deux, le consentement n'est pas demandé. Ces données mettent en évidence à quel point cette loi n'est pas respectée. Elle est peut-être connue, mais pas appliquée comme il se doit. Un levier de changement devrait donc survenir sur ce plan.

b) La variation des pratiques entre hôpitaux

Mme Guiot projette en séance le tableau suivant:

Chiffres en %	Nombre de femmes	Une des 6 formes de violence	Violence physique	Violence psycholo-gique	Violence verbale	Point du mari	Expression abdominale	Actes à vif	Instruments	Episioto-mie	Droit de boire oui si voie basse	Droit de manger oui si voie basse	Choix position Oui
référence maternité		41,87	2,8	27,53	6,23	6,29	9,24	8,13	12,31	20,48	64,54	28,68	42,37
Mat. 1	373	32,44	1,07	24,13	2,68	4,21	5,87	4,66	11,14	19,84	77,94	**61,76**	42,9
Mat. 2	71	38,03	1,41	16,9	4,23	6,56	11,59	8,57	**7,14**	21,74	56,6	16,98	43,1
Mat. 3	53	45,28	1,89	24,53	9,43	**13,04**	3,85	15,69	9,62	20,75	62,79	34,88	59,57
Mat. 4	87	40,23	2,3	32,18	8,05	2,78	4,76	9,2	6,98	**6,98**	58,33	28,33	39,92
Mat. 5	89	35,96	1,12	22,47	7,87	6,41	5,75	**3,45**	17,05	19,32	56,86	11,76	43,55
Mat. 6	97	**28,87**	2,06	18,56	5,15	1,23	1,06	4,12	8,42	7,29	73,24	42,25	**73,42**
Mat. 7	56	33,93	**0**	**7,14**	**1,79**	9,52	16,07	10,91	**7,14**	30,36	56,41	7,69	42,86
Mat. 8	177	50,85	2,82	27,68	6,78	7,35	**25,29**	7,02	12,57	31,25	60,8	33,6	25,87
Mat. 9	161	36,65	1,24	22,36	5,59	4,8	10,9	6,33	**22,5**	27,33	65,38	7,69	35,34
Mat. 10	62	41,94	**6,45**	27,42	9,68	6,38	3,23	6,67	12,9	17,14	88	44	43,1
Mat. 11	113	48,67	4,42	32,74	4,42	10,71	16,36	7,96	10,91	**37,17**	50	13,89	**12,2**
Mat. 12	54	48,15	1,85	29,63	**18,52**	**0**	13,46	**19,23**	14,81	9,26	**33,33**	**0**	51,28
Mat. 13	105	45,71	4,76	25,71	3,81	9,64	7,92	8,65	14,29	20,19	**81,58**	35,53	39,56
Mat. 14	76	**53,95**	2,63	**36,84**	13,16	6,56	13,89	6,94	10,81	29,33	56,82	20,45	33,33
Mat. 15	131	39,69	3,05	28,24	6,11	8,08	**2,38**	11,81	8,59	26,15	50,91	21,82	57,98

TABLEAU 1 Tableau reprenant les pourcentages des pratiques de certaines maternités (pour lesquelles plus de 50 femmes ont répondues et qui sont aux extrêmes de ces pratiques).

La première colonne concerne les différentes maternités et la seconde colonne désigne le nombre de femmes qui ont accouché et témoigné par maternité. Le choix s'est porté sur un seuil de cinquante accouchements

(9) Accoucher à Bruxelles et en Wallonie avant et pendant le Covid: *https://www.naissancerespectee.be/accoucher-a-bruxelles-et-en-wallonie-avant-et-pendant-le-covid-les-resultats/*.

minimum pour avoir une certaine assise de chiffres, ceci permettant d'effectuer une comparaison. Les autres chiffres présentés dans le tableau sont exprimés, quant à eux, en pourcentage.

La troisième colonne représente la compilation des six violences présentes dans les colonnes suivantes. Ce chiffre représente donc le pourcentage de femmes qui ont au moins vécu une des six violences identifiées dans les colonnes suivantes. On constate donc en moyenne plus de 41 % de violences pour l'ensemble des maternités identifiées. Les violences dont il est question sont: la violence physique, la violence psychologique et la violence verbale. S'ensuivent les actes délétères mentionnés par les précédentes oratrices: le point du mari (pratique qui consiste à recoudre le périnée de manière plus serrée qu'auparavant, à la suite d'une épisiotomie ou d'une déchirure), l'expression abdominale (pousser sur le ventre pour accélérer la sortie du bébé) et les actes à vif (soit l'anesthésie n'a pas fonctionné, soit il n'y en a pas eu lors de la suture d'une épisiotomie ou d'une césarienne, par exemple).

En consultant le tableau, on constate une disparité de pratiques et de réalités en fonction de chaque hôpital. Des écarts importants sont également relevés. Les chiffres présentés en vert représentent le meilleur chiffre par colonne. Tandis que les chiffres identifiés en rouge sont les pires.

Au niveau des colonnes, s'ensuivent celles concernant l'usage d'instruments et le recours à l'épisiotomie. Mme Guiot indique que ces deux actes médicaux sont justifiés lorsqu'ils sont utilisés à bon escient. Si on prend l'exemple de l'épisiotomie, les chiffres présentés dans le tableau oscillent entre 7 % et 37 %. Un écart de cet ordre n'est pas logique et est interpellant. Les trois dernières colonnes sont de l'ordre de l'autonomie de la patiente en vue de maîtriser son accouchement: avoir le droit de boire, avoir le droit de manger et avoir le droit de choisir la position que l'on souhaite pour accoucher. Il faut savoir que ces trois critères sont appuyés scientifiquement pour favoriser l'accouchement.

À la lecture du tableau, on constate que certaines maternités cumulent plusieurs points positifs et ont donc une philosophie de travail qui respecte les femmes. Tandis que d'autres ne sont pas conscientes de cela ou ne s'en préoccupent pas. Cela invite, quoi qu'il en soit, à la réflexion.

Chiffres en %	Nombre de femmes	Une des 6 formes de violence	Violence physique	Violence psycholo-gique	Violence verbale	Point du mari	Expression abdominale	Actes à vif	Instru-ments	Episio-tomie	Droit de boire oui si voie basse	Droit de manger oui si voie basse	Choix position Oui
Ouverture plateau technique	56	21,43	1,79	16,07	5,36	0	0	11,32	7,14	5,36	90	70	88,89
Maison de naissance/ gîte intra-hospitalier	143	14,69	2,1	9,79	1,4	0,75	0,7	3,55	3,52	2,1	93,43	70,8	92,31
A domicile avec sage-femme	92	5,43	1,09	2,17	1,09	0	0	4,35	0	1,09	94,57	78,26	100
Maternité	3919	41,87	2,8	27,53	6,23	6,29	9,24	8,13	12,31	20,48	64,54	28,68	42,37

TABLEAU 2 Tableau reprenant les pourcentages par type de lieux d'accouchement

L'enquête a également analysé les types de lieux d'accouchement en fonction des chiffres relatifs aux violences identifiées précédemment. Mme Guiot présente le tableau ci-dessus:

Les différents lieux analysés sont l'ouverture en plateau technique au sein d'un hôpital, la maison de naissance ou le gîte intra-hospitalier, à domicile avec une sage-femme et à la maternité. Mme Guiot précise que l'objectif de ces données n'est nullement d'affirmer qu'il faut accoucher à domicile et pas en maternité. Ce n'est en effet pas le souhait des femmes, ni leur demande. En revanche, ce tableau permet de démontrer qu'une autre prise en charge est possible, qu'il y a moyen de mettre en place des accouchements qui ne soient pas violents pour les femmes et, enfin, que ces pratiques sont perfectibles.

Ces chiffres démontrent, comme l'a souligné Mme Willemen, que le système doit être revu. Il s'agit de violences intégrées au système. La Plateforme citoyenne pour une naissance respectée refuse l'idée qu'il suffirait d'exclure quelques brebis galeuses pour résoudre la situation. Le système doit être repensé entièrement.

Pour ce faire, la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée estime qu'il est impératif:

– de mettre en place un système qui part des besoins fondamentaux des femmes qui accouchent, qui les met au cœur du système, au moyen, entre autres, du respect de la physiologie, d'un sentiment de sécurité, d'une bienveillance obstétricale, etc.;

– d'assurer la liberté de choix pour chaque femme au niveau des conditions d'accouchement;

– de fournir des prestations médicales de qualité basées sur les preuves scientifiques (EBM);

– de prendre et laisser le temps pour le consentement et pour l'information en la matière (financement à l'acte et pas au temps, comme aujourd'hui);

– de fournir un accompagnement global et individualisé. Ce mode d'accompagnement est courant pour les accouchements à domicile ou en maison de naissance. Il consiste dans l'encadrement et l'accompagnement de la patiente par une seule et même sage-femme (ou un petit groupe de sages-femmes) tout au long de son parcours de grossesse, durant l'accouchement et le *post-partum*. Ces soignantes auront une connaissance précise de la patiente, pourront développer une relation de confiance avec cette dernière et une capacité à répondre de manière optimale à ses demandes, ses besoins et ses particularités individuelles.

La Plateforme citoyenne pour une naissance respectée adresse dès lors au comité d'avis les trois recommandations suivantes:

– créer un observatoire de la naissance pour accompagner le changement du système. Aujourd'hui, ce genre d'institution manque et une partie des données n'est disponible que partiellement. Les missions de cet observatoire seraient:

  - de collecter les données pour recueillir les chiffres à grande échelle avec un échantillon représentatif;
  - d'informer le grand public, les femmes et les professionnels de la santé, d'effectuer des recherches à partir de ces données et de diffuser ces informations;
  - de soutenir les professionnels de la santé au changement en proposant, par exemple, des audits et des formations;
  - de prévenir les violences gynécologiques et obstétricales, de soutenir et d'accompagner les victimes et de recueillir les plaintes.

– donner accès à l'information, aux chiffres afin de garantir la transparence des pratiques. À l'heure actuelle, le débat public est rendu complexe. Il est essentiel de changer et de rendre les informations accessibles, notamment pour permettre aux femmes de choisir en connaissance de cause et pour favoriser la bienveillance obstétricale. Par le biais d'expériences pilotes dans d'autres pays, on sait que la publication et la diffusion de ces données ont des conséquences sur le taux de violences pratiquées;

– de repenser le cursus de formation des professionnels, notamment en y intégrant:

  - la physiologie de l'accouchement comme approche fondamentale;
  - la mise en œuvre pratique du consentement et du droit de la patiente;
  - la formation continue afin de garantir la connaissance de l'*evidence based medecine*;
  - le développement de la bienveillance obstétricale;
  - et l'inclusion des patientes partenaires.

Un mémorandum avait été publié par la Plateforme citoyenne en 2019 à l'occasion des élections fédérales, régionales et européennes. Il est accessible via le lien suivant: *https://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-1.pdf*.

Le rapport de l'enquête «Accoucher en Wallonie et à Bruxelles avant et pendant le Covid» est accessible sur le site de la Plateforme citoyenne via le lien suivant: *http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2021/11/Rapport-.pdf*.

E. Échange de vues

Mme Groothedde précise que les chiffres mentionnés dans les exposés, bien que parfois divergents, permettent d'énoncer un certain nombre de principes.

L'intervenante s'adresse aux collaborateurs de NASCI afin d'en savoir davantage sur les expériences avec leur public cible. Afin de contextualiser sa question, elle renvoie à deux rapports récents du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) qui montrent qu'il y a un groupe privilégié bénéficiant de soins périnatals en abondance: il s'agit d'un groupe appartenant majoritairement à la classe moyenne, capable de faire valoir ses droits, financièrement autonome, bien informé et disposant d'un filet de sécurité sociale. Ce groupe reçoit des informations ciblées, par exemple en matière de contraception, et applique certains réflexes: ainsi, s'il n'est pas d'accord avec un prestataire de soins, il demande un deuxième avis, il n'hésite pas à poser des questions, il réagit et invoque les droits fondamentaux du patient. Quelle est la situation du groupe cible de NASCI? Celui-ci bénéficie-t-il déjà de soins? Qu'en est-il, par exemple, de la contraception et d'autres thèmes comme l'accouchement, la grossesse, la périménopause, la ménopause? Où les femmes peuvent-elles s'adresser si elles veulent avorter et quel est leur état d'esprit à cet égard? Connaissent-elles leurs droits et savent-elles comment les exercer tant sur le plan moral que dans la pratique? Bénéficient-elles de soins en suffisance? Ont-elles suffisamment de latitude pour choisir les soins qu'elles souhaitent et y ont-elles effectivement accès?

Par ailleurs, Mme Groothedde s'interroge sur la situation des jeunes ménages et l'incidence de facteurs socioéconomiques dans le cadre de cette problématique. Un aspect important concernant les violences gynécologiques et le manque d'autodétermination corporelle est précisément un accès défaillant aux soins. Comment faire en sorte qu'une personne puisse exercer effectivement l'ensemble de ses droits?

Mme Groothedde adresse ensuite plusieurs questions groupées à l'ensemble des orateurs.

Elle se rallie à ce que Mme Willemen dit sur la recherche qui est menée dans le cadre des sciences humaines mais qui n'est pas directement liée aux sciences médicales. Cette absence de lien est une donnée importante lorsque la problématique est abordée sous l'angle de la formation des prestataires de soins et d'aide. Mme Willemen indique aussi que les droits humains devraient servir de fil conducteur: comment y parvenir et comment intégrer ce concept dans l'approche des prestataires de soins et d'aide? Et comment faire pour mieux informer les patients à cet égard?

Il existe une tendance à l'autocontrôle: on n'ose pas se rendre chez le gynécologue ni s'adresser au service de médiation, et si l'on dépose plainte, on a souvent le sentiment qu'elle sera ignorée. Mme Willemen indique que ce à quoi la patiente aspire surtout, c'est à être reconnue et avoir des contacts empreints d'humanité.

Face à ce constat, il y a plusieurs pistes de solution. L'une de ces pistes pourrait être de mettre en place un système prévoyant une responsabilité juridique accrue, mais des expériences internationales montrent que cela aboutit précisément au résultat inverse. On pourrait également instaurer un système d'autocontrôle, mais d'après les orateurs auditionnés, ce n'est pas non plus une bonne solution. Un centre compétent en matière d'autodétermination corporelle, de violence gynécologique et de bienveillance gynécologique, auquel la patiente pourrait s'adresser et qui pourrait effectuer un monitoring de manière proactive, serait-il la solution en l'espèce?

Les représentants de la Plateforme pour une naissance respectée ont mis l'accent sur la nécessité de renforcer le *monitoring*. Des recherches plus approfondies sont-elles nécessaires dans ce domaine? Dans l'affirmative, qui devrait les réaliser?

Selon Mme Groothedde, les exposés ont montré que la problématique des violences ne se manifeste pas uniquement au moment de la naissance: les violences peuvent survenir aussi à d'autres moments, par exemple quand la personne a ses règles pour la première fois, quand elle commence à utiliser un moyen de contraception, etc. Comment peut-on faire de la prévention dans tous ces domaines – autrement dit, ouvrir le débat – dans le but ultime de faire reculer ces violences?

Plusieurs intervenants ont souligné l'incidence de la stratification sociale d'un groupe: moins on parle la langue usuelle, plus on est faible économiquement et isolé socialement et plus on est exposé à un risque élevé de violence gynécologique. Comment faire pour inclure les groupes concernés dans un système de bienveillance gynécologique?

Plusieurs pistes de changement ont été suggérées. On a souligné aussi le fait que l'accès aux prestataires de soins n'était pas toujours aisé et que le besoin de petites structures se faisait sentir alors que, ces dernières années, c'est plutôt à un agrandissement d'échelle dans le domaine des structures de soins gynécologiques que l'on assiste. On a mis l'accent sur le changement qui s'est opéré dans le trajet de soins périnatals, avec l'implication du médecin généraliste, du gynécologue et de la sage-femme, et qui s'inspire de l'offre de soins dans les centres de santé communautaires. Mais cette nouvelle approche ne semble pas encore s'être réellement imposée dans la pratique. Comment faire toutefois pour que les différents trajets de soins périnatals existants soient respectés?

Mme Groothedde aborde ensuite les processus et la normalisation ainsi que leur incidence sur les prestataires de soins. Comment ceux-ci peuvent-ils, en tant que partenaires, contribuer à façonner ces processus? Le souhait des prestataires de soins est en effet de dispenser des soins à toute personne quelle qu'elle soit, des soins qui sont voulus et non imposés inutilement. En d'autres termes, comment rallier l'ensemble des partenaires à la mise en place d'un système où les patients reçoivent les soins qu'ils souhaitent?

Comment faire pour pouvoir disposer de données chiffrées plus claires et plus nombreuses? Beaucoup de chiffres ont été cités au cours des exposés, mais ils diffèrent parfois pour un même sujet, ce qui donne l'impression que les chiffres manquent. Y a-t-il des pays où les données sont tenues à jour de manière systématique? Quelles sont les meilleures pratiques que nous pouvons mettre en œuvre en Belgique?

Enfin, Mme Groothedde revient à la problématique de la surmédicalisation. Dans ce contexte, elle fait référence à une forme de violence gynécologique qui n'a pas été abordée en détail ici, à savoir le refus de donner suite à certaines demandes, par exemple une demande d'obtention de certains moyens contraceptifs, une demande d'accomplissement de certains actes pendant la grossesse ou l'accouchement. Comment peut-on gérer pareilles situations? Un prestataire de soins a certes le droit de ne pas poser certains actes, mais comment faire si quelqu'un les réclame quand même?

Au vu des chiffres et données diffusés lors des auditions, notamment par la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, Mme Durenne souhaite savoir si ces derniers sont également accessibles et ventilés par obstétricien. De plus, les résultats de l'enquête seront-ils transmis aux différentes maternités et hôpitaux concernés? La publication de l'enquête permettra probablement de conscientiser et devrait avoir un impact dans la diminution des violences obstétricales.

On parle parfois de médecine sexiste. Mme Durenne souligne que les femmes sont de plus en plus nombreuses à devenir obstétriciennes. Dans certains services, selon elle, on constate une inversion au niveau de la représentation entre les hommes et les femmes. Elle souhaiterait donc savoir si cela avait une influence sur le ressenti et le vécu des patientes et si des différences ont été constatées dans les traitements.

Ensuite, concernant la crise sanitaire et les mesures appliquées dans les hôpitaux, Mme Durenne s'interroge sur les conséquences éventuelles dans le déroulement des soins et des accouchements, mais également sur le plan des violences obstétricales. Enfin, elle souhaiterait savoir si les résultats de l'enquête ou les témoignages ont fait état de meilleures relations avec les sages-femmes qu'avec les gynécologues-obstétriciens.

Mme Vanwalleghem retient des exposés que le contexte médico-culturel, qui permet des actes normalisés, génère parfois des comportements inappropriés.

Elle revient sur la qualification professionnelle de la sage-femme. Des études montrent que l'un des moyens d'améliorer la qualité des soins périnatals consiste à garantir une plus grande autonomie des sages-femmes dans l'accompagnement des grossesses présentant peu de risques. Comment revaloriser le statut des sages-femmes à travers les formations? À l'heure actuelle, on note en effet une disparité entre les Régions: la formation en obstétrique dure quatre ans dans la partie francophone du pays et trois ans seulement en Flandre. Comment expliquer cette différence et faut-il rationaliser?

Dans le même ordre d'idées, Mme Vanwalleghem aimerait également savoir comment on peut faire en sorte que davantage de sages-femmes s'orientent vers les soins de première ligne, vu la dégradation de la situation observée surtout depuis la diminution du nombre de jours d'hospitalisation.

Les Pays-Bas utilisent un autre modèle de soins natals, s'accompagnant d'une nette revalorisation du statut de la sage-femme: pouvons-nous en tirer des leçons ou éventuellement nous inspirer de l'approche d'autres pays

voisins? Cette donnée a-t-elle également des répercussions – et existe-t-il des chiffres à ce sujet? – sur la violence gynécologique?

En ce qui concerne l'absence de trajet de soins, peut-être liée à la dimension socioéconomique de la problématique, comment faire en sorte de réduire l'inégalité dans les soins natals? Est-il nécessaire de mettre en place un trajet de soins consacré, offrant diverses options, pour lutter contre la surconsommation et la sous-consommation? Quelle forme ce trajet de soins pourrait-il prendre? Comment éviter d'éventuels réflexes corporatistes des différents groupes professionnels – chacun voudra sa part du gâteau – pouvant eux aussi entraîner une surconsommation et comment éviter que des patientes soient contraintes de suivre un trajet de soins qui ne leur convient pas?

Mme Willemen a déclaré que l'on dispose de peu de statistiques, *a fortiori* sur certains groupes cibles ou concernant l'origine ethnique des victimes: dispose-t-on d'indications à ce sujet? Des données du monde anglo-saxon, par exemple, montrent que les femmes de couleur ou issues de l'immigration sont plus souvent victimes de violences gynécologiques et que cela s'explique par une perception différente du ressenti de la douleur.

Comment renforcer la sensibilisation aux droits du patient, tant chez les dispensateurs de soins que chez les patientes? Faut-il revoir la législation ou bien le cadre actuel est-il suffisant et faut-il juste améliorer sa mise en œuvre?

Dans ce contexte, Mme Vanwalleghem fait aussi référence aux modifications du droit pénal sexuel qui proposent notamment une définition de l'«absence de consentement». Dans un contexte médical, cette notion est toutefois assez floue: il peut toujours s'agir d'une «situation médicale urgente» nécessitant d'agir dans l'intérêt de la parturiente. Qu'en pensent les oratrices?

Mme Vanwalleghem félicite la Plateforme pour une naissance respectée pour les données qu'elle a collectées, permettant ainsi d'ouvrir les yeux sur la situation. Il ressort de l'exposé que certaines instances et certains établissements de soins tiennent des statistiques à jour mais ne les publient pas. Les professionnels des soins obstétricaux de première ligne ont donc réagi en tenant leurs propres statistiques. Est-il, selon les oratrices, souhaitable de publier les statistiques par établissement de soins?

Mme Segers observe, au passage, que la problématique examinée aujourd'hui n'aurait jamais été inscrite à l'ordre du jour si le Parlement avait été composé exclusivement ou très majoritairement d'hommes.

L'intervenante souhaite poser une question relative aux données chiffrées. Elle renvoie à l'exposé de la Plateforme pour une naissance respectée qui plaidait pour la création d'un observatoire, ce qui serait un scénario idéal. Si l'on pouvait toutefois déjà progresser à petits pas, par exemple, en faisant appel aux instances existantes, quelles seraient, selon les oratrices, celles à prendre en considération?

Mme El Yousfi déclare qu'outre le travail d'information et de prévention, l'axe du soutien au patient lui semble autant essentiel. Elle souhaiterait connaître les pistes concrètes en la matière.

Mme Giudice indique que l'ASBL NASCI n'a pas encore été souvent confrontée à cette thématique. Les collaborateurs de NASCI ne rencontrent généralement les femmes qu'en fin de grossesse – parfois même jusqu'à un mois après l'accouchement –, et un suivi ou une préparation à l'accouchement ne sont donc généralement pas envisageables.

Les problèmes concrets auxquels NASCI est confrontée concernent par exemple:

– l'absence de suivi postnatal ou un suivi insuffisant parce que le public cible de NASCI se trouve en dehors du circuit où les femmes moins vulnérables trouvent à qui s'adresser;

– la disparition du soutien de la part de la sage-femme en raison du raccourcissement du séjour en maternité au moment où survient l'engorgement mammaire;

– l'assistance à apporter pour l'enlèvement des fils de suture après une épisiotomie, etc.

Les problèmes détectés sont souvent liés au fait que la plupart des personnes qui s'adressent à NASCI ne s'impliquent pas vraiment dans le cycle de suivi parce qu'elles se focalisent sur leur survie et que leur participation personnelle à un suivi ne fait pas partie de leurs priorités immédiates. Le public cible de NASCI n'a

généralement pas son mot à dire sur le déroulement des événements, parce que, par exemple, le choix d'un hôpital ou d'un gynécologue n'a pas lieu d'être en cas d'aide médicale urgente et parce que le système de la carte médicale est déterminant pour le suivi. Certaines initiatives spécifiques ont déjà été lancées mais elles n'atteignent généralement pas le public cible.

Un problème fréquent est la mauvaise connaissance de la langue. Indépendamment du fait que les personnes ne se rendent peut-être pas compte qu'elles sont victimes de violences, la plupart ne maîtrisent pas suffisamment la langue pour pouvoir dénoncer les faits.

Ces personnes qui ont un bagage culturel différent ou proviennent de pays où les soins hospitaliers sont organisés de manière totalement différente, ont une grande confiance dans les progrès médicaux des pays occidentaux et font ce que le gynécologue ou la sage-femme attendent d'elles. Vu l'incidence qu'a leur précarité sur l'exercice de leurs droits fondamentaux, elles attachent peut-être moins d'importance au non-respect de certains de leurs droits. Comme elles sont en mode survie, elles n'ont souvent pas le temps ni les dispositions mentales pour s'occuper consciemment de la planification de leur accouchement; en gros, elles considèrent que la situation et l'approche sont meilleures chez nous que dans leur pays d'origine.

À titre d'exemple, Mme Giudice explique que NASCI a un jour été confrontée à une mère ayant accouché prématurément de jumeaux dont l'un était suivi dans un autre hôpital à la suite de complications médicales, ce qui obligeait la mère à faire la navette entre deux hôpitaux pour pouvoir allaiter ses deux bébés. Cette femme faisait tout simplement ce qu'on lui demandait, faute de connaissances; elle n'avait ou ne saisissait pas l'occasion de dire qu'elle souhaitait rester avec ses jumeaux dans un même hôpital. Une femme jouissant d'une position plus confortable ne se retrouverait pas, ou rarement, dans une telle situation.

Mme Giudice s'arrête enfin sur certaines recommandations. Pour le public cible de NASCI, qui est déjà vulnérable, une simplification du système de la carte médicale faciliterait déjà les choses. Il faudrait par ailleurs renforcer la position des sages-femmes qui accomplissent beaucoup de travail bénévole en plus de leur emploi rémunéré: le soutien qu'elles peuvent apporter n'est pas suffisamment valorisé ni rémunéré.

Mme D'Ortenzio se saisit de la question concernant les liens ténus entre les sciences humaines et les sciences médicales dans les formations universitaires. Cela engendrerait un déficit d'humanité des étudiants par manque de formation en sciences humaines. Elle fait référence, tout comme les autres oratrices précédemment, à la culture médicale qui peut être problématique et qui devrait être remplacée par une culture de la bienveillance. Organiser des cours de sciences humaines à l'université peut être une solution intéressante mais l'intervenante estime que ce serait insuffisant. Au niveau historique, les premières facultés de médecine ont été créées au Moyen-Âge, sur la base de textes issus de l'Antiquité relatifs au soin aux patients. En parallèle, à la même époque, des femmes guérisseuses, ancêtres des sages-femmes, prodiguaient déjà des soins et des médicaments à la population. Ce savoir dit «féminin» a été complètement dénigré et évincé au profit de textes philosophiques anciens ou produits par des «hommes de sciences» datant de plusieurs siècles auparavant. Dans la culture médicale actuelle, on peut considérer, selon Mme D'Ortenzio, qu'il existe encore une hiérarchisation des savoirs. D'un côté, les savoirs experts issus des sciences «dures» et naturelles et de l'autre côté, on retrouve les ressentis des patientes qui souffrent de multiples préjugés (minimisation de leurs douleurs, supposition d'ignorance de la manière dont le corps fonctionne, etc.). Les savoirs issus des sciences humaines sont également régulièrement rejetés ou dénigrés. Mme D'Ortenzio relate l'expérience d'une professeure qui dispensait un cours de sciences humaines dans le cursus universitaire des futurs médecins. À la suite d'un cours où elle relatait les raisons, notamment d'ordre sexiste, pour lesquelles les femmes étaient plus exposées aux maladies cardiovasculaires, les étudiants s'étaient montrés particulièrement sceptiques car leurs cours de cardiologie n'en avaient jamais parlé. Cet exemple montre donc que c'est surtout la voix des pairs ou l'expérience de terrain qui prévalent avant tout.

Concernant la question du soutien aux patientes via un organisme (Observatoire de la naissance ou autre association), il est essentiel de permettre à toutes les femmes, y compris celles qui sont confrontées à de multiples discriminations, d'y avoir accès le plus largement possible. La crise de la Covid-19 a révélé l'ampleur de la fracture numérique. De nombreuses patientes en situation de précarité ou de vulnérabilité doivent avoir accès à ce type d'organisme qui délivre de l'information. Il est également important de former les professionnels de la santé à tous les types de violences et aux différents publics. En effet, poursuit Mme D'Ortenzio, il est fréquent que le suivi de grossesse révèle des violences de type conjugal ou intrafamilial. Pour les patientes qui ont été victimes de viols dans le passé et entrent en suivi de grossesse, il est essentiel que les professionnels de

la santé soient formés pour assurer une prise en charge sécurisante et évitent tout traumatisme supplémentaire ou pire, la mise en place d'une stratégie d'évitement des soins.

La formation liée à l'orientation sexuelle est également primordiale. Les lesbiennes en suivi de grossesse ou en parcours de procréation médicalement assistée (PMA) ou, plus généralement, toute femme ayant déjà vécu des violences dans sa vie ont, lors des suivis gynécologiques ou de grossesse, des peurs ou des craintes vis-à-vis des soins ou du corps médical qui doivent être accompagnées et apaisées. Certaines enquêtes ont en effet révélé que face à des patientes lesbiennes, certains professionnels de la santé considéraient qu'il n'était pas nécessaire d'effectuer des dépistages de cancer du sein ou du cancer de type papillomavirus ou même des interruptions volontaires de grossesse (IVG) à la suite d'un viol. Il est donc primordial de développer une approche transversale des soins liés au suivi de grossesse pour ces publics particuliers: soutien médical, psychologique, juridique et associatif.

L'autodéfense féministe peut donc être une piste mais elle doit avoir lieu au niveau systémique et pour ce faire, il est nécessaire de fournir un éventail d'outils adéquats. Mme D'Ortenzio indique à cet égard que ces outils doivent rappeler les fondements de la loi patients de 2002, expliquer les droits et montrer que les patientes ont le choix. Régulièrement, au cours des rencontres autour des violences gynécologiques, beaucoup de personnes ignorent quel est le protocole de base et ne savent pas dire si un acte médical réalisé, comme par exemple un frottis vaginal annuel et systématique, est normal ou pas. Ce constat est valable pour beaucoup de femmes issues de milieux sociaux et économiques variés. Des solutions pour informer et renforcer les connaissances des femmes existent. Le cours d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) reçu par les jeunes filles en secondaire permet de fournir de nombreuses informations. Durant le parcours de soins, il est également essentiel que les patientes reçoivent le plus grand nombre d'informations.

En conclusion, il existe des bonnes pratiques au niveau du suivi gynécologique et obstétrical et qui ne demandent pas de moyens conséquents (financiers ou en termes de formation). Les FPS avaient réalisé une brochure à la suite d'une table ronde réunissant des acteurs de terrain, des professionnels de la santé et des patientes. Les discussions avaient permis de dégager de nombreuses bonnes pratiques et recommandations à l'adresse des professionnels de la santé:

– l'intimité doit être respectée au maximum (avoir, dans les cabinets de gynécologie, un paravent ou une cabine pour se déshabiller);

– se déshabiller partiellement en fonction des examens à réaliser. Si un frottis doit être effectué, il n'est pas nécessaire de retirer les vêtements du haut du corps. Cela mettra les patientes plus en confiance et en sécurité;

– proposer d'autres positions pour réaliser un examen gynécologique ou pour accoucher. Cela permet, notamment, de respecter le vécu de certaines femmes; par exemple, celles qui ont été victimes de viols préféreront peut-être certaines positions qui les feront se sentir plus en sécurité ou seront moins douloureuses (tournées sur le côté ou avoir un drap sur soi, par exemple);

– inciter au dialogue et informer en indiquant pourquoi et quand tel geste médical est posé. Il est nécessaire de rappeler le cheminement intellectuel et médical qui sous-tend la pratique de gestes médicaux et cela permet également de demander le consentement;

– utiliser un vocabulaire accessible quand les gestes sont posés. Il est primordial de vulgariser, en particulier lorsque les patientes se retrouvent dans des positions qui peuvent leur donner un sentiment d'insécurité ou de malaise.

Mme Willemen souligne que le cadre des droits de l'homme doit être notre point de départ et notre guide en la matière, car ces droits valent pour tout le monde. Actuellement, il y a très probablement encore trop de gens qui souhaitent une approche différente de celle qui leur est proposée. Les solutions offertes sont encore trop ciblées sur la classe moyenne blanche et hautement qualifiée qui est capable d'éplucher toutes les informations, parfois complexes. Néanmoins, même en disposant de tout le capital nécessaire (sur le plan matériel et intellectuel), on se sent inférieur une fois qu'on entre dans la salle d'accouchement. Et cela est d'autant plus vrai pour les personnes socialement vulnérables.

Des signes montrent qu'il est nécessaire d'analyser les effets de la discrimination en fonction de l'ethnie. De jeunes étudiants en médecine ont ainsi créé récemment la plateforme *Afromedica* qui se concentre sur les

questions de diversité et de discrimination dans les soins de santé. Une étude menée au Belgique souligne aussi les grandes différences qui existent entre les expériences de soins vécues par les personnes selon qu'elles font partie ou non de groupes racialisés. Une enquête néerlandaise allait également dans le même sens. Mme Willemen pose une question rhétorique: pourquoi cet aspect ne jouerait-il aucun rôle ici, alors que nous savons que c'est le cas pour le marché de l'emploi, le marché du logement et dans l'enseignement? De nombreuses études montrent en effet que l'approche adoptée dans nos établissements de soins provoque souvent la sidération chez des personnes qui ont dû fuir leur pays, des sans-papiers issus d'un contexte où règne une culture de la naissance totalement différente.

Ces arguments suffisent déjà à montrer l'importance d'aborder cette problématique selon la perspective des droits de l'homme. La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient est d'ailleurs claire à cet égard, mais on y prête (trop) peu d'attention au cours de la formation. Le sujet de droit est la femme enceinte. C'est elle qui décide de la manière dont on traite son propre corps et par là même le fœtus, y compris dans des situations délicates où la patiente refuse des soins, par exemple. L'intégrité physique de la patiente enceinte ne peut être bafouée, mais ce principe ne fait pas vraiment partie de la culture. En d'autres termes, on n'a pas vraiment le réflexe de demander un consentement. En général, on propose un traitement et on considère que la patiente est d'accord. Un refus de la patiente entraîne un malaise chez les prestataires de soins, sans qu'une véritable discussion s'ensuive. Au contraire, on exerce plutôt une pression pour que la patiente choisisse un traitement spécifique en insistant, d'une part, sur les risques que l'on prend en ne recourant pas à ce traitement et, d'autre part, sur le manque d'alternative. Une discussion humaine à un niveau humain s'impose donc à ce moment.

Comment faut-il réagir à des demandes de soins qui s'écartent de la *recommandation* (10)? Il existe, par exemple, des listes indicatives aux Pays-Bas sur lesquelles nos soins natals pourraient se baser. Selon Mme Willemen, la Belgique ne dispose pas de ses propres recommandations pour de telles situations. Comment réagir à une demande de césarienne programmée, par exemple? Cette demande se heurte souvent à un refus parce qu'elle est considérée comme une forme de surmédicalisation. Mme Willemen renvoie à l'organisation britannique *Birthrights* (11), qui donne notamment des formations juridiques aux prestataires de soins, afin qu'ils soient mieux armés pour aborder ce genre de situations. Dans l'optique de cette organisation, il doit toujours y avoir une place pour une oreille attentive et une discussion. Par exemple, si une patiente veut programmer une césarienne, il faut entendre sa demande et y accéder, le cas échéant avec un autre prestataire de soins si le médecin traitant s'y refuse. Selon l'organisation *Birthrights*, le choix d'une césarienne plutôt que d'un accouchement vaginal relève des droits humains – de la protection de la vie privée, en l'occurrence –: la patiente dispose de son corps et décide en fonction d'arguments qu'elle juge importants. De la même manière qu'un analgésique doit être proposé selon le principe de la dignité des soins, Mme Willemen estime qu'il est important de permettre à la patiente de faire ce type de choix fondamentaux.

Les actes de routine à l'arrivée à la maternité sont souvent déjà contraires à l'accouchement physiologique que les patientes avaient imaginé. Autrement dit, l'infrastructure n'est pas orientée vers un processus physiologique. Les droits humains ont trait à la volonté propre de l'individu et, souvent, les gens font des choix très différents sur la base de raisons identiques.

Mme Willemen revient sur l'aspect de la formation des prestataires de soins. Selon elle, l'idée fondamentale est de faire en sorte que l'infrastructure et l'organisation soient orientées vers des soins individuels, pour éviter de former des prestataires de soins qui veulent tout faire mais qui n'y sont pas aptes ou autorisés en fin de compte. La formation axée sur les droits de l'homme est primordiale, de même que le dépassement du cadre. Il faut écouter ce que les sociologues et les anthropologues médicaux, entre autres, ont à dire sur les soins natals; on doit pouvoir dépasser la perspective du prestataire de soins dans ce débat.

Selon Mme Willemen, il est important qu'il y ait un *monitoring* (ou davantage de *monitoring*) en matière de physiologie. Les chiffres publiés par le *Studiecentrum Perinatale Epidemiologie* (SPE) ne sont pas exhaustifs: les rapports disponibles ne présentent pas d'aperçus systématiques par maternité – et encore moins par prestataire de soins – en ce qui concerne, par exemple, l'utilisation de substances qui déclenchent le travail, l'aspect de l'ethnicité, etc. Quant à savoir s'il est opportun ou non de disposer de ces aperçus, l'intervenante renvoie au fait qu'il y a suffisamment de raisons d'opter pour un contrôle de qualité sur la base des normes de l'OMS, par exemple celles qui évaluent les niveaux de césariennes et d'épisiotomies. Il faut libérer la parole: de nombreux gynécologues suivent leurs propres principes et laissent peu de place à la concertation sur des questions

(10) «Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque», *KCE Reports*, 139B, 2010.
(11) *https://www.birthrights.org.uk/*.

telles que celles-ci, par exemple: quand procède-t-on à une induction et à quel moment en cas de diabète gestationnel? Que fait-on en cas de toxoplasmose pendant la grossesse? L'approche peut même varier sensiblement au sein d'une même équipe. Selon Mme Willemen, il est donc important que pour chaque maternité, les données relatives aux pratiques qui sont devenues routinières mais qui peuvent être assimilées à des violences soient mises à la disposition aussi bien du public que des prestataires de soins eux-mêmes.

À la question de savoir s'il faut davantage de sages-femmes, l'intervenante répond que d'après des études, les besoins en termes de soins plus personnalisés et de suivi par une même personne tout au long de la grossesse peuvent à peine être couverts.

Mme Willemen estime qu'il est possible que le groupe éprouvant la plus grande frustration à cet égard soit celui des sages-femmes en hôpital: elles ont l'occasion durant leur formation d'aborder en détails la physiologie et les soins spécifiques pour les femmes, mais dans la pratique, elles font impérativement partie d'un système – un système où accoucheuses de première ligne et doulas (accompagnantes à la naissance) doivent pallier le manque de soins personnalisés – dans lequel elles n'ont guère la possibilité de dispenser les soins qu'elles souhaiteraient.

Si le bien-être de la femme enceinte est important, celui du soignant l'est également et mérite une certaine attention. Il faut améliorer la formation des accoucheuses, par exemple en prévoyant davantage de stages et en laissant une plus grande latitude dans le travail. Il faut rendre la profession plus attractive. C'est une profession pénible et les *burn-out* sont nombreux. Le recours à des sages-femmes indépendantes s'accentue – et plus encore depuis la pandémie de la Covid-19 – notamment pour l'accompagnement à domicile ou à l'hôpital ou pour un accouchement à domicile. Les permanences exigées dans le cadre de ce travail sont extrêmement contraignantes.

En ce qui concerne les accouchements à domicile, Mme Willemen fait remarquer qu'en Belgique, il n'y a pas de culture de l'accouchement à domicile comme c'est le cas aux Pays-Bas – même si dans ce pays, cette tendance est en recul – et que le modèle de l'accouchement à l'hôpital est dominant. Mme Willemen estime que l'on ne doit certainement pas abandonner ce modèle, mais qu'on doit y inclure beaucoup plus de marge pour les choix personnels lors du processus de la naissance.

Mme Willemen renvoie ensuite au projet pilote concernant la personne de confiance de la *Koninklijke Nederlandse Organisatie van verloskundigen* (KNOV), l'organisation royale néerlandaise des sages-femmes. Il s'agit d'une personne à laquelle on peut s'adresser pour des questions, des témoignages, des soins de suivi ou toute autre aide. Il est en effet important, selon Mme Willemen, que non seulement les prestataires de soins les plus impliqués soient sensibilisés à la problématique, mais que ce soit le cas aussi pour d'autres travailleurs de la santé (mentale) comme les psychologues, les thérapeutes et les médecins généralistes.

Enfin, Mme Willemen évoque le trajet de soins proposé en Flandre. Il existe une gamme de services et d'options, mais elle est trop peu connue. Nombreuses sont les femmes qui optent classiquement pour un suivi régulier chez le gynécologue et qui ne connaissent pas les autres formes de soins postnatals et de suivi qu'une sage-femme peut dispenser.

Mme Lahaye aborde les raisons qui sous-tendraient la création d'un observatoire de la naissance. Tout d'abord, en raison de l'éclatement des compétences entre les niveaux de pouvoir, il est devenu complexe de mener une politique cohérente. L'observatoire pourrait être un organisme neutre et composé des différents publics cibles et acteurs. De plus, aucun mécanisme de contrôle des violences n'existe actuellement au sein des hôpitaux. Les chiffres évoqués lors de l'exposé le reflètent parfaitement: certains hôpitaux essaient spontanément de mettre en place des pratiques qui sécurisent les patientes et d'autres ne développent pas ce type de politique.

Concernant la question relative à l'alternative à l'observatoire, Mme Lahaye militerait alors pour un financement important des associations qui effectuent actuellement ce travail. La Plateforme citoyenne pour une naissance respectée n'est composée que de bénévoles qui développent les activités de l'association en marge de leur temps de travail et de leur vie privée. Toutefois, Mme Lahaye formule une mise en garde à cet égard. Dans le cas où les associations seraient massivement financées pour jouer un rôle similaire à cet observatoire, elles ne disposeraient probablement jamais de la capacité ni de la légitimité nécessaires pour faire pression sur les hôpitaux en vue de réaliser des audits, proposer des formations, etc.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, qui impose le consentement libre et éclairé ainsi que le droit à l'information du patient, semble très peu respectée. Il s'agit tout d'abord d'une loi civile, et non pénale.

Aucune sanction n'est donc prévue. La seule solution pour qu'une patiente soit reconnue en tant que victime d'un soignant n'ayant pas respecté cette loi est de lancer une procédure civile de demande de dommages et intérêts. Elle devra prouver le lien de causalité entre le dommage et le non-respect du consentement. Or dans les faits, ce lien est impossible à prouver. Une des pistes serait d'assortir cette loi de sanctions pénales. Actuellement, des discussions ont lieu à la Chambre des représentants concernant la révision du Code pénal en matière de droit pénal sexuel. Selon Mme Lahaye, il serait intéressant d'établir des liens entre les deux débats puisque l'accès au corps sans consentement est un sujet qui est évoqué actuellement dans les discussions à la Chambre.

À propos de la standardisation des pratiques et de la manière de passer à une individualisation, Mme Lahaye avait abordé la question de l'accompagnement global à la naissance. Le principe qui étaye cette individualisation est celui d'«une femme = une sage-femme», à savoir permettre à chaque sage-femme de suivre une seule patiente qui est en travail et qui accouche, plutôt que d'en suivre plusieurs en même temps. Revenir aux principes fondamentaux du suivi obstétrical avec un accompagnement individualisé des patientes tout au long de l'accouchement renforce la bienveillance et la capacité à mettre son enfant au monde dans de bonnes conditions. Il s'agit là d'une revendication fondamentale de la part de la plateforme.

Pour répondre à la question relative à la volonté de médicalisation, certaines patientes expriment effectivement le souhait de bénéficier de certains actes médicaux, par exemple la péridurale ou la césarienne. Avec le côté très paternaliste de la médecine, les professionnels de la santé considèrent que le médecin sait ou est censé mieux savoir que les patientes ce dont elles ont besoin. Or, si on met la femme au centre du processus de soins, elle décidera de ce qui est bon pour elle et pourra en discuter librement avec le personnel des soins de santé.

Pour ce qui est du sexisme en médecine, les chiffres montrent que la profession de médecin obstétrique s'est féminisée avec les années. Mme Lahaye souhaite avant tout aborder deux réflexions. D'abord, être une femme ne signifie pas systématiquement être féministe. Être un homme n'exclut pas de développer une lecture de genre dans sa profession et de déconstruire les biais sexistes de la médecine. Ensuite, il est important de différencier un système patriarcal, sexiste et historique des pratiques individuelles de médecins et soignants qui peuvent être bienveillants ou pas. Certaines femmes devenues médecins peuvent se montrer plus sexistes et violentes que leurs homologues masculins. *A contrario*, des hommes pratiquent une médecine dans la bienveillance.

Concernant la question du statut des sages-femmes et de leur autonomie, Mme Lahaye recommande que ce sujet soit abordé lors d'une prochaine session d'auditions consacrée aux professionnels de la santé et leurs coupoles.

Le débat qui se déroule en Belgique est différent de celui en France. Du côté français, le militantisme s'oriente vers le conflit. En 2015, par exemple, Mme Lahaye et d'autres militantes féministes ont révélé le scandale relatif au toucher vaginal sur patientes endormies. Des carnets de stage d'étudiants français relataient qu'ils devaient, pour s'entraîner au geste médical, pratiquer des touchers vaginaux sur patientes endormies en bloc opératoire. Cette affaire a eu un retentissement énorme avec notamment une intervention de la secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations. Mme Lahaye s'est interrogée sur la situation dans notre pays. Il lui a été impossible d'obtenir des informations à ce sujet, au prétexte qu'il était inconcevable que cela se produise en Belgique. Entre-temps, des personnes ont témoigné et cette pratique s'est révélée massive et courante. Ce n'est donc par parce que l'information n'est pas disponible ou étayée en Belgique que la pratique n'existe pas. Au contraire, des similitudes flagrantes existent entre nos deux pays et les violences ne s'arrêtent pas à la frontière.

Mme Lahaye poursuit en ajoutant que la tendance actuelle est encore de nier les violences obstétricales. Le soutien aux patientes est d'ailleurs compliqué à tous niveaux puisqu'il intervient *a posteriori*. La problématique étant méconnue et dépréciée, les professionnels de la santé mentale ne sont pas équipés pour prendre en charge des victimes.

Il est donc primordial, comme Mme D'Ortenzio l'a rappelé, d'informer et de sensibiliser les patientes et les soignants. Les jeunes filles doivent recevoir toute l'information nécessaire dès le plus jeune âge via l'EVRAS afin de connaître leurs droits et les bonnes pratiques, et de savoir comment réagir en cas d'abus ou de pratiques malveillantes. Toutefois, Mme Lahaye signale qu'il ne faut pas faire porter cette responsabilité sur les femmes. Ce sont les médecins qui doivent être les premiers au courant des recommandations. Par exemple, il est important de rappeler que les examens gynécologiques de routine tels que les frottis ne sont pas recommandés

sur les femmes de moins de vingt-cinq ans. Cette pratique est pourtant courante voire systématique. Il s'agit donc, là encore, d'une question de formation aux bonnes pratiques médicales basées sur la science.

Mme Guiot complète le propos relatif au soutien aux patientes et aux victimes. Elles sont peu nombreuses à savoir qu'elles ont des droits, comment et quand s'opposer ou même discuter d'un protocole. L'intervenante évoque le cas de patientes qui annonceraient leur futur refus de pose d'une perfusion ou d'une voie d'entrée durant les heures de travail avant l'accouchement car elles auraient l'impression que ce geste amène une médicalisation inutile et précoce. Il arrive que certains hôpitaux répondent qu'elles peuvent se diriger vers un autre établissement hospitalier pour accoucher. Or, de nombreux enjeux psychologiques entrent en ligne de compte face à ce refus (le choix d'un gynécologue ou d'un lieu d'accouchement). Les femmes disposent de peu de leviers de négociation sur les soins qu'elles reçoivent car elles ne sont pas outillées.

Les chiffres

La statistique portant sur les trois actes délétères (actes à vif, point du mari et expression abdominale) identifiés durant l'intervention de la Plateforme est de l'ordre des 20 %, soit une femme sur cinq. Cette statistique est de l'ordre d'une femme sur quatre pour les patientes avec un niveau d'études inférieur ou issues d'un milieu socioéconomique défavorisé et jusqu'à une femme sur trois pour les patientes ayant une couleur de peau susceptible de conduire à une discrimination. D'ailleurs, les facteurs de discrimination se cumulent. En médecine, des mécanismes discriminatoires ont été étudiés, comme le syndrome méditerranéen qui consiste à moins prendre en compte l'expression de la douleur de la part des populations nord-africaines ou africaines. Ne pas considérer ou minimiser leur douleur peut conduire à une mauvaise prise en charge de la santé de la patiente et à commettre des erreurs de diagnostic.

Les impacts de la crise du coronavirus ont été nombreux et ils sont difficilement quantifiables:

– beaucoup de femmes ont voulu changer de lieu d'accouchement durant les différents confinements mais ça n'a pas toujours été possible, notamment par manque de place dans les lieux alternatifs ou par manque de temps pour assurer l'accompagnement «normal»;

– la communication et l'information durant la pandémie ont aussi été problématiques pour certaines. Dans la majorité des cas, les patientes considèrent que l'information était claire et facile à trouver. Dans 20 % des cas, toutefois, elles ont dû chercher elles-mêmes les informations relatives au protocole de leur maternité;

– les règles imposées par les établissements ont suscité de la crainte et de l'angoisse chez la plupart des patientes. La plateforme s'interroge dans de nombreux cas sur la bonne application des protocoles et se demande, *in fine*, à qui ils étaient réellement destinés:

  - le port du masque a été un sujet récurrent à partir du premier déconfinement. La Plateforme citoyenne pour une naissance respectée a été sollicitée de manière répétée par les femmes enceintes qui s'inquiétaient de devoir porter le masque pendant l'accouchement. Or concrètement, peu d'équipes l'ont vraiment imposé. Les femmes ont également eu très peur de ne pas pouvoir être accompagnées le jour de l'accouchement et de ne pas savoir combien de temps cet accompagnant pourrait rester ou tout simplement quel soutien psychologique elles pourraient recevoir;

  - l'enquête dénombre vingt mères qui ont été séparées de leur bébé en service néonatal;

  - des scanners pulmonaires ont été réalisés avant l'accouchement alors que ces examens augmentent significativement les risques de cancer du sein. La plateforme ne sait toutefois pas si ces patientes ont été informées de ces risques, ni si elles ont pu refuser cet examen;

  - enfin, à la suite des tests PCR négatifs, dans 60 % des cas, le protocole n'a pas été adapté.

– l'enquête a également révélé que les femmes interrogées faisaient confiance aux professionnels de la santé: 86 % pour les sages-femmes et 85 % pour les gynécologues. Ces chiffres sont des signaux encourageants et mettent en lumière des bases solides pour pouvoir construire un système bienveillant.

Mme Guiot poursuit en évoquant la nécessité d'aborder le champ psychologique et la détresse dans laquelle les patientes sont plongées à la suite de violences gynécologiques et obstétricales. Les nombreux témoignages

écrits des répondantes à l'enquête en sont la preuve. La période de la Covid-19 a accru encore ces détresses psychologiques puisque les patientes se retrouvaient seules chez elles sans soutien familial hormis le partenaire. Mme Guiot recommande au comité d'avis d'auditionner à cet égard le service de santé mentale Le Chien Vert, spécialisé depuis plus de trente ans dans la périnatalité et avec lequel la Plateforme a réalisé l'enquête. Ce service a une vision très précise de la psychologie périnatale mais également de l'impact que la crise a eu sur les jeunes mères puisqu'il effectue un suivi sur plusieurs mois. Une ligne d'appel a d'ailleurs été mise en place pour soutenir les jeunes mères qui en avaient besoin.

En réponse à la question de Mme Durenne concernant la ventilation des chiffres par gynécologues, l'intervenante précise que l'échantillon n'est actuellement pas assez large. Par contre, publier les chiffres par maternité est possible. Mme Guiot revient sur le concept de bienveillance obstétricale. Elle invite le comité d'avis à consulter le mémorandum 2018 de la Plateforme qui présente une liste de revendications et de pistes détaillées qui ne sont pas nécessairement coûteuses. La Californie du Nord a, par exemple, publié des chiffres relatifs aux violences gynécologiques par gynécologues et par hôpitaux. L'État a demandé aux gynécologues dont les chiffres étaient les plus bas de former les autres praticiens. Grâce à cette initiative, le pourcentage d'épisiotomies a chuté de 21 à 12 %. Ce changement a été rendu possible grâce à la formation entre pairs. Dans la même perspective, la Plateforme citoyenne avait créé un groupe de travail avec plusieurs gynécologues pour définir les moyens de changer les pratiques notamment en prônant la physiologie, en diminuant les césariennes ou les gestes problématiques, etc. Rétrospectivement, il s'est avéré que les gynécologues qui ont participé à ces réflexions et qui, pour certains, étaient chefs de service dans différentes structures, ont été malmenés par le système et méprisés. Un problème dysfonctionnel perdure en médecine et ne valorise pas la bienveillance obstétricale. Pour rappel, cette bienveillance s'observe par le refus d'intervenir. En effet, moins on intervient, et ce dès le début, moins une cascade d'interventions via des actes plus importants se crée. Un acte posé dès le début, tel que le déclenchement, augmentera le risque de césarienne ou d'usage d'instruments pour la délivrance de la mère. Le prisme habituel est donc inversé via la bienveillance obstétricale.

Mme Guiot rappelle que l'OMS recommande vraiment de ne pas standardiser l'accouchement et d'avoir un processus individualisé. Encore une fois, elle tient à rappeler que cette revendication n'est pas issue d'un petit groupe de militantes féministes, mais d'une des plus grandes institutions internationales. Le processus de décision partagée devrait également, selon elle, être exploré. Le MUNet (*Midwifery Unit Network* (12)), en Belgique, accompagne des sages-femmes et des maisons de naissance sur la manière de prendre des décisions partagées avec la patiente plutôt que d'imposer. Cela rejoint donc complètement le principe de la loi relative aux droits du patient. En Belgique, lors des formations ou sessions d'information réalisées par la Plateforme pour une naissance respectée, tous les étudiants sont capables de réciter la loi du 22 août 2002 et notamment sur le consentement. Par contre, ils sont totalement déstabilisés lorsqu'ils sont interrogés sur la manière d'accueillir un refus d'épisiotomie d'une patiente. Intégrer ce concept dans les critères d'évaluation de la formation permettra d'apprendre à réagir et à agir sur le terrain.

*

* *

(12) *https://www.midwiferyunitnetwork.org/*.

II. AUDITIONS DU 29 NOVEMBRE 2021

– M. Guy Verhulst, président, et Mme Magali Verheecke, représentante du *Bijzondere Interessegroep jong gynaecologen van de Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie* (VVOG);

– Mme Marlene Reyns, présidente de la *Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen* (VBOV – Organisation professionnelle flamande des sages-femmes);

– M. Pierre Bernard, président du Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique;

– Mme Marleen Temmerman, directrice du *Centre of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University East Africa*, et professeure émérite, faculté *Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen*, *UGent*;

– Mme Vanessa Wittvrouw, sage-femme, présidente de l'Union professionnelle des sages-femmes belges et vice-présidente du Conseil fédéral des sages-femmes;

– M. Joeri Vermeulen, responsable de la formation des sages-femmes à l'*Erasmushogeschool Brussel*, chercheur à la VUB et membre des conseils d'administration de la *Belgian Midwives Association* (BMA) et de l'*European Midwives Association* (EMA).

A. Exposé de M. Guy Verhulst et Mme Magali Verheecke, de la *Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie* (VVOG)

1) Introduction

Avant, tout était différent, y compris la consultation gynécologique et prénatale. Pour les femmes, ce n'était pas le «bon vieux temps», au contraire. Voici quelques décennies encore, les gynécologues pratiquaient chaque mois un examen vaginal sur chaque femme enceinte. Ils ne demandaient pas: «Madame, puis-je vous examiner car…?». Non, ils disaient sur un ton quasi péremptoire (mais sans malveillance): «Déshabillez-vous, je vais vous examiner.» C'est ce qu'ils avaient appris. Les gynécologues étaient formés de cette manière, c'est l'attitude qu'on leur avait montrée et enseignée. Lorsqu'on interroge des patientes plus âgées ayant subi une hystérectomie sur les raisons de cette intervention, on obtient comme réponse: «parce que le docteur a dit que c'était nécessaire.» Nombreuses sont les patientes qui se souviennent encore de la réaction d'un gynécologue plus âgé à qui elles avaient posé une question: «Madame, c'est de ce côté du bureau qu'on pose les questions!» Les orateurs imaginent aujourd'hui avec difficultés que, par le passé, les patientes devaient attendre complètement nues dans une petite cabine avant d'entrer dans le cabinet du gynécologue. Heureusement, les temps ont changé, des progrès ont été réalisés en médecine et particulièrement en gynécologie, mais les orateurs sont conscients qu'il reste du chemin à parcourir.

«Primum non nocere»

L'objectif premier du suivi des patientes enceintes est de préserver l'état de santé préconceptionnel de la mère et de faire en sorte qu'un nouveau-né soit mis au monde dans des conditions optimales.

La médecine a évolué, passant d'une conception paternaliste, souvent fondée sur l'expérience, à ce que l'on appelle aujourd'hui la «décision médicale partagée» (*shared decision making*), fondée sur des informations issues de la médecine moderne basée sur des faits (*evidence based medicine*). En obstétrique, cette évolution peut être illustrée par un changement de langage et d'attitude: du «Madame, déshabillez-vous, je vais vous examiner», suivi d'un examen vaginal (et ce, à chaque consultation), on est passé au «Madame, pour telle et telle raison, j'aimerais procéder à un examen vaginal; c'est important pour telle et telle raison; êtes-vous d'accord?» (et ce, seulement quand cela est indiqué).

2) La violence obstétricale

a) Définition

Voici quelques mois, les gynécologues ont éprouvé de l'étonnement mêlé de frustration en lisant le journal (*De Morgen*, 24 avril 2021). Un article était consacré à la «violence obstétricale». La plupart d'entre eux n'en avaient jamais entendu parler. Les gynécologues seraient-ils donc les «djihadistes» de la profession médicale? Infligent-ils des souffrances psychiques et physiques à leurs patientes? Le font-ils délibérément et consciemment?

La violence obstétricale est un terme générique désignant diverses formes de violence dans le cadre obstétrical. Elle est le fait du dispensateur de soins qui se comporte de manière inappropriée. La première victime est la jeune maman, mais d'autres personnes peuvent aussi en pâtir: l'enfant, le conjoint, la famille ou les amis.

Le terme «violence» désigne: «une force intense qui fait du mal ou occasionne un dommage à une personne» et a une connotation très négative. Ce terme implique la présence d'une «victime» et d'un «auteur». Cela donne l'impression que le dispensateur de soins a une intention malveillante. Or la plupart des gynécologues ont des intentions pures et ne désirent qu'assister et aider leurs patientes et leur procurer les meilleurs soins possibles. Il est donc choquant d'être qualifié d'auteur de violence. Le fait d'infliger volontairement des souffrances à quelqu'un relève d'ailleurs du droit pénal. Les hôpitaux, médecins et sages-femmes ont tout intérêt à ce que les jeunes mamans rentrent à la maison avec un nourrisson en bonne santé et satisfaites de leur expérience. C'est pourquoi la VVOG n'accepte pas ce terme.

Extrait du texte du Sénat: dans la déclaration de l'OMS, «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».

La VVOG est assurément disposée à approfondir la réflexion sur la manière de protéger au mieux, dans le cadre d'un acte médical scientifiquement justifié, l'autodétermination corporelle du couple qui attend un enfant.

b) La violence obstétricale, un problème fréquent?

Il va de soi que traiter un patient de manière inhumaine pose problème!

La question essentielle à se poser est toutefois: «la fréquence du phénomène est-elle problématique?» Actuellement, on ne dispose que d'études de cas qui concernent les États-Unis, la Grande-Bretagne, l'Australie, les Pays-Bas, etc. Quant aux données, ces études ne se fondent souvent que sur des témoignages et enquêtes diffusés sur *Facebook*, *Twitter*, *Instagram*, etc. Jusqu'à présent, aucune étude scientifique n'a encore été réalisée à ce sujet en Belgique et il n'existe pas non plus d'enregistrement objectif des cas.

La VVOG tient avant tout à préciser sans ambiguïté qu'elle ne cherche pas à banaliser ou minimiser le problème de la violence obstétricale ou gynécologique. Elle préconise donc de mettre en lumière l'existence de la «violence» obstétricale en Belgique, sur le plan tant quantitatif que qualitatif, à l'aide d'enquêtes validées. À la suite de ces enquêtes, il conviendra d'élaborer une définition adaptée à la Belgique, comme le recommandent les instances internationales (*Savage and Castro Reproductive Health (2017) 14:138 DOI 10.1186/s12978-017-0403-5).*

c) Les gynécologues sont-ils visés?

Les gynécologues sont très déçus et irrités d'être présentés dans les médias comme des professionnels qui considèrent leurs patientes comme un objet d'étude et ne font pas le maximum pour leur offrir des soins de première qualité. Pour un gynécologue, il n'est pas agréable de constater que les actes qu'il pose quotidiennement sont sortis de leur contexte et décrits comme des actes de «violence». En outre, les gynécologues s'efforcent, avec leur équipe de sages-femmes, de donner la plus grande satisfaction possible à leurs patientes et de répondre autant que possible aux souhaits personnels de la mère ou du couple. Les gynécologues sont aussi contraints de mesurer régulièrement et objectivement le degré de satisfaction de leurs patientes en les faisant

participer à des enquêtes. Les soins qu'ils prodiguent sont par ailleurs soumis à des audits réguliers de manière à améliorer constamment leur fonctionnement et de tendre vers le plus haut niveau de qualité.

d) Une conscientisation

Les gynécologues doivent considérer ces reproches comme une forme de conscientisation. Manifestement, leur volonté de dispenser des soins de qualité et personnalisés n'est pas toujours perçue comme telle. Leur devise est et reste: «mettre au monde un enfant en bonne santé en préservant la santé de la mère». Pourtant, certains actes qu'ils considèrent comme indispensables et parfaitement indiqués ne sont pas toujours bien compris par la patiente.

Les intervenants croient également comprendre que tout tourne autour de l'intégrité physique et du droit à l'autodétermination des femmes. Il est question de leur droit à une bonne information et de leur liberté de choix en ce qui concerne les examens et actes obstétricaux ou gynécologiques. Ils adhèrent évidemment totalement à cette vision.

3) Aspects à améliorer et pièges

a) La communication est essentielle

Les gynécologues devraient quand même prendre la peine de se regarder dans le miroir. Ils pourraient assurément faire mieux! Comme souvent, la communication est essentielle. La demande d'informations se fait désormais plus pressante. Par le passé, une attitude plutôt paternaliste était de mise alors qu'aujourd'hui, la communication est au cœur du traitement d'un patient. Il est possible que certains médecins (hommes ou femmes) adoptent aujourd'hui encore une attitude quelque peu condescendante et paternaliste, mais globalement, cette mentalité est en train de disparaître.

Chaque étape du processus diagnostique et thérapeutique doit être expliquée au patient dans un langage compréhensible. Ce n'est que lorsque le médecin s'est assuré que le patient a compris le processus que l'on peut lui demander s'il l'accepte, qu'il s'agisse du diagnostic ou de la politique. Pour l'accouchement, cela signifie qu'il est important que la patiente comprenne pourquoi un examen vaginal est effectué et que, de son côté, le gynécologue ne réalise cet examen que lorsqu'il y a une indication médicale ou une demande de la patiente à cet effet. Cela vaut aussi lorsqu'il s'agit de pratiquer une épisiotomie («incision»), de mettre en place un *monitoring* interne du rythme cardiaque fœtal ou des contractions, de procéder à un accouchement par extraction instrumentale (ventouse, forceps ou césarienne), bref, cela vaut pour tout acte à accomplir (ou à ne pas accomplir).

Les gynécologues sont conscients de la nécessité de donner plus d'informations en période prénatale sur l'accouchement et les différents scénarios possibles. Un bon débriefing est nécessaire aussi *a posteriori* et de préférence le plus tôt possible, c'est-à-dire non seulement pendant le séjour à la maternité mais aussi lors de la consultation postnatale. Mieux on est informé du pourquoi des choses, mieux on les gère et moins on est confronté ultérieurement à des questionnements et à des traumatismes. Aujourd'hui, cette information du patient n'est peut-être pas encore assez développée.

Heureusement, des progrès ont déjà été réalisés. Depuis plusieurs années, on constate que dans la quasi totalité des hôpitaux, on a tendance à impliquer davantage de sages-femmes dans la dispensation des soins prénatals afin de faire en sorte qu'ils soient les meilleurs et les plus individualisés possibles. On demande aussi de prévoir des protocoles et d'éditer des brochures afin que les futurs parents puissent être informés au mieux des différents scénarios possibles (induction, césarienne, accouchement vaginal spontané).

b) Les droits du patient dans le domaine spécifique de l'obstétrique

Le droit à l'autodétermination et au consentement éclairé est important et fait partie intégrante de nos droits fondamentaux. Dans le domaine de l'obstétrique, plusieurs défis se posent.

Il y va d'une parturiente et de son enfant à naître. Les obstétriciens sont responsables de la santé des deux. Si la femme enceinte refuse une intervention que le prestataire de soins estime nécessaire pour le bien-être du bébé, ce dernier se retrouve dans une position très délicate, d'autant plus que dans la société actuelle, il y a une forte pression médico-légale lorsque le résultat obtenu n'est pas celui qui était escompté. La VVOG préconise l'organisation d'une formation plus poussée sur les droits du patient ainsi que sur les droits et devoirs des prestataires de soins dans ce domaine très spécifique où les choses peuvent revêtir parfois un caractère d'extrême urgence.

L'accouchement n'est pas le moment idéal pour se concerter et débattre en long et en large. Dans un monde idéal, on prendrait le temps de passer en revue tous les scénarios et de les examiner en détail, mais ce procédé n'est pas toujours réaliste. L'accouchement est par excellence un événement non planifiable, ce qui signifie que le prestataire de soins qui noue une relation de confiance avec la femme enceinte pendant la grossesse est rarement présent lors de l'accouchement. Le déroulement d'un accouchement n'est pas connu à l'avance. Des situations critiques peuvent survenir et nécessiter des décisions rapides. Le prestataire de soins porte une grande responsabilité et peut être amené à devoir prendre des décisions et à poser des actes d'une grande technicité dans un délai très court. Pour les gynécologues, il est choquant de constater qu'il y a parfois un manque de confiance dans leur expertise.

c) Deux visions diamétralement opposées de l'accouchement: de l'hypernaturel au surmédicalisé

Le débat sur les droits du patient dans le domaine de l'obstétrique et le droit à l'autodétermination ne saurait être détourné au profit du «mouvement pour l'accouchement naturel». Le fait de tarder à reconnaître les situations pathologiques, de refuser une analgésie ou de culpabiliser la personne qui en bénéficie ou encore le fait de ne pas pratiquer une épisiotomie alors qu'elle est nécessaire peuvent être assimilés aussi à des violences obstétricales. Les intervenants s'inscrivent en faux contre l'affirmation selon laquelle la sage-femme indépendante aurait davantage conscience des violences obstétricales et se déclarent opposés à ce que l'on promeuve les accouchements à domicile et les maisons de naissance à titre de solution. À cet égard, ils mentionnent d'ailleurs aussi la baisse du pourcentage d'accouchements à domicile aux Pays-Bas: en 2019, 27,3 % des accouchements ont été réalisés par des intervenants de première ligne, dont 12 % seulement à domicile; 14,6 % des femmes ont opté pour un accouchement en polyclinique, avec l'aide de leur sage-femme attitrée et sans l'intervention d'un médecin, mais bien à l'hôpital afin de pouvoir bénéficier si nécessaire d'une prise en charge immédiate en deuxième ligne.

La VVOG est bien consciente qu'il existe une grande variation dans les chiffres relatifs aux actes obstétricaux par région et par hôpital. Cette variation ne semble d'ailleurs pas toujours fondée sur la médecine factuelle, mais parfois sur l'habitude et la culture. C'est un aspect à examiner. Par ailleurs, les intervenants soulignent que les gynécologues belges figurent parmi les meilleurs au monde pour ce qui est de la mortalité et de la morbidité périnatales! Ensuite, les intervenants passent brièvement en revue les chiffres relatifs aux césariennes, épisiotomies et inductions.

1. Césariennes

Pourquoi parler des césariennes dans un document du Sénat consacré aux violences obstétricales en Belgique? Une césarienne dictée par la nécessité peut-elle être assimilée à un acte de violence?

L'OMS avance un pourcentage de 10 à 15 %. Non contextualisé, ce chiffre donne une image biaisée de la réalité et pourrait laisser croire qu'en Belgique, on pratiquerait des césariennes à tout-va, ce qui serait la preuve des violences obstétricales commises dans notre pays.

Dans les faits, le pourcentage de césariennes s'élève à quelque 21 % en Belgique, ce qui est supérieur au pourcentage précité annoncé par l'OMS mais qui est quand même nettement inférieur à la moyenne européenne.

«*Although the ideal or optimal caesarean rate is unknown, WHO emphasizes that caesarean section is effective in saving maternal and infant lives, but only when it is used for medically indicated reasons. Ultimately, every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate.*»

Il y a de grandes divergences en termes de soins de santé dans le monde. Il y a des pays où les césariennes sont pratiquées dans des conditions de sécurité optimales, comme chez nous. Les gynécologues ont l'expérience voulue, l'infrastructure et les équipements sont de qualité et les conditions d'hygiène sont parfaites. Ce n'est pas le cas dans les pays en développement. De plus, le nombre moyen d'enfants y étant élevé, le nombre de césariennes pouvant être pratiquées doit être limité. Parler d'un pourcentage «idéal» de césariennes n'est donc guère pertinent.

Les intervenants ont entendu aussi que le refus d'une césarienne pour des raisons non médicales était une forme de violence obstétricale. Si cela est vrai, il s'agit alors d'une déclaration inacceptable pour une association scientifique de gynécologues, compte tenu des risques pour une grossesse ultérieure: rupture, adhérences et hémorragies placentaires, adhérences et obstructions intra-abdominales, etc.

2. L'épisiotomie («incision»)

Les discussions et mécontentements concernent souvent l'épisiotomie. Il est reproché aux gynécologues de recourir beaucoup plus à cette incision que les gynécologues dans d'autres pays ou que les sages-femmes.

Même si la pratique d'une épisiotomie était quasi la norme autrefois, elle reste un acte médical qui nécessite une indication. Une épisiotomie n'est pratiquée qu'en cas de nécessité, généralement parce que l'expulsion ne progresse pas ou que la mère est épuisée, en cas de souffrance fœtale ou pour prévenir une grave déchirure. L'évolution à la baisse du taux d'épisiotomie le montre clairement. Des statistiques relatives à l'épisiotomie en Flandre sont fournies dans l'annexe 3.

Il n'existe aucun taux acceptable prédéfini d'épisiotomie. Le principe reste «*Primum non nocere*» (avant tout ne pas nuire), doublé de la nécessité de communiquer.

Notons que le gynécologue n'a rien à gagner à la réalisation d'une épisiotomie: ni mérite (si elle n'est pas indiquée) ni argent. Concernant ce dernier point, il faut savoir qu'une épisiotomie prend même plus de temps, car l'incision pratiquée doit ensuite être suturée.

Ce qui constitue une forme de violence obstétricale aux yeux des gynécologues, c'est la survenance d'un plus grand nombre de déchirures du sphincter anal résultant de la volonté fanatique d'éviter une épisiotomie. Les études scientifiques le prouvent très clairement (médecine fondée sur les faits). Ce qu'il faut vraiment éviter, ce sont ces graves complications qui occasionnent des plaintes invalidantes, persistant parfois longtemps chez les femmes concernées, tant sur le plan médical que sur le plan psychologique.

Presque aucune sage-femme n'a pratiqué, et encore moins réparé, une épisiotomie au cours de sa formation. Une sage-femme ne disposant, contrairement à un gynécologue, d'aucune connaissance ni expertise en matière de chirurgie (sutures), elle ne sait pas toujours réparer correctement une incision ou déchirure, même minime. Des problèmes surviennent dès lors régulièrement après une réparation chirurgicale d'une incision ou déchirure réalisée par une sage-femme. (Bobby D. O'Leary & Vineta Ciprike, «Dubbel zoveel anale sfincterletsels in midwifery-led obstetrics», *The International Urogynecological Association*, publié en ligne le 4 janvier 2020).

Les intervenants souhaitent également aborder à ce sujet la question de la formation. Ils réfutent l'affirmation selon laquelle ils ne connaîtraient pas les accouchements physiologiques. Ils sont bel et bien formés en Belgique à cette tâche de première ligne. Si vous regardez les critères de formation des gynécologues, vous verrez qu'il est prévu qu'ils accompagnent au moins deux cents processus de travail et accouchements physiologiques. Il est parfaitement impossible de diagnostiquer, comprendre et soigner quelque pathologie que ce soit sans maîtriser au préalable à 100 % la physiologie normale, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique. Les critères de formation des sages-femmes prévoient quant à eux qu'elles doivent avoir pratiqué quarante accouchements en autonomie ou avoir pratiqué trente accouchements en autonomie et avoir assisté un praticien senior pour dix accouchements. Dans la pratique, les gynécologues constatent que les élèves sages-femmes ne pratiquent que très rarement des accouchements en autonomie. Ce nombre est-il suffisant pour pouvoir accompagner des accouchements à domicile en autonomie et savoir comment réagir face à toutes les complications possibles?

3. Inductions

En cas d'induction du travail (déclenchement artificiel), la priorité reste la protection de la mère et de l'enfant. Il est clairement démontré que la mortalité périnatale, même en cas de grossesse à faible risque, augmente au-delà de quarante-et-une semaines de grossesse (source: Wennerholm U.-B. *et al.*, «Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial», *British Medical Journal*, 2019, p. 369).

Des arguments ont même été avancés récemment quant au fait que trente-neuf semaines seraient un délai d'induction «idéal» (source: Middleton P. *et al.*, «Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nº 7, 15 juillet 2020).

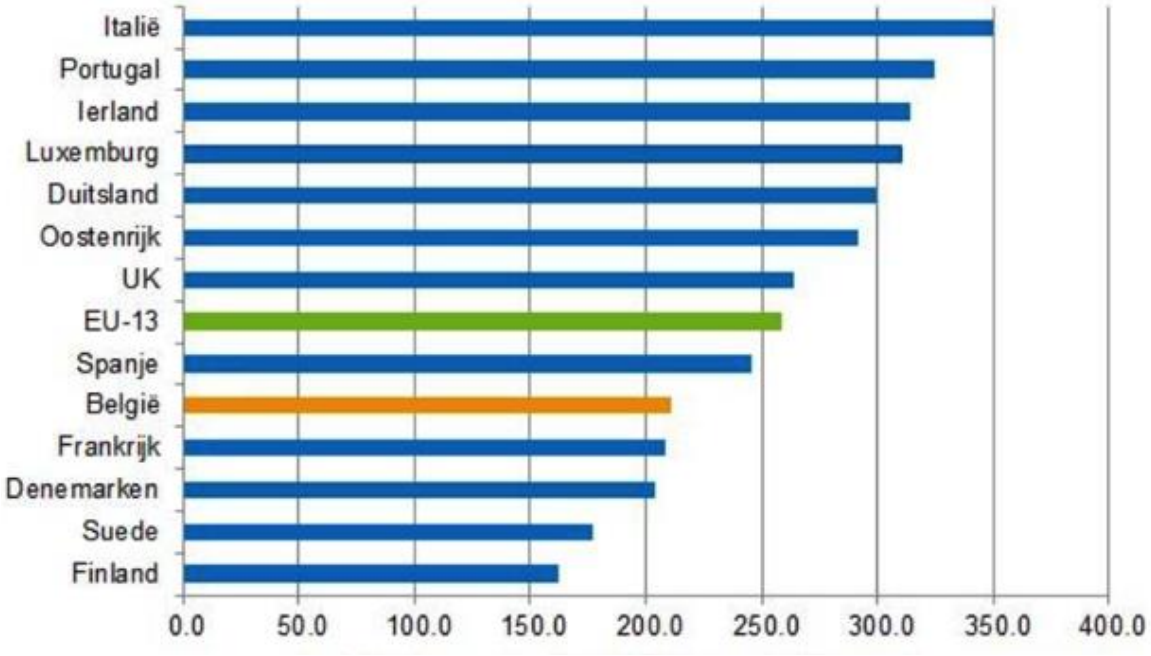
Ici aussi, il est primordial d'expliquer à la patiente ou au couple quels sont les risques encourus, tant dans l'hypothèse où le travail serait déclenché artificiellement que dans l'hypothèse où il ne le serait pas, la réalisation d'une induction étant une décision partagée des deux parties.

Les inductions ne peuvent pas être considérées d'emblée comme une violence obstétricale.

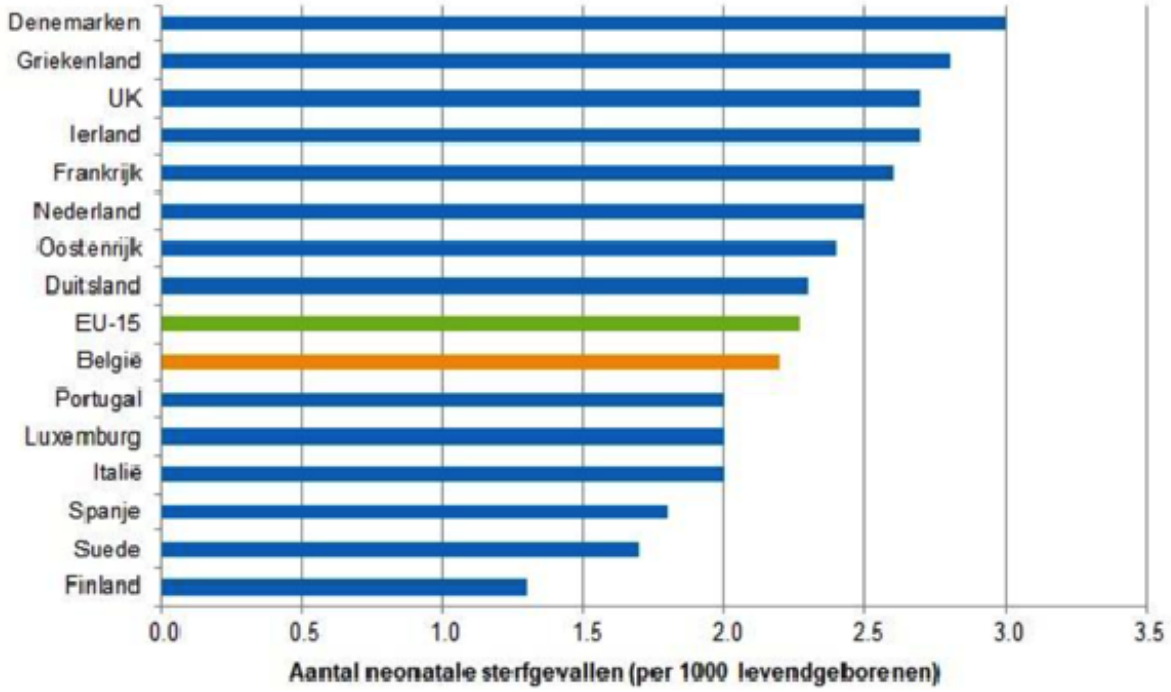
4) Les propositions de la VVOG sont les suivantes:

- il s'impose de donner une définition claire et univoque de ce que l'on entend par «violences» obstétricales, et il est absolument nécessaire à cet égard d'éviter le terme «violences», impropre et prêtant à confusion;
- plutôt que de s'inscrire dans une lutte contre les «violences», la VVOG préfère adopter une approche positive et œuvrer en faveur d'un accouchement sûr, agréable et respectueux;
- la VVOG est favorable à l'établissement d'un cadastre des «violences» obstétricales en Belgique, à l'aide d'enquêtes tant quantitatives que qualitatives;
- la VVOG est favorable à l'organisation d'une formation plus approfondie en ce qui concerne les droits du patient ainsi que les droits et obligations des prestataires de soins dans le contexte très spécifique et parfois très urgent d'un accouchement;
- la VVOG est favorable à l'organisation de formations et de séminaires en communication médecin-patient;
- quand on aura dressé l'inventaire des formes et de la fréquence des violences obstétricales, une réflexion pourra être menée sur d'éventuels points d'action et, le cas échéant, sur les ajustements à apporter à l'accompagnement des naissances actuellement mis en œuvre;
- il est nécessaire d'adapter la formation des sages-femmes. Actuellement, les cas suivis et les stages sur le terrain ne sont pas suffisants pour permettre d'acquérir les notions tant de la physiologie que de la pathologie des accouchements. Les sages-femmes doivent également être confrontées, comme les gynécologues, à des exercices répétitifs, afin de savoir comment réagir dans les situations d'urgence;
- il est inacceptable que certains groupes de la population soient discriminés et ne bénéficient pas de soins de qualité. Il s'agit toutefois d'un problème sociétal général qui n'est pas spécifique aux violences obstétricales. La VVOG demande à cet égard que l'on soit plus attentif au déploiement de bons réseaux de prise en charge des femmes enceintes ou familles confrontées à des problèmes sociaux et psychiques. On est beaucoup trop peu attentif actuellement aux situations de ce type, dont le nombre est en augmentation.

Annexe 1: taux de césarienne / 1 000 accouchements



Annexe 2: mortalité néonatale



Annexe 3: épisiotomies en Flandre

episiotomie	2001	2014	2015	2016	2017	2018	2019
primipare		71,2	68,1	65,1	62,4	61,0	58,5
multipare		33,9	31,0	28,2	26,5	23,8	22,7
total	68	50,5	47,2	44,5	42,3	39,7	38,5
Accouchements par extraction instrumentale		87,4	84,6	84,1	82,9	82,1	80,6
Accouchements naturels		45,2	41,8	38,8	36,5	33,9	32,5

Le taux global d'épisiotomie, qui inclut également les accouchements artificiels, est de 38,5 %. Le pourcentage tombe à 32,5 % si on ne prend en compte que les accouchements naturels et à 22 % dans le cas des accouchements multipares, même quand on inclut les accouchements artificiels. Il y a également lieu de noter que le taux d'épisiotomie a sensiblement baissé ces dernières années. On croyait par le passé que la réalisation d'une épisiotomie contribuerait à réduire les pertes urinaires et les problèmes de prolapsus lorsque la femme serait plus âgée. Cette théorie a pour ainsi dire été abandonnée. Les intervenants font d'ailleurs remarquer que le taux d'épisiotomie a baissé de 44 % ces vingt dernières années et s'est réduit d'un quart ces cinq dernières années.

B. Exposé de Mme Marlene Reyns, *Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen* (VBOV – Organisation professionnelle flamande des sages-femmes)

Mme Reyns commence son exposé en diffusant la vidéo «*We have a problem*» de l'*International Confederation of Midwives* (*https://www.youtube.com/watch?v=yGTHKk1G7U8*) (consulté le 8 décembre 2021).

Traduction du sous-titrage néerlandais:

Patiente: «J'ai à mes côtés une sage-femme aimable et attentionnée, qui m'aide et m'accompagne tout au long de ma grossesse. Elle veille sur ma santé et celle de mon bébé et elle sera là pour me rassurer lors de mon accouchement.»

Sage-femme: «En tant que sage-femme, je souhaite avoir une bonne formation et du soutien pour satisfaire les demandes des femmes. Je voudrais recevoir de la reconnaissance pour mon travail et pouvoir partager mon expertise où et quand c'est nécessaire.»

Patiente: «Je veux tout simplement avoir une bonne sage-femme à mes côtés.»

Commentateur: «Une femme sur trois dans le monde accouche sans aide professionnelle, et on compte chaque jour l'équivalent de deux avions gros-porteurs remplis de femmes qui meurent en couches en laissant leurs enfants orphelins de mère. Cela entraîne de la pauvreté, de la souffrance et des frais supplémentaires pour aider la famille. C'est une spirale descendante. Dans de nombreux pays, des femmes se disent traumatisées, tant physiquement que psychologiquement, après la naissance de leur enfant, et ce traumatisme a des répercussions sur toute la famille. Et malheureusement, ce n'est pas seulement le manque de prestataires de soins qui empêche les femmes de bénéficier des soins professionnels nécessaires.»

Commentatrice: «J'ai entendu que, dans certains pays, les sages-femmes ne peuvent pas exercer leur métier parce qu'il est illégal ou que leurs compétences ne sont pas respectées. Ici ou là, des procédures médicales inutiles et coûteuses qui empêchent les sages-femmes de faire leur travail, et ce pour prévenir des risques qui

n'existent tout simplement pas. Je sais qu'il arrive que des sages-femmes subissent une telle pression dans leur travail qu'elles en oublient l'importance de l'amabilité et du respect. Le système leur laisse trop peu d'opportunités, et le manque d'empathie dessert tant les femmes que le système lui-même.»

Patiente: «Dans mon pays, les sages-femmes sont parfois cruelles. L'une d'elles a frappé ma sœur parce qu'elle criait de douleur.»

Commentateur: «Nous avons une solution! Des études prouvent que tant les mères que les bébés ont de meilleures chances de survie lorsque les sages-femmes sont soutenues par une bonne réglementation et un enseignement de qualité, et lorsque les femmes qui accouchent bénéficient, tout au long de leur grossesse, de soins dispensés par des sages-femmes sensibles, bien formées et respectées. Mais ce n'est pas seulement une question de survie. Une expérience positive à la naissance est le début d'une spirale ascendante qui renforce toute la famille, ce qui est bénéfique pour tout le monde. La présence d'un prestataire de soins bien formé et aimable au moment de la naissance est d'une importance capitale. Il est scientifiquement prouvé que les soins prodigués par les sages-femmes sauvent des vies, réduisent les interventions inutiles et font économiser de l'argent. Nous avons besoin de sages-femmes bien formées qui aident les femmes en cas de nécessité, qui soient estimées et respectées et qui aient la possibilité de montrer leur amabilité et leur dévouement.»

Patiente: «Je peux aider en partageant mes expériences positives. Je peux faire prendre conscience aux responsables politiques que chaque femme mérite de recevoir les meilleurs soins dans son parcours vers la maternité.»

Sage-femme: «Je peux contribuer à essayer de changer le système. Je tente de prouver aux responsables des maternités et de la formation des sages-femmes que j'apporte une plus-value en tant que sage-femme. Je peux aussi encourager mes collègues sages-femmes à exercer leur profession en faisant preuve de bienveillance et d'humanité.»

Patiente: «Et vous, vous pouvez m'aider! Un monde meilleur commence par des familles saines et des liens forts. Donnez-moi donc une bonne sage-femme et l'accouchement que je mérite!»

À la suite de cette vidéo, Mme Reyns évoque la loi sur les droits du patient qui dispose notamment que les femmes peuvent choisir avec qui et comment elles souhaitent accoucher. Elle fait également référence aux solutions élaborées sur une base scientifique en Belgique (entre autres par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), la Commission de planification fédérale et l'association professionnelle), qui donnent à la sage-femme une digne place dans le domaine global de l'obstétrique.

L'intervenante fait référence à l'étude du KCE sur le cadre qualitatif (cercle mère-enfant) qui a été mis en place à l'initiative de l'association professionnelle. Cette étude 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 client (disponibilité vingt-quatre heures sur vingt-quatre), le trajet de soins (basé sur l'*evidence based midwifery*) et surtout l'aspect «coopération». Il s'agit en l'occurrence de la coopération avec les gynécologues, mais aussi avec d'autres prestataires de soins et les aidants proches en première et deuxième ligne qui sont associés aux soins de la famille.

Mme Reyns mentionne encore brièvement les rapports suivants:

– le rapport 312 «Scénarios alternatifs pour la projection de la force de travail des sages-femmes: *Horizon scanning* et modèle de quantification» (13), qui a élaboré une série de scénarios dans lesquels les sages-femmes se voient attribuer un autre rôle dans le cadre des soins mère-enfant;

– le rapport 326 «Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque» (14), qui aborde l'aspect «préparation». En effet, il est essentiel que les femmes connaissent tous les facteurs importants de l'accouchement, qu'elles soient au courant de ce qui peut se passer lors de l'accouchement et aussi qu'elles soient capables de poser des choix éclairés (*empowerment*). Il s'agit d'une approche intégrée prévoyant une coopération non seulement avec les gynécologues, mais aussi avec les kinésithérapeutes, les psychologues et

(13) KCE, rapport, 2019 «Scénarios alternatifs pour la projection de la force de travail des sages-femmes: *Horizon scanning* et modèle de quantification»: *https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/scenarios-alternatifs-pour-la-projection-de-la-force-de-travail-des-sages-femmes-horizon-scanning-et*.

(14) KCE, rapport, 2020 «Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque»: *https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/vers-un-parcours-prenatal-integre-pour-les-grossesses-a-bas-risque*.

les médecins généralistes, qui, chacun selon leur propre perspective, ont la volonté de garantir les meilleurs soins à la mère et à l'enfant.

La VBOV met régulièrement sur pied des actions de sensibilisation:

– l'action de 2015, organisée en concertation avec les gynécologues, prônait notamment un modèle de coopération autour de l'accouchement naturel, en démontrant l'importance de la liberté de mouvement dans le but de conforter la femme dans la conscience de ses capacités et de ses possibilités;

– la VBOV prépare actuellement une action de sensibilisation relative à la liberté de mouvement: «*Beweeg je vrij*» (*www.bewegingsvrijheid.be*). Cette campagne s'appuie sur l'expertise clinique et le point de vue des acteurs de terrain au quotidien, en combinaison avec les meilleures preuves scientifiques disponibles. Elle vise aussi à garantir la prise en compte à 100 % des préférences et des valeurs du patient. La campagne commencera à la mi-décembre 2021 et durera un an. Son but est de permettre aux femmes de bouger entre le travail et l'accouchement. Avec ses quarante années de service en salle d'accouchement, Mme Reyns sait que les possibilités sont encore trop limitées en la matière, mais elle observe néanmoins une tendance positive. Elle précise qu'il s'agit aussi d'une liberté de mouvement mentale: le droit de connaître toutes les possibilités afin de pouvoir poser un choix éclairé.

Enfin, Mme Reyns évoque les prochaines étapes à franchir, pour lesquelles un soutien politique serait certainement le bienvenu. Elle cite un gynécologue qui a contribué à l'organisation de la campagne: «Faites de la place aux sages-femmes pour qu'elles puissent faire de la place aux femmes!»

Les étapes sont envisagées dans une approche positive: aucune profession des soins de santé n'est présentée sous un mauvais jour, et le but ultime est de rendre les femmes plus fortes.

L'ambition est d'encore mieux accompagner les femmes, non seulement sur le plan médical, mais aussi du point de vue psychique et social. Il faut partir d'un modèle de coopération avec les autres prestataires de soins.

Les sages-femmes doivent, entre autres, bénéficier d'un accès général aux plateaux techniques de la salle d'accouchement, afin que la femme enceinte puisse s'y rendre avec une personne de confiance. On plaide également pour l'augmentation du nombre de sages-femmes en salle d'accouchement, dans le but d'assurer un accompagnement personnalisé jusqu'au niveau d'un accompagnement individuel (*one-to-one*).

Mme Reyns rappelle une fois encore les mots clés de son intervention: «ensemble», «*evidence based*» et «respect». Elle conclut en soulignant que les besoins et les attentes des femmes doivent être au centre des soins, afin que les femmes soient bien préparées et puissent faire des choix éclairés.

C. Exposé de M. Pierre Bernard, Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique

M. Bernard entame son exposé en déclarant qu'il interviendra aujourd'hui en tant que président du Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique. Outre cette fonction, il enseigne également à la faculté de médecine de l'UCLouvain et pratique en tant que gynécologue obstétricien, pratique qui lui a permis d'assister plus de sept mille femmes lors de leurs accouchements.

La demande des patientes en matière participative est en augmentation naturelle et correspond à l'évolution des mentalités. Cette demande concerne le respect de leurs droits en tant que patientes, en particulier le consentement éclairé et la bienveillance de la part des soignants.

Les soignants, singulièrement les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes, ont tous répondu favorablement à cette demande.

Cette réponse positive s'est concrétisée par le développement exponentiel de la formation à la relation des médecins (environ 370 heures soit 35 crédits de cours, de séminaires et de travaux pratiques), par la place croissante de cette relation médecin-patient dans les critères d'évaluation et d'agrément des jeunes obstétricien(ne)s et par la création de structures de réflexion et de formation continue à cette relation, tel le groupement interdisciplinaire de (psycho-) périnatalité créé en 2003.

Notons également la féminisation progressive des études de médecine: il n'y a aucune raison de penser que les idées des femmes obstétriciennes évoluent différemment de celles des autres femmes.

La notion de violence obstétricale s'est développée peu après 2015 au départ de la France. Cette violence a alors été dénoncée de manière virulente par des mouvements féministes. Toutefois, dès 2013, l'OMS avait déjà listé un certain nombre de comportements faisant figure de définition: *cf. infra*.

Violences obstétricales – définition ?

OMS:

- agressions physiques
- humiliations graves
- agressions verbales
- procédures médicales imposées
- pas de consentement éclairé
- manque de confidentialité
- refus d'anti-douleurs
- violation flagrante de l'intimité
- négligences entrainant complications évitables

Plusieurs mouvements féministes ont jugé bon d'interpréter aléatoirement certains de ces comportements et d'y ajouter des actes obstétricaux, ce qui témoigne d'une méconnaissance caricaturale de la pratique obstétricale. Cette action s'est manifestée au travers d'une campagne de dénigrement arbitraire des obstétricien(ne)s et des sages-femmes, campagne dans laquelle ces derniers étaient désignés comme les principaux responsables de ces violences. Elle a été soutenue par une certaine presse non contradictoire et complaisante.

Le premier volet de ces violences est non spécifique à la gynécologie-obstétrique mais il est évident que ces pratiques existent bien en Belgique. Il ne fait aucun doute qu'elles doivent être combattues. Quant à leur fréquence, l'orateur renvoie aux exposés des représentants du VVOG et de la VBOV:

- **Utilisation force physique**
- **Contrainte légale**
- **Harcèlement, intimidation**
- **Atteinte à l'intimité**
- **Manque d'humanité et de dignité**
- **Ignorances des demandes, des refus, des questions, des souhaits**
- **Non prise en charge de la douleur**
- **Comportements inadéquats**
- **Discriminations/violences (sociales, raciales, sexistes, physiques,etc..)**
- **Menace sur la sécurité du bébé**
- **Intervention imposée sans consentement**

La grande majorité des obstétriciens belges ne se reconnaît pas dans ces comportements qui ne correspondent ni à leur pratique quotidienne ni à leur déontologie ni aux retours qu'ils ont de leurs patientes. Ils ont au contraire été extrêmement choqués par cette campagne de dénigrement et par les calomnies sur lesquelles elle reposait. À leurs yeux, il est surtout inacceptable qu'une telle campagne crée un schisme entre les soignants et les patients.

En ce qui concerne les violences plus spécifiques à l'obstétrique, force est de constater qu'il existe un amalgame entre «acte technique» et «agression physique» dans un contexte de manque de communication et de consentement, perçu légitimement par les patientes comme une agression psychologique:

- **Refus voie basse**
- **Ignorance de la physiologie de l'accouchement**
- **Instrumentation (forceps, ventouses)**
- **Episiotomie**
- **Césarienne**
- **Ob/gyn: formation de « robots techniques »**

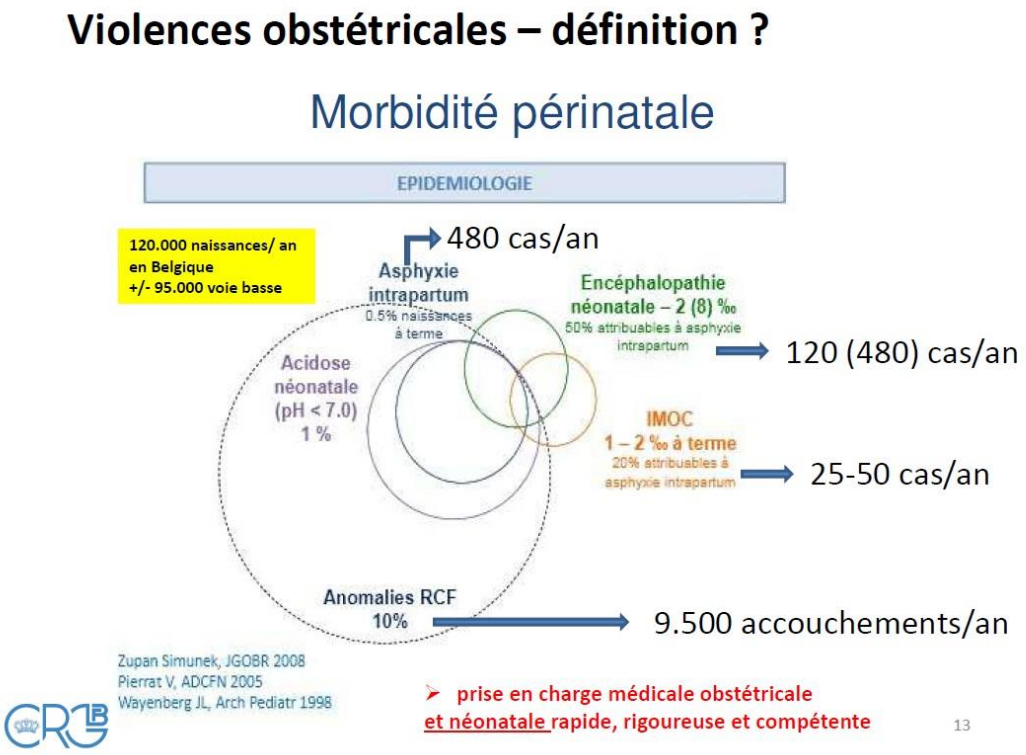
L'orateur aborde plus spécifiquement l'étiologie de l'accouchement lui-même. La phylogenèse, les anthropologues, l'histoire et les connaissances scientifiques nous enseignent que, pour beaucoup de femmes, leur accouchement ne pourra se dérouler physiologiquement parce que le genre humain a développé au cours de son évolution (notamment, par sa bipédie et la grande croissance du cerveau des fœtus) une fréquente difficulté ou impossibilité de passage du fœtus par les voies naturelles, laquelle est responsable des accouchements dystociques par voie basse ou des césariennes.

Par ailleurs, on observe que s'est développée chez les femmes une sensibilité à d'autres pathologies obstétricales, peu constatées dans le monde animal. Ces dystocies et pathologies obstétricales nécessitent une prise en charge médicale et obstétricale rapide, rigoureuse et compétente qui, au fil du siècle dernier, a permis une diminution spectaculaire de la mortalité maternelle:

- **Césarienne**: 15-20%
- Grossesse multiple : 2%
- **Dystocie voie basse**: 11%
- Episiotomie 20%
- **(Pré-)éclampsie** : 5-10%
- **Infection puerpérale**: 1-3%
- **Hémorragie du post partum**: 2-5%
- Accouchements prématurés: 8%
- Détresse néonatale: 8%
- Malformation congénitale 3%
- Monitoring pathologique: 10%
- Mort fœtale in utero: 0,6%

Dans certains pays en voie de développement, faute de prise en charge adaptée, les taux de mortalité maternelle sont restés similaires à ceux que nous connaissions en Belgique en 1890. Actuellement, la moyenne mondiale de mortalité maternelle atteint le chiffre affligeant de 400 cas pour 100 000 accouchements.

Le raisonnement est identique pour la morbi-mortalité néonatale. Sur le graphique ci-dessous, on observe que pour 10 % des accouchements *a priori* à bas risques (environ 10 000 cas en Belgique par an), des anomalies du rythme cardiaque vont se manifester au cours du travail. Sans une réaction obstétricale appropriée, un cas sur vingt évoluera vers une asphyxie périnatale, soit 500 cas par an. Sans une intervention obstétricale et pédiatrique appropriée, on estime qu'en Belgique, sur une base annuelle, 300 enfants vont développer une encéphalopathie et 54 une infirmité motrice cérébrale. Cela peut sembler peu en terme statistique mais avec la médecine de qualité dont nous disposons en Belgique, cela reste beaucoup trop.



La communication avec les patientes et avec les couples doit être claire à ce sujet et leur consentement doit être éclairé. L'accouchement physiologique ne devrait pas être un but en soi car il est souvent impossible, difficile ou à risque pour la mère et le nouveau-né. Sa non-réalisation est alors perçue comme un échec par la patiente ou le couple, voire même comme une violence.

L'orateur en veut pour preuve les taux publiés en Grande-Bretagne qui indiquent que 35 à 45 % des patientes primipares en travail à leur domicile ou dans une maison de naissance doivent être transférées vers une maternité pour cause d'échec de l'accouchement physiologique. Il est important de rappeler que le déroulement d'un accouchement n'est jamais connu à l'avance et qu'il peut être soumis à des aléas imprévisibles. Il ne peut en outre être déclaré «physiologique» qu'après la sortie du placenta.

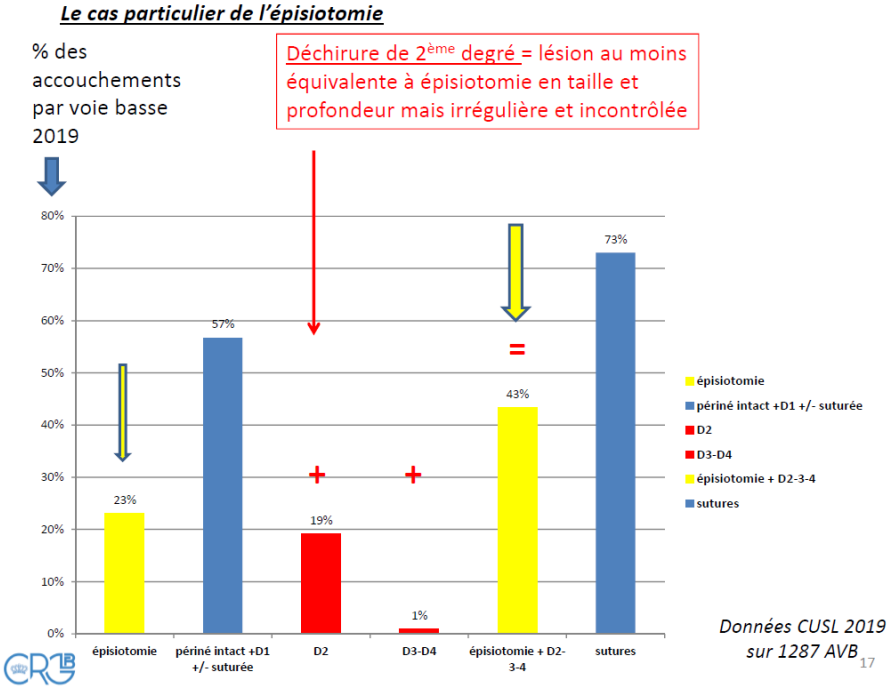
La première mission de l'obstétricien(ne) est de tout mettre en œuvre pour que la mère et le nouveau-né soient en bonne santé physique et psychique, malgré ces aléas. Néanmoins, il est important de rencontrer la demande des femmes de respecter au maximum la physiologie, dans les limites imposées par le respect du bien-être maternel néonatal.

Il est toutefois évident que toute intervention inutile doit être proscrite et que tous les moyens utiles pour lutter contre la douleur doivent être disponibles et proposés aux patientes.

Le Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique insiste dès lors sur la nécessité d'un cadastre, à l'aide d'études validées, pour l'évaluation qualitative et quantitative de ces violences définies sur base de la culture en Belgique. À cet égard, il sera sans doute nécessaire de renommer ce qu'est une violence obstétricale.

Quant aux actes obstétricaux en tant que tels, le Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique les récuse en termes de critères de qualité pour définir les violences obstétricales. À titre d'exemple, l'orateur renvoie au cas particulier de l'épisiotomie dont on observe une diminution du taux. Mais s'agit-il bien d'une réelle diminution? L'épisiotomie est une chose, la déchirure en est une autre. Notons qu'en termes de taille et de profondeur, la déchirure au deuxième degré est une lésion au moins équivalente à l'épisiotomie mais que cette dernière offre l'avantage d'être rectiligne et contrôlée.

Sur la base des données CUSL 2019, il apparaît que le taux d'épisiotomie est de 23 % mais il n'est pas corrigé avec le taux de déchirures qui équivaut à 20 % supplémentaires. Dès lors, le taux global des patientes devant subir une suture du périnée est en réalité de 43 %.



Le taux d'épisiotomie est dès lors non significatif sans les taux de déchirure des 2e, 3e et 4e degrés et sans les taux de parité et d'instrumentation qui le module significativement. Il est important de souligner que ce taux d'épisiotomie, additionné du taux de déchirures, est stable depuis plusieurs années parce qu'il est tout logiquement limité par les contraintes physiques du périnée.

Les critères de qualité de l'épisiotomie consistent dans le respect des indications comme la prévention d'une déchirure grave, la prévention de l'hypoxie fœtale et l'absence d'épisiotomie systématique. L'information des patientes est donc capitale, en leur rappelant ces indications, adaptées à leur cas spécifique et personnel.

L'orateur signale en marge que l'obtention du consentement éclairé ne peut se faire au moment de l'accouchement, vu son imminence. Par ailleurs, les gynécologues-obstétriciens n'ont aucun intérêt (financier, gain de temps ou satisfaction des patientes) à la pratiquer.

Concernant le cas particulier du consentement éclairé, l'orateur observe qu'il fait logiquement partie des droits du patient car il fait partie intégrante de la relation médecin-patient actuelle. Toutefois, il ne peut être correctement éclairé et consenti en situation d'urgence. Si le consentement éclairé est facile en obstétrique lorsqu'il répond anticipativement aux questions des patientes, il est en revanche difficile avec les patientes qui ne posent pas de questions ou avec celles qui font confiance au gynécologue-obstétricien, à la sage-femme ou à l'équipe qui vont les prendre en charge. En effet, il doit obligatoirement passer par l'explication d'interventions non rares (césarienne en cours de travail, instrumentation, épisiotomie, déchirure, réanimation néonatale, hémorragie de la délivrance, etc.), ce qui amène inévitablement à générer une source de stress supplémentaire. N'est-ce pas là aussi une violence obstétricale iatrogène?

En guise de conclusion, l'orateur abordera certains constats non encore évoqués:

- il est évident que les «violences obstétricales» interpellent et qu'il existe un consensus sur la nécessité d'éradiquer les violences telles que celles définies par l'OMS;
- la fréquence de ces violences obstétricales est toutefois inconnue et leur définition imprécise;
- il existe des enquêtes de qualité et des services de médiation dans toutes les maternités, avec un accès facile aux patientes, qui démontrent un grand décalage entre les revendications féministes et le vécu de la majorité des gynécologues-obstétricien(ne)s et de leurs patientes;
- 10 à 30 % des patientes vivent leur accouchement comme un traumatisme d'où l'intérêt de la prévention de ce qui en résulte: dépression postnatale, syndrome post-traumatique du post-partum et trouble de l'attachement;
- il faut noter une potentielle incompatibilité entre l'autodétermination de certaines patientes et la bonne pratique obstétricale, ce qui mettra les obstétricien(ne)s en porte-à-faux;
- force est de constater qu'il existe à cet égard une déficience de communication et qu'il est évident que l'on peut faire mieux;
- le débat est en outre pollué par des *fake news*, des enquêtes biaisées mal conduites, des publications partisanes et sans fondement solide, une presse non contradictoire, des pseudo-experts, et des mauvaises bonnes idées.

Face à ces constats, le Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique avance les propositions et actions suivantes:

- le Collège reste mobilisé pour présenter ses actions en matière de lutte contre les violences telles que définies par l'OMS, en particulier les inacceptables discriminations. Il plaide pour l'accès de toutes les patientes, sans discrimination, à la bienveillance des soignants;
- il propose de travailler à l'identification, la définition et la redénomination des violences obstétricales, puis à leur cadastre au niveau belge. Un groupe de travail multi-métiers pourrait être érigé à cette fin, lequel proposerait dans un second temps des actions ciblées;
- il soutient le développement de la formalisation raisonnable et préventive du consentement éclairé pour des soins qui ont du sens et où les patientes sont nos partenaires et nos alliées. Le projet de naissance est un bon outil d'élaboration et d'anticipation pour les parents qui sert à l'alliance thérapeutique;
- il soutient également l'organisation de l'éducation et de l'information des patientes et le renforcement de l'accès à ces informations;
- il préconise le renforcement de la formation continue des médecins en matière de relation médecin-patient dans le contexte particulier de la grossesse et de l'accouchement. Dans ce cadre, les points d'insistance doivent être la bienveillance, l'écoute, la confiance mutuelle et la fin du paternalisme et de l'infantilisation;
- il encourage le développement d'une structure d'aide psychologique au sein des maternités pour la détection, la prévention et le traitement des syndromes post-traumatiques du post-partum;
- il veille attentivement au maintien de l'excellence de la médecine périnatale belge avec une tendance vers le 0 % de morbi-mortalité maternelle et néonatale;
- il promeut un travail en équipe multidisciplinaire, avec une communication intra-équipe optimale, le recours aux *guidelines* et des remises en question régulières. Ceci garantira une qualité des prestations et des services vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept;
- il soutient le développement de structures d'accouchements gérées par les sages-femmes au sein des salles d'accouchement - et non à côté ou en dehors - pour ne pas augmenter les risques maternels et néonatals. Cela nécessitera une formation accrue des sages-femmes;

– il observe que l'information, le consentement éclairé, la formation continue, l'accompagnement adéquat de la mère, du couple et le soutien psychologique nécessiteront une augmentation considérable des moyens financiers alloués à la grossesse et à la parentalité.

D. Échange de vues

Mme Masai déclare qu'elle perçoit clairement à quel point le mot «violence obstétricale» est difficile à entendre pour une partie de la profession médicale. Elle ne peut que constater qu'il existe manifestement un écart entre certaines réalités qui ont été rapportées au comité d'avis lors d'auditions précédentes et la position des experts défendue aujourd'hui. Outre les points de divergence, il y a fort heureusement aussi des points de convergence entre les différents orateurs.

Les auditions ont le mérite de donner une vue d'ensemble sur la situation, en donnant la parole tant aux personnes qui veulent être reconnues comme des victimes de violences obstétricales qu'à celles pour qui cette notion est difficilement acceptable.

L'intervenante revient sur la recommandation en lien avec la forte pression médico-légale exercée sur les gynécologues obstétriciens, telle que proposée par le VVOG. L'idée défendue dans cette recommandation est d'instaurer une formation plus large en termes de droits du patient et de droits et devoirs des soignants. Les experts peuvent-ils donner plus de précisions à ce sujet?

Une deuxième question s'adresse au professeur Bernard qui défend le fait que certains actes obstétricaux sont inévitables, mais qu'ils peuvent néanmoins être perçus par les patientes comme de la violence. Des mesures sont-elles déjà mises en place pour aider les femmes qui subissent ces actes qualifiés d'inévitables et qui en souffriraient? Est-il nécessaire d'améliorer cette prise en charge?

Par ailleurs, à quel pourcentage estime-t-on les femmes qui pourraient avoir un accouchement physiologique? Le professeur Bernard a démontré que l'accouchement physiologique n'était pas indiqué pour de nombreuses femmes mais qu'en est-il de celles pour qui c'est possible?

Enfin, l'intervenante retient les nombreuses pistes de réflexion qui ont été proposées par les experts pour développer l'*empowerment* des femmes, notamment par la mise en place de groupes de travail composés de patientes et de représentants des différents métiers qui exercent autour des femmes. Cette idée lui paraît particulièrement intéressante pour développer des solutions communes.

Mme Ampe partage le point de vue de Mme Masai selon lequel la commission ne doit pas s'en tenir aux anecdotes, même si les récits des victimes de violences obstétricales doivent également être entendus. L'ampleur du phénomène de la violence obstétricale doit faire l'objet d'une étude approfondie, entre autres pour accorder aux victimes la reconnaissance qu'elles méritent.

Elle aimerait donc que les données chiffrées présentées ce jour aux membres de la commission figurent également dans le rapport.

Tous les experts ont mis l'accent sur l'importance de la communication et sur la nette évolution que celle-ci a connue au cours des vingt dernières années. C'est un constat très positif pour les femmes qui accouchent et pour les enfants qui viennent au monde. Cela prouve en tout cas que les gynécologues ne sont pas en reste et qu'ils sont à l'écoute de leurs patientes. Cette évolution positive devra être mise en évidence dans le texte des constatations et y être soutenue.

Mme Groothedde n'est pas favorable à l'emploi des termes «violence obstétricale» et leur préfère ceux d'«autodétermination corporelle», comme indiqué dans la demande d'établissement du rapport d'information (doc. Sénat, nº 7-245/1), même si les termes «violence obstétricale» sont ceux employés par l'OMS dans sa terminologie.

On affirme souvent que l'on met trop l'accent sur la violence obstétricale et moins sur les autres formes de violences médicales qui existent dans les autres disciplines. Le caractère sexué de la problématique n'est-il pas spécifique à la gynécologie?

Mme Groothedde est frappée par le fait que les trois experts ont surtout cité les aspects dérangeants de la problématique. La violence gynécologique est en effet une thématique délicate qui n'en est encore qu'à ses

balbutiements en Belgique. Il ne fait en outre aucun doute que la qualité des soins médicaux est excellente en Belgique et qu'il n'est pas évident pour les orateurs de parler de ce problème.

Dans les exposés, une différence a souvent été établie entre la femme enceinte et le fœtus, en leur qualité de patients. De sa propre expérience, l'intervenante sait qu'une femme enceinte fera beaucoup pour garantir le bien-être de son fœtus. Combien de fois arrive-t-il qu'une femme enceinte ne protège pas les intérêts de son fœtus?

Les experts ont donné d'amples explications sur les interventions obstétricales souvent nécessaires lors d'un accouchement et sur le consentement éclairé des patientes. La sénatrice souligne qu'un accouchement physiologique n'est pas un but en soi pour elle mais que les femmes doivent avoir le droit de choisir cette option ou non. Il n'est pas évident de respecter la décision des patientes car on a tendance à intervenir en cas de doute. De plus, nos processus de naissance ont fortement évolué au fil du temps.

Quel est le point de vue des experts sur le «désaccord éclairé» (*informed dissent*), à savoir la situation dans laquelle les patientes refusent certaines interventions ou, au contraire, réclament certaines interventions bien qu'elles soient déconseillées par le dispensateur de soins?

Par ailleurs, l'accent a surtout été mis sur les accouchements et sur le quartier d'accouchement, alors que l'autodétermination corporelle – au sens gynécologique du terme – est un concept beaucoup plus large touchant entre autres à des aspects tels que l'infertilité, l'endométriose, la ménopause, etc. De nombreux témoignages sur la violence obstétricale concernent ces aspects. Les experts peuvent-ils donner leur opinion à ce sujet?

Enfin, l'intervenante souhaite poser deux questions complémentaires sur des pistes de solution. Les experts ont déjà formulé quelques recommandations, entre autres sur la formation, l'information au sujet des droits du patient, etc. Sur quel aspect les formations recommandées devraient-elles se focaliser spécifiquement?

Elle constate par ailleurs que les processus et procédures médicaux, entre autres l'agrandissement d'échelle dans les soins, peuvent aussi jouer un rôle en matière de violence gynécologique: il ressort d'études internationales que l'agrandissement d'échelle est souvent néfaste à un processus individualisé. Qu'en pensent les experts?

Sa dernière question porte sur les soins sensibles aux traumatismes. Un quart des patientes qui consultent un gynécologue ont vécu des violences sexuelles et se voient proposer des soins sensibles aux traumatismes. Ces soins spécifiques ne peuvent-ils constituer une réponse plus globale et être généralisés à d'autres expériences traumatiques, comme la violence gynécologique? Si oui, de quelle manière?

Mme Ryckmans rappelle que l'objectif principal du comité d'avis est de mettre en évidence la culture de la bienveillance et la capacité d'entendre les femmes qui, tout au long de leur vie, vivent des violences gynécologiques. Le moment de l'accouchement est très révélateur à cet égard, bien qu'il ne soit effectivement pas le seul.

Les experts ont avancé plusieurs solutions pour lutter contre les violences obstétricales, notamment celle d'un cadastre et la mise à disposition de données précises. Aux yeux de l'intervenante, il est également essentiel de diffuser ces données en les rendant publiques. Les intervenants partagent-ils cette analyse?

Quant à la place des sages-femmes et à leur relation aux obstétriciens, elle souhaite des précisions sur la manière dont il faut améliorer leur intégration. Comment doit-elle se concrétiser au sein des équipes médicales? Quelle relation faut-il développer en particulier? L'idée qu'une sage-femme accompagne une femme en travail tout au long de son accouchement n'est-elle pas une piste de réflexion intéressante en termes de bien-être de la mère et du nouveau-né, même si cela génère des coûts financiers plus importants?

Enfin, elle revient sur la proposition de M. Bernard qui préconise la création d'un groupe de travail multidisciplinaire. Comment ce groupe sera-t-il concrètement mis en œuvre? Envisage-t-il d'associer des patientes, en particulier des mères, et des représentantes de la société civile à ce processus?

Mme Segers a constaté quelques contradictions entre les quatre orateurs, mais aussi une grande unanimité.

La contradiction la plus fondamentale concerne la définition de la violence obstétricale. Si nous voulons mettre en place un cadastre de la violence obstétricale, il est essentiel de donner à ce phénomène une définition précise

et unanime. Les représentants flamands rejettent le terme de «violence» («*geweld*»), bien que l'OMS l'emploie, et préfèrent parler d'un «accouchement sûr».

Un consensus pourra-t-il se dégager à ce sujet entre les médecins et les sages-femmes et de quelle manière?

L'intervenante constate au demeurant une grande unanimité entre les experts en ce qui concerne la nécessité d'approfondir et d'élargir la formation sur les droits du patient. En quoi cette formation consisterait-elle concrètement?

Une bonne information de la patiente au sujet de son futur accouchement a également été unanimement prônée, mais M. Verhulst a en outre plaidé pour un débriefing juste après l'accouchement.

Comment former les futurs gynécologues à la communication avant et après l'accouchement? Cela fait-il déjà partie de leur cours?

L'harmonisation entre le travail des sages-femmes et celui des médecins et la collaboration entre eux durant l'accouchement constituent également un aspect essentiel à ses yeux. L'intervenante a été très étonnée d'entendre qu'aujourd'hui les sages-femmes n'ont toujours pas accès aux programmes TIC des hôpitaux où sont pourtant sauvegardés les dossiers des patients. Comment expliquer cette situation? Comment y remédier?

Enfin, la sénatrice aimerait connaître l'opinion des experts sur la proposition visant à désigner un unique dispensateur de soins chargé d'accompagner la patiente durant tout le processus de l'accouchement.

M. Verhulst (VVOG) revient sur la question relative à la formation sur les droits du patient. Lorsque les gynécologues sont confrontés à une situation urgente et doivent prendre une décision rapidement – comme pratiquer une césarienne, par exemple –, mais que la patiente leur interdit cette intervention, une question se pose: quelles possibilités les médecins ont-ils et que sont-ils autorisés à faire? L'intervenant vise ici l'aspect purement légal de la question. Les gynécologues se sentent de toute façon responsables de la santé de la mère et de l'enfant.

Lorsque les médecins veulent pratiquer une intervention dans l'intérêt de l'enfant, mais que la mère refuse, il leur importe surtout de savoir dans quel cadre légal ils se situent précisément. Pour circonscrire précisément les droits du patient, il faudra faire appel à des juristes. Reste à savoir dans quelle mesure une patiente peut refuser un traitement si ce refus peut avoir un effet dommageable sur l'enfant.

C'est pourquoi l'orateur plaide pour un cadre juridique clair et pour une formation poussée qui permettront aux gynécologues d'interpréter correctement les droits des patientes.

Il s'interroge non seulement sur les termes «violence obstétricale» mais aussi sur les termes «violence gynécologique», au sens que lui donne manifestement Mme Groothedde. Qu'entend-elle précisément par «violence gynécologique», entre autres dans le contexte de la ménopause?

Il reconnaît en revanche qu'il faudrait sans doute analyser plus largement la problématique: il existe en effet des médecins – généralistes, cardiologues, gynécologues, etc. – qui ne traitent pas leurs patients correctement. Il faut unir les forces pour lutter contre ce phénomène et faire comprendre aux médecins qu'ils doivent traiter leurs patients avec respect.

Mais parler de «violence gynécologique», c'est aller trop loin, selon lui. Le problème ne se rencontre pas plus souvent chez les gynécologues que chez les autres spécialistes.

L'orateur observe par ailleurs que l'agrandissement d'échelle et la centralisation des soins ont des effets positifs dans de nombreux domaines. Dans les petites maternités, la qualité des soins est plus souvent problématique et l'agrandissement d'échelle a précisément permis de l'améliorer.

Il se peut qu'à un certain niveau, lorsque la structure devient trop grande, on observe un nivellement de la courbe de qualité, voire une diminution, mais ce n'est certainement pas le cas dans les hôpitaux belges. En guise de conclusion, l'orateur déclare qu'un agrandissement d'échelle basé sur de bons protocoles ne peut qu'améliorer la qualité des soins.

Si une plus grande individualisation des soins est possible, le médecin fera tout pour la mettre en œuvre. Mais son premier objectif demeure d'assurer la santé et la sécurité de la mère et de l'enfant.

Les processus de soins individualisés sont donc utiles et nécessaires, mais l'agrandissement d'échelle s'avère souvent bien plus important sur le plan médical.

Quant à l'établissement d'un cadastre, M. Verhulst aimerait formuler deux remarques. Avant de rechercher des solutions, il lui semble préférable de mettre en lumière le phénomène de la violence obstétricale. Les médecins veulent savoir où les problèmes se posent et à quelle fréquence. Si l'on considère le problème comme anecdotique, on ne peut pas parler des éventuelles solutions.

Concernant la relation avec les sages-femmes et l'intégration de celles-ci dans les soins prénatals, l'orateur déclare que tous les gynécologues y sont favorables. Cela se fait d'ailleurs déjà sur le terrain: ces dix dernières années, les sages-femmes ont de plus en plus été intégrées dans le trajet de soins prénatals.

Il ne souhaite en revanche pas que le Sénat devienne un forum où serait examiné et modifié le trajet de soins périnatals en Belgique. Il s'agit d'un tout autre débat que celui pour lequel les experts ont été invités. Le rapport d'information ne porte que sur la «violence obstétricale» et les représentants des associations de gynécologues attendent des précisions sur la définition et l'ampleur du phénomène.

Il est évident que la relation personnalisée, lorsqu'elle est possible, est plus agréable et meilleure pour les patientes. Mais il faut être réaliste: cette option est entravée par des obstacles organisationnels et financiers.

Concernant l'acquisition des aptitudes de communication durant la formation de gynécologue, l'orateur rappelle que celle-ci était tout à fait inexistante par le passé. Le nouveau programme des études de gynécologue montre toutefois qu'une plus grande attention sera portée à l'acquisition de ces aptitudes. Même si la situation n'est pas encore optimale, on peut déjà constater une énorme différence avec la situation d'il y a dix ans.

Le fait que les sages-femmes n'aient pas accès aux dossiers médicaux n'est pas imputable aux gynécologues, au contraire. Il est davantage lié aux systèmes informatiques des hôpitaux et au respect de la vie privée.

Mme Verheecke (VVOG) revient sur la question de Mme Groothedde concernant le nombre de mères qui ne protègent pas les intérêts de leur fœtus. Cela arrive en effet, notamment chez des patientes souffrant de psychoses, de dépression, etc., et la fréquence de ces cas est en augmentation. On pourrait y remédier grâce à une meilleure détection prénatale et à un meilleur accueil des femmes potentiellement à risque.

L'oratrice est confrontée quotidiennement à des femmes qui éprouvent un malaise social et psychique, mais ne peuvent trouver de l'aide dans le réseau d'accueil actuel parce que celui-ci est déficient. Les autorités publiques ont déjà lancé quelques projets, mais ceux-ci restent largement insuffisants. Elle préconise dès lors de traiter ces situations en priorité.

Quant à l'agrandissement d'échelle, l'intervenante adhère aux propos de son collègue, M. Verhulst. L'agrandissement d'échelle permet de travailler dans un cadre multidisciplinaire et de veiller à ce que la femme enceinte puisse être prise en charge tant par un gynécologue, une sage-femme et un kinésithérapeute que par un psychologue ou un service social. Son dossier médical est en outre à la disposition de chacun. L'agrandissement d'échelle offre donc de nombreux avantages.

Elle est évidemment favorable à une solution personnalisée, mais celle-ci est difficile à mettre en place dans la réalité: le nombre de sages-femmes auquel a droit un hôpital est limité. La nuit, par exemple, une seule sage-femme peut être présente alors qu'il arrive parfois que six femmes accouchent au même moment. C'est irresponsable, mais ce sont les conditions réelles dans lesquelles le secteur médical doit fonctionner, vu les limites imposées par les pouvoirs publics.

L'oratrice plaide donc pour une approche différente et une augmentation du nombre autorisé de sages-femmes dans les hôpitaux. Cette augmentation serait également bénéfique à la formation personnalisée des stagiaires en maïeutique pendant la durée de leur stage en salle d'accouchement.

M. Verhulst ajoute que durant sa carrière, il a lui aussi déjà été confronté à des patientes qui ne protègent pas les intérêts de leur enfant, bien que ne lui voulant aucun mal. Il pense en particulier à une patiente enceinte qui refusait de prendre des antibiotiques pendant sa grossesse et qui a fini par mettre au monde un bébé souffrant de septicémie. Même après la naissance, les parents se sont obstinés à refuser que l'on administre des antibiotiques à leur bébé. On a finalement dû faire appel au parquet.

Certaines de ses patientes ont également refusé une césarienne et leur bébé en a souffert.

Mme Reyns (VBOV) reconnaît aussi que les patientes ont besoin d'une information sur mesure. Les médecins doivent dégager le temps nécessaire pour informer les femmes des options qui se présentent à elles. Une des solutions permettant une relation plus personnalisée consisterait à créer davantage de maternités ouvertes, permettant aux sages-femmes d'utiliser plus facilement les plateformes des hôpitaux pour accompagner la grossesse et l'accouchement de leurs patientes enceintes.

À l'heure actuelle, les hôpitaux offrant cette ouverture sont peu nombreux, mais dans les hôpitaux qui le font, les expériences sont très positives.

L'oratrice ajoute encore qu'elle est favorable à la solution personnalisée car celle-ci influence positivement divers paramètres, comme la satisfaction des patientes, une diminution de la demande d'antalgiques, etc.

M. Bernard revient sur la question de Mme Masai quant à la manière dont on peut prévenir le traumatisme lié à un acte obstétrical, afin qu'il ne soit pas perçu comme une violence. Il estime que la communication est le seul moyen d'y remédier. Il faut impérativement développer l'information aux patientes, en particulier sur la manière dont peut se dérouler un accouchement.

À titre personnel, lors de ses consultations, il évoque toujours la possibilité d'une césarienne avec ses patientes puisque cela arrive fréquemment. Il reconnaît toutefois qu'aux patientes qui ne posent pas de questions, il n'expliquera pas l'utilisation du forceps ou des ventouses pour ne pas les effrayer. Si elles posent la question, il leur expliquera clairement que le recours à ces instruments est nécessaire dans 10 % des accouchements environ.

Tout passe donc par la création d'un lien de confiance mutuelle entre le gynécologue et la patiente, laquelle vivra alors mieux son accouchement même si des actes obstétricaux se sont avérés nécessaires.

Cette bonne information préalable et cette confiance mutuelle entourent en quelque sorte le consentement éclairé.

Quant à l'estimation du nombre d'accouchements non physiologiques, il n'existe pas de chiffres officiels à cet égard, mais ils concernent probablement entre 40 et 70 % des accouchements. Pour l'estimer, l'intervenant se base sur le pourcentage d'accouchements sans aucun acte obstétrical sur Bruxelles en 2019, qui est de 17 %. Environ 20 % des accouchements se font par ailleurs par césarienne et 10 % par instrumentation en Belgique.

Lors de son exposé, il a déjà évoqué les différentes raisons pour lesquelles les accouchements ne pouvaient pas se faire de manière eutocique. Il rappelle que chez les primipares en travail en Belgique, 40 % doivent être transférées de leur domicile ou d'une maison de naissance vers un hôpital parce que leur accouchement ne peut pas être physiologique.

C'est pour cette raison que l'intervenant insiste sur la bonne et nécessaire information des patientes: il ne faut pas les bercer de l'illusion que leur accouchement aura 90 % de chances de se passer de manière physiologique.

En réponse à la question de Mme Ryckmans, l'intervenant déclare ne pas être opposé à la transparence des données mais encore faut-il bien déterminer de quelles données on parle. S'il s'agit des données relatives à la violence obstétricale, il faut d'abord la définir correctement et en établir la fréquence avant de les publier.

À cet égard, il met en garde contre l'interprétation de certains pseudo-critères de qualité qui n'en sont pas, comme les taux d'épisiotomie ou les taux de césarienne, qui ne révèlent pas la réelle qualité du travail effectué dans les maternités.

Quant à l'intégration des sages-femmes dans le parcours obstétrical, il la considère comme une évidence. Les sages-femmes garantissent un suivi optimal de la grossesse en termes de temps et de bienveillance. Le parcours prénatal est donc un travail collectif qui associe les sages-femmes et les obstétriciens mais aussi les psychologues, par exemple.

L'intervenant est également d'avis que le *one-to-one* est une solution idéale mais encore faut-il le définir clairement: vise-t-on le fait qu'une patiente en cours de travail ait en permanence une sage-femme à ses côtés? Dans l'affirmative, cela nécessiterait une grande disponibilité des sages-femmes, disponibilité qui est toutefois tributaire du nombre variable d'accouchements en cours au même moment. Il est très compliqué d'anticiper la disponibilité des sages-femmes, d'autant plus que, dans la plupart des hôpitaux, elles ont des horaires régulés, ce qui empêche leur disponibilité vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

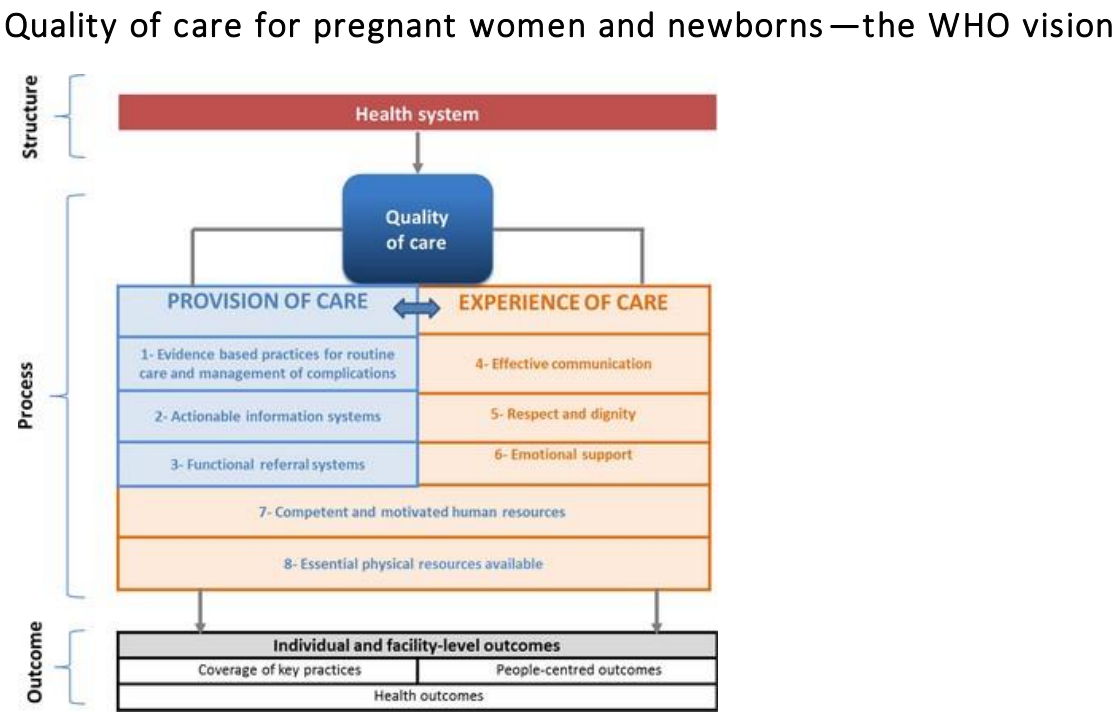
Un *one-to-one* qui impliquerait le suivi de la patiente par la même sage-femme tant pendant la grossesse qu'au moment de l'accouchement est dès lors illusoire et irréalisable à grande échelle et à coût raisonnable.

Quant à la création d'un groupe de travail multidisciplinaire, le Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique n'entend pas en prendre l'initiative. Il s'agit d'une proposition de solution à laquelle tous les métiers et les représentants de la société civile devraient être associés. Ce groupe de travail serait chargé de définir précisément les violences obstétricales et surtout d'en évaluer le cadastre pour connaître la fréquence du phénomène. Il va de soi qu'une fois que ce cadastre sera clairement établi, les données répertoriées devront être publiées.

Enfin, l'intervenant ne souhaite en aucun cas nier ou sous-estimer les plaintes et les témoignages de femmes qui déclarent avoir subi des violences obstétricales. Toutefois, ces faits doivent être représentatifs de la fréquence réelle du phénomène, ce qui nécessite des études sérieuses et validées.

E. Exposé de Mme Marleen Temmerman, *Centre of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University East Africa*, et faculté Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, *Ugent*

En tant qu'ancienne sénatrice, Mme Temmerman est ravie que le Sénat prenne à cœur cette problématique. L'intervenante présente brièvement sa carrière et précise que son expérience est riche, entre autres, de plus de dix-huit mille accouchements. Elle se réfère également à la période pendant laquelle elle a été active au sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), où elle est devenue, en 2012, directrice du département Santé et Recherche génésiques. Des thèmes tels que «*Quality of care for pregnant women and newborns*» y ont été développés et ont donné lieu à l'élaboration de documents qui sont cités dans les travaux du comité d'avis.



BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology Volume 122, Issue 8, pages 1045-1049, 1 MAY 2015 DOI: 10.1111/1471 -0528.13451
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471 -0528.13451/full#bjo13451-fig -0001

La tendance qui prévalait autrefois était de se concentrer essentiellement sur les piliers de la prestation de soins (*«provision of care»):* on s'intéressait à la qualité de l'offre en ce qui concerne l'infrastructure, les ressources humaines, l'appareillage, etc. On ne prêtait pas attention à l'expérience patient («*experience of care*»). À partir de l'approche des soins mère-enfant, l'OMS a finalement exploré cet aspect au moyen d'études, qui ont permis de définir les piliers qualité de l'expérience patient: «communication efficace», «respect et dignité» et «soutien émotionnel». Dans le cadre du pôle «soutien émotionnel» pendant la grossesse et l'accouchement, des plaintes relatives par exemple à des «manques de respect» et «abus» ont été identifiées.

Mme Temmerman précise avoir déjà assisté à des situations où une femme enceinte était victime d'abus: le phénomène des violences obstétricales existe bel et bien. Il s'agit en l'occurrence de situations où la femme a été traitée brutalement, par exemple parce qu'elle hurlait de douleur. Les comportements concernés étaient essentiellement le fait de sages-femmes ou de membres du personnel infirmier, mais pouvaient aussi venir de médecins. Ce sont des situations qui arrivent dans des pays du tiers monde, pas chez nous, et qui requièrent notre attention.

Health Hum Rights 2020 Jun;22(1):251-264.

Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth

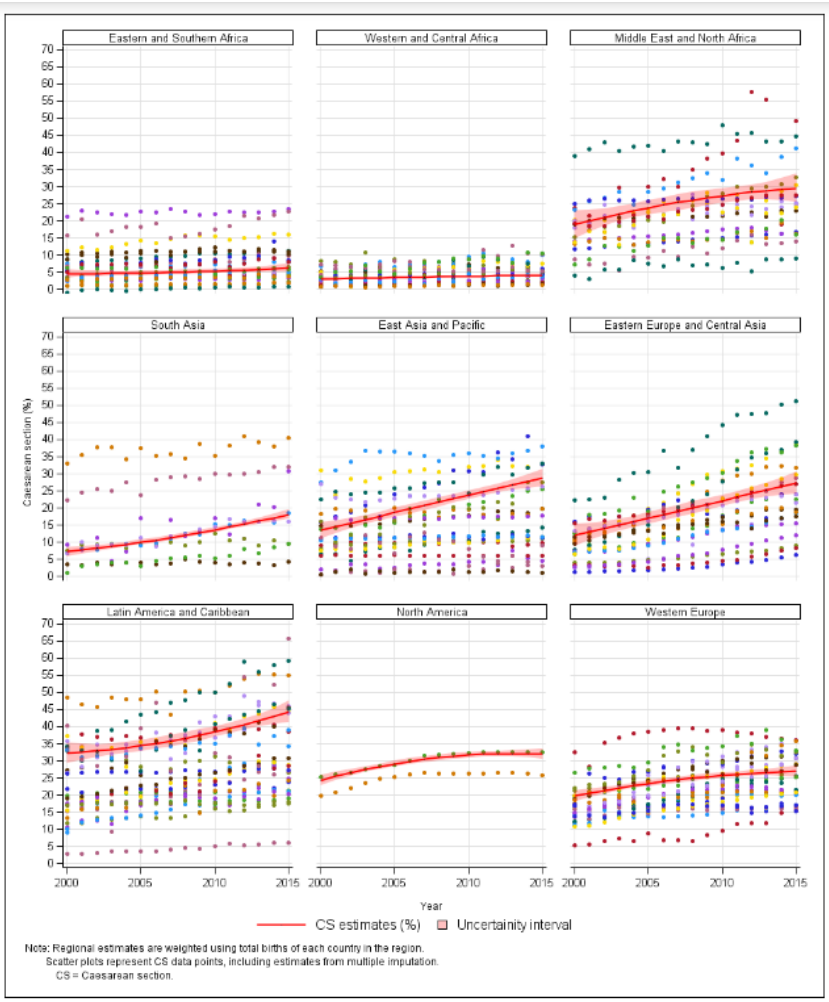
Christina Zampas et all

- A growing body of evidence reveals that the mistreatment of pregnant women during facility-based childbirth is occurring across the globe. As human rights bodies have increasingly recognized, numerous human rights are implicated in the context of mistreatment of women in childbirth, including the rights to be free from torture and other ill-treatment, privacy, health, non-discrimination, and equality.
- This paper builds the new body of evidence describing the types of mistreatment that occur during childbirth, to unpack the drivers of the mistreatment of women during childbirth and how they are understood and addressed within human rights.
- Tracing recent developments, it examines how the United Nations Special Rapporteur on violence against women and the Parliamentary Assembly of the Council of Europe have addressed this issue.
- Understanding the drivers and human rights dimensions of the mistreatment of women during childbirth can contribute to accelerating progress toward universal health coverage, including access to reproductive health services, as mistreatment is a key barrier to women's access to such services.
- The article concludes by offering guidance to states on a human rights-based approach to addressing mistreatment against women during facility-based childbirth.

L'OMS a élaboré une approche à partir de cette perspective: «*Operationalizing a human rights-based approach to address mistreatment against women during childbirth*». 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.

Mme Temmerman aborde ensuite les analyses et l'étude de référence réalisées au sujet des césariennes. Le nombre de césariennes pratiquées est l'un des thèmes associés aux violences obstétricales. Mme Temmerman fait référence à ce sujet à un groupe de travail qu'elle a dirigé et qui a réalisé une étude dont les résultats ont été publiés dans un article du *Lancet* consacré à l'épidémiologie des césariennes.

Mme Temmerman a constaté dans cette étude que le nombre de césariennes pratiquées augmente globalement pour tous les pays pour lesquels on dispose de statistiques. La recommandation de l'OMS en la matière – qui, il est vrai, date déjà – 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. Mme Temmerman fait toutefois remarquer à cet égard que 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. Avec 20-21 %, 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. Une mise en perspective des statistiques est néanmoins nécessaire. En effet, les moyennes nationales n'ont qu'une valeur informative relative: dans certains pays où Mme Temmerman est active, tels que le Kenya, des taux de 2 % dans certaines régions coexistent avec des taux de 80 % dans des agglomérations urbaines.



Lancet 2018, Boerma, Temmerman *et al*.

https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/fulltext

We describe the frequency of, trends in, determinants of, and inequalities in caesarean section (CS) use, globally, regionally, and in selected countries.

On the basis of data from 169 countries that include 98·4% of the world's births, we estimate that 29·7 million (21·1%, 95% uncertainty interval 19·9-22·4) births occurred through CS in 2015, which was almost double the number of births by this method in 2000 (16·0 million [12·1%, 10·9-13·3] births).

CS use in 2015 was up to ten times more frequent in the Latin America and Caribbean region, where it was used in 44·3% (41·3-47·4) of births, than in the west and central Africa region, where it was used in 4·1% (3·6-4·6) of births.

Based on the most recent data available for each country, 15% of births in 106 (63%) of 169 countries were by CS, whereas 47 (28%) countries showed CS use in less than 10% of births. National CS use varied from 0·6% in South Sudan to 58·1% in the Dominican Republic. Within-country disparities in CS use were also very large: CS use was almost five times more frequent in births in the richest versus the poorest quintiles in low-income and middle-income countries; markedly high CS use was observed among low obstetric risk births, especially among more educated women in, for example, Brazil and China; and CS use was 1- 6 times more frequent in private facilities than in public facilities.

L'intervenante en vient enfin à l'objet et à l'approche du rapport d'information.

Le choix des termes «violences obstétricales» l'indispose. Même si on peut trouver l'origine de ces termes dans les études et rapports de l'OMS, les rapports en question avaient pour points de départ le «respect» et la «dignité». Mme Temmerman explique le glissement dans la terminologie utilisée par le fait que les constatations de l'OMS ont été «traduites» à l'époque dans des documents des Nations unies traitant de thèmes tels que les violences à l'égard des femmes, les violences sexuelles, les violences liées au genre, les violences domestiques, etc. C'est donc sous l'influence du mouvement de lutte contre toutes formes de violence que l'on a adopté le concept de «violences obstétricales» pour désigner la problématique examinée en l'occurrence.

Par ailleurs, un manque de cohérence terminologique peut être reproché à la demande d'établissement d'un rapport d'information en la matière: il y est question de «violence(s) obstétricale(s)», de «droits gynécologiques», de «droit à l'autodétermination gynécologique», de «violence(s) gynécologique(s)», etc. À la lecture du texte, Mme Temmerman en déduit que les violences gynécologiques visent la médicalisation de processus naturels dans le cadre desquels on prescrit des traitements hormonaux à la patiente sans lui fournir beaucoup d'informations. Selon l'intervenante, il s'agit cependant d'un postulat qui n'est plus d'actualité.

Mme Temmerman plaide pour que l'on réexamine le texte et ajuste la terminologie utilisée. Elle appelle aussi le comité d'avis à circonscrire suffisamment la problématique. Très concrètement, elle se réfère au fait que le texte fasse mention, par exemple, des mouvements de libération relatifs à l'autodétermination gynécologique, alors qu'ils relèvent d'une autre problématique. Selon l'intervenante, l'objet de la demande d'établissement d'un rapport d'information est trop vague. Il y est question de *#MeToo*, de la Conférence internationale sur la population et le développement, de la Convention d'Istanbul, etc. Le débat doit bien entendu être encouragé, mais il convient de définir au préalable sur quoi il portera exactement.

En réponse aux questions formulées dans la demande d'établissement du rapport d'information au sujet des indicateurs de la qualité des soins obstétricaux et de la médicalisation en gynécologie et obstétrique, Mme Temmerman déclare que la situation de la Belgique est bonne en comparaison avec celle d'autres pays européens et, en tout cas, à l'échelle mondiale.

Concernant l'aspect «collaboration», l'oratrice explique que la collaboration entre les gynécologues, les sages-femmes et les autres dispensateurs de soins est capitale et ne peut être réduite à la relation entre sages-femmes et gynécologues. Le modèle de soins et plus particulièrement la question de la collaboration dans les soins n'ont, selon elle, pas directement leur place dans un débat sur la violence obstétricale.

Mme Temmerman souligne en outre que le consentement éclairé et le désaccord éclairé sont très importants: il s'agit de concepts légaux et éthiques complexes, qui méritent assurément qu'on s'y attarde.

Un suivi permanent et une évaluation qualitative des soins prénatals, périnatals et postnatals constituent, selon l'oratrice, un des piliers des soins

Quant à l'approche individualisée, l'oratrice indique qu'accouchement physiologique n'est pas synonyme d'accouchement à domicile. Des accouchements physiologiques se produisent aussi à l'hôpital et y sont tout à fait possibles. Voici quelques années déjà, des gynécologues et des sages-femmes ont ensemble mis au point le concept d'«accouchement à domicile à l'hôpital», considérant que le professionnel des soins ne devait intervenir que s'il était en mesure de faire mieux que la nature. La grossesse et l'accouchement sont certes des processus naturels, mais lorsque les choses tournent mal, les effets peuvent être désastreux. La mission des soins est donc de médicaliser le moins possible lorsqu'une médicalisation n'offre aucun avantage par rapport au choix de laisser faire la nature.

F. Échange de vues

Mme Segers revient sur le fait que la définition du phénomène est à la fois une base essentielle et une priorité des travaux de la commission. S'il s'avère que les termes «violence obstétricale», choisis plutôt dans une perspective globale, s'appliquent mal à la situation belge, Mme Temmerman peut-elle alors proposer un concept et une terminologie qui pourraient utilement être employés lors de la rédaction du rapport d'information?

Mme Temmerman suggère d'éviter les termes «violence obstétricale». Selon elle, on pourrait, dans le préambule du rapport, préciser que si cette terminologie est utilisée dans une perspective internationale, il importe,

pour la Belgique et l'Europe en général, d'axer la réflexion sur le «consentement», l'«autodétermination», la «participation», etc.

Mme Temmerman commencerait les travaux en adressant une demande d'étude au KCE ou à des groupes de travail actifs dans le domaine de la gynécologie ou de la maïeutique. Cette étude, qui serait à la fois quantitative et qualitative, pourrait se pencher sur la terminologie à utiliser et appliquer ensuite celle-ci à l'étude des plaintes formulées par les femmes. Il convient en tout cas de rejeter autant que possible la définition stigmatisante de «violence obstétricale»: la «violence» implique un «auteur» et une «victime» et, selon Mme Temmerman, il ne faut donc pas poursuivre sur cette voie.

Mme Segers explique en outre que les auteurs de la demande d'établissement du rapport d'information se sont justement basés sur la définition de l'OMS qui traduit l'étendue du phénomène dans une perspective mondiale.

Mme Temmerman renvoie par ailleurs à la documentation disponible sur le site web de l'OMS concernant l'*obstetric violence*: les documents en question contiennent plutôt des termes tels que *respect, against disrespect and abuse*: le terme *violence* y est moins présent. D'autres mouvements ont «traduit» le mot sur la base de la définition de la violence envers les femmes utilisée au sein de l'ONU. C'est ainsi que l'on est arrivé à une définition très complexe du phénomène. À titre de comparaison, Mme Temmerman rappelle les définitions utilisées en ce qui concerne la violence envers les femmes: en 1992, l'ONU a formulé une définition qui contient entre autres les termes «mariages d'enfants» et «viol conjugal». Il y a quelques années, l'OMS a pris ses distances vis-à-vis de cette définition, sous la pression du Moyen-Orient et de l'Afrique: les termes «mariages d'enfants» et «viol conjugal» ont été retirés de la définition. Il n'est dès lors pas évident d'adopter une définition globale et de l'appliquer ensuite au contexte national.

Mme Temmerman conclut que les termes «*obstetric violence*» n'ont pas beaucoup de sens dans le contexte actuel; le risque est en outre que certains éléments pertinents, qui ont leur importance, soient balayés.

G. Exposé de Mme Vanessa Wittvrouw, Union professionnelle des sages-femmes belges et Conseil fédéral des sages-femmes

Mme Wittvrouw débute son intervention en rappelant que la formation des sages-femmes et les compétences relatives à la profession sont définies par les textes de loi (15). L'accessibilité des soins aux patientes est également prescrite par la convention qui lie les sages-femmes à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Un profil professionnel cadre la définition de la profession, les compétences, la formation de base et continue (16). La sage-femme dispose d'une obligation de formation continue pour maintenir son agrément et le titre. La profession dépend du cadre politique puisque depuis la sixième réforme de l'État, la Belgique compte neuf ministres qui se partagent les compétences en matière de santé. Si elle devait définir la profession, Mme Wittvrouw dirait que la sage-femme a un rôle spécifique à jouer dans les soins de santé en tant que gardienne de la physiologie. La démarche de soins suivie s'apparente à l'art de la maïeutique, pratique qui consiste à optimiser les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction à la petite enfance. Elle s'attache également à prévenir et prendre en charge rapidement les complications, consulter et orienter les femmes vers d'autres services et respecter la situation et le point de vue des femmes. Elle vise à travailler en partenariat avec elles pour renforcer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leur famille. L'évolution constante de la profession devrait être une rencontre entre la vision qui permet à la sage-femme de se sentir en sécurité dans sa pratique, et les besoins fondamentaux, souhaits, singularité de la femme, du couple, de la famille qu'elles accompagnent, suivent ou soignent. C'est un équilibre assez instable qui lie le médical et l'inné.

La question des violences gynécologiques et obstétricales est une préoccupation importante de l'Union professionnelle des sages-femmes belges depuis 2016. Grâce aux médias, aux différentes réflexions au sein des organismes européens ou internationaux de sages-femmes ainsi que depuis la publication en 2015 du rapport de l'OMS évoqué précédemment par M. Bernard, l'Union a été encouragée à se pencher sur cette thématique et y a donc consacré:

(15) *https://sage-femme.be/sagesfemmes/documents-de-reference/legislation/*.
(16) *https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2019/09/2015_06_cfsf_frvv_bijlage_ii_profil_professionnel_12_05.pdf*.

- un atelier de réflexion lors de la journée internationale des sages-femmes en 2016;
- le congrès annuel de 2018;
- une revue professionnelle;
- un projet d'avis sur les violences obstétricales au Conseil fédéral des sages-femmes en 2019. Malheureusement, ce projet d'avis n'a pas recueilli suffisamment de votes pour être soumis au ministre. Le texte aurait dû être remanié et réargumenté, mais le Conseil fédéral des sages-femmes était en fin de législature en mars 2019. Entretemps, le Conseil n'a toujours pas été réactivé et il n'a pas eu l'occasion de retravailler sur ce projet d'avis.

L'intervenante souhaite partager une série de constats sur cette thématique:

1) Les violences obstétricales ne sont pas le fait d'un seul professionnel et ne sont pas liées spécifiquement à l'accouchement. Elles sont le fait de plusieurs professionnels qui gravitent autour de la périnatalité, et ce, quel que soit le lieu de leur pratique. Si l'on parle beaucoup des violences infligées aux femmes en termes d'actes invasifs – qui sont posés trop rapidement, trop brutalement ou sans avoir recueilli leur consentement –, on oublie souvent d'aborder l'aspect humain et relationnel. Ce dernier fait partie intégrante de ces violences, et ce, même si les processus d'accouchement sont les plus physiologiques possibles.

Par ailleurs, il n'y a pas, d'un côté, les gentilles sages-femmes et, de l'autre, les méchants médecins. L'Union professionnelle des sages-femmes belges ne s'inscrit absolument pas dans cette logique. L'intervenante avoue que dans sa pratique, elle s'est peut-être montrée à un certain moment malveillante ou inadéquate envers la femme qui était en face d'elle. Dans une telle situation, il est important d'être à l'écoute. Elle tient à rappeler que le métier de sage-femme est un métier de cœur, de passion, d'engagement et d'accompagnement. Elle ne connaît, en effet, pas de sages-femmes qui se lèvent le matin avec la volonté d'être malveillantes, violentes ou inadéquates dans les soins qu'elles vont proposer.

2) Les sages-femmes font partie intégrante de la problématique, car elles appartiennent au système de soins. Ces vingt dernières années, ce système n'a cessé de faire des économies et, partant, de créer et d'agrandir les différences de prise en charge, de suivi et de possibilités de choix pour les femmes.

L'intervenante prend comme exemple la réduction de la durée des séjours en maternité qui a eu des effets considérables sur les structures de soins. Elle pense entre autres à une plus grande rotation des patientes et à une intensité plus élevée des soins, de l'information et de l'éducation donnés aux jeunes parents. De plus, les patientes qui sont désormais prises en charge par les sages-femmes viennent juste d'accoucher, sont à leur premier jour post-partum ou à leur premier jour de sortie.

L'intervenante constate aussi une augmentation importante de la charge administrative et une diminution des normes de personnel, qui sont calculées en fonction des taux d'occupation. Elle relève aussi une accentuation de l'hospitalo-centrisme, qui n'était pas voulue au départ, mais qui est normale étant donné la perte de fréquentation des structures. Elle note également une organisation des soins laissée à l'appréciation de chaque structure et une grande difficulté de partage entre les structures hospitalières et les sages-femmes indépendantes sur le terrain. Il est donc fort probable qu'une patiente à Bruxelles ne reçoive pas la même proposition de soins qu'une patiente qui accouche à Charleroi ou à Namur. Enfin, les conditions de travail des sages-femmes dépendent du type de structure et des normes de personnel afférentes. En effet, ces normes ne sont pas les mêmes s'il s'agit d'une structure universitaire ou d'une structure non universitaire. Les sages-femmes sont ainsi soumises au fonctionnement institutionnel que ce soit dans l'organisation des services, dans la mise en place des protocoles, des collaborations entre services ou entre institutions, ou encore dans les choix proposés aux femmes, comme ceux liés à la gestion de la douleur. Dans la pratique des sages-femmes, seule l'*evidence based medecine* compte, et ce, au nom de la sécurité médicale. En outre, les recommandations de bonnes pratiques s'appliquent de manière assez globale, sans toujours prendre en considération la singularité des femmes. L'obstétrique moderne, qui se caractérise par une rationalisation poussée et un fonctionnement parfois dicté par la peur du médicolégal, génère une grande part de violence institutionnelle pour les professionnels au sens large.

3) La profession de sage-femme est en constante évolution et elle devrait pouvoir s'adapter au changement des pratiques obstétricales, des politiques en matière de santé et des besoins de la société. La formation des sages-femmes doit dès lors reposer sur la transmission d'un savoir axé sur la prévention, la physiologie et la santé

des femmes, d'un savoir-être axé sur la qualité de présence et d'écoute, et aussi d'un savoir-faire axé sur les qualités techniques indispensables.

En ce qui concerne la formation actuelle des sages-femmes, le plus grand problème réside dans les différences de cursus entre les écoles de sages-femmes du nord et celles du sud du pays. L'intervenante évoque également l'augmentation constante du nombre d'étudiants au sein des hautes écoles, ce qui soulève des questions sur la qualité de la formation, des possibilités de stage, de pratique et d'actes posés sur le terrain. La formation est encore très hospitalo-centrée. Elle laisse peu de place à la pratique extrahospitalière et à l'autonomie de la sage-femme. L'intervenante rappelle que les structures extrahospitalières ne bénéficient pas de financement et travaillent avec du personnel indépendant. C'est la raison pour laquelle elles sont peu nombreuses et les offres de stages y sont dès lors limitées.

L'intervenante expose ensuite les propositions de l'Union professionnelle des sages-femmes belges:

– mettre en place une commission de promotion de la bienveillance en gynécologie obstétrique, qui serait composée de professionnels exerçant dans les domaines de la périnatalité, de la gynécologie et de l'obstétrique et qui accueillerait des représentants des usagers. Cela permettrait de dépister, de quantifier et d'analyser le phénomène et de mieux comprendre les besoins des femmes en matière de naissance respectée;

– élaborer et appliquer des processus de prévention et d'intervention autour de la bienveillance obstétricale et mesurer le niveau de satisfaction des couples ainsi que l'incidence sur les taux d'actes posés, par exemple lors de la naissance, ou sur d'autres suivis, et ce, pour les accouchements à bas risques;

– promouvoir la bienveillance dans les soins grâce à la formation des professionnels, la culture de l'empathie, la *team* bienveillance et les chartes de bienveillance déjà présentes dans certaines maternités;

– promouvoir la profession de sage-femme dans l'accompagnement des naissances;

– renforcer et valoriser la multidisciplinarité mais en gardant les femmes au centre des préoccupations;

– mettre en place un management bienveillant;

– renforcer les moyens financiers et humains des maternités et des salles de naissance;

– redéfinir l'information nécessaire pour obtenir un consentement éclairé pour tous les actes posés;

– publier le taux d'intervention, mais le faire dans une logique vertueuse qui permettrait aux maternités et aux salles de naissance de montrer combien le travail effectué est bon;

– permettre à chaque femme en travail d'être accompagnée par une sage-femme ou, si cela n'est pas possible, revoir les normes de personnel dans les services de maternité et dans les salles de naissance;

– actualiser et uniformiser la profession de sage-femme;

– donner la possibilité à chaque professionnel de pouvoir effectuer des actions individuelles et de réflexion;

– placer les femmes au centre des préoccupations dans les soins;

– autonomiser les femmes et les rendre responsables de leur santé;

– informer systématiquement les femmes de leurs droits;

– obtenir le consentement éclairé des femmes, à toute étape ou tout moment de rencontre;

– faire valoir la liberté des femmes, en acceptant les projets de naissance et les lieux de naissance choisis par les femmes et en personnalisant chaque prise en charge.

Pour terminer, l'intervenante partage le mantra de l'Union: «accompagnée par une sage-femme et une équipe multidisciplinaire bienveillante, chaque femme, chaque famille pose des choix éclairés pour une naissance et une parentalité respectées et choisies.»

H. Exposé de M. Joeri Vermeulen, *Erasmushogeschool Brussel*, chercheur à la VUB et membre des conseils d'administration de la *Belgian Midwives Association* (BMA) et de l'*European Midwives Association* (EMA)

M. Vermeulen base son exposé sur son expérience professionnelle à la VUB et au sein de l'*European Midwives Association*.

1) Terminologie – tone of voice

La première réflexion de M. Vermeulen porte sur le ton donné par la terminologie employée pour parler de ce problème. En Europe en tout cas, le choix de la terminologie ne fait pas l'unanimité: plusieurs terminologies sont utilisées pour mesurer ou désigner – en partie – la même chose. La terminologie en question est connotée et, dès lors, selon l'orateur, elle ne couvre pas toujours toute l'étendue de la thématique, elle relègue d'avance au second plan certains dispensateurs de soins et ajoute (involontairement) une connotation à la discussion; il s'agit entre autres du jargon anglais suivant:

– *obstetric violence*;

– *abuse during childbirth*;

– *gynaecologisch geweld*;

– *humanising childbirth*;

– *violence of human rights / women's rights*, etc.

M. Vermeulen préconise de bien réfléchir à cette définition, après quoi on pourra aller plus loin. Selon l'intervenant, qui rejoint en cela la professeure Temmerman, les termes «respect» et «manque de respect» doivent certainement être retenus.

2) Définition – OMS, 2014

D'une part, la définition de l'OMS de 2014 ne peut être transposée purement et simplement au contexte belge; elle contient entre autres les éléments suivants: «*Abuse during childbirth, is the neglectful, physical abusive, and/or disrespectful treatment from healthcare professionals towards patients in childbirth*» (…) «*Such mistreatment is regarded as a violation of the woman's human rights*» (…) «*the appropriation of women's bodies and reproductive processes by health personnel, which is embodied in a dehumanizing treatment, in abuses of medicalization and pathologizing of natural processes, thus causing loss of autonomy and of free decision-making on a woman's own body and sexuality, negatively influencing women's quality of life (...)*» Selon M. Vermeulen, il est évident que les sages-femmes ou gynécologues européens ne se reconnaîtront pas dans cette définition.

D'autre part, il ne faut pas rejeter purement et simplement cette définition: le commentaire qui l'accompagne contient certains éléments qui peuvent être pris en considération pour l'élaboration de définitions acceptables par tous les groupes (professionnels) concernés. Selon l'orateur, la possibilité de travailler sur la base de définitions faisant consensus constitue un élément méthodologique non négligeable.

3) État des lieux en Europe/Belgique

Quelle est la situation en Europe en matière de violences obstétricales? Selon M. Vermeulen, la littérature (scientifique) sur le sujet est quelque peu limitée. Par ailleurs, les femmes se disent souvent mécontentes de leur expérience de l'accouchement. Par exemple parce qu'elles n'ont pas reçu des informations adéquates, correctes ou complètes, ou parce qu'on ne leur a pas demandé un consentement explicite alors qu'elles disposaient déjà des informations voulues.

À la lumière d'une analyse non structurée de messages publiés sur *Facebook* par le passé, M. Vermeulen a relevé que la plupart des plaintes étaient liées à un manque d'informations et à l'absence de consentement.

Parfois, les plaintes portent aussi sur le fait de ne pas avoir suffisamment voix au chapitre sur le plan obstétrical. L'utilisation d'un plan de naissance peut être un moyen d'y remédier. Ce plan est établi au début de la grossesse par la femme, conjointement avec le gynécologue ou la sage-femme. Il contient, entre autres, une liste des préférences. Un plan de naissance ne saurait être considéré comme une liste d'exigences à respecter; il a surtout pour but d'enclencher la discussion. Il peut mentionner, par exemple, que la femme ne veut pas d'épisiotomie: si les circonstances la rendent toutefois nécessaire, la sage-femme ou le gynécologue s'entretiendra alors avec la patiente pour clarifier et nuancer les choses et s'assurer le cas échéant que l'intervention sera pratiquée en parfaite connaissance de cause.

Un autre aspect à prendre en compte est celui des conséquences périnatales: la priorité est de mettre au monde un enfant en bonne santé, mais l'expérience de l'accouchement proprement dit (c'est-à-dire le ressenti de la femme qui accouche) ne reçoit guère d'attention formelle dans l'évaluation de l'obstétrique en Belgique.

Selon M. Vermeulen, 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. En effet, les femmes sont suivies partiellement ou totalement par une sage-femme pendant leur grossesse, mais il arrive que celle-ci ne soit pas présente à l'hôpital lors de l'accouchement. Cela ne concerne pas l'accouchement à domicile. Lorsque le travail commence, la femme est accompagnée par une sage-femme qu'elle ne connaît pas et avec laquelle elle n'a pas discuté du plan de naissance, par exemple.

4) Suggestion d'approche – Microniveau

M. Vermeulen formule un certain nombre de suggestions pour aborder certains points d'attention découlant du débat.

a) Processus décisionnel conjoint

Pour rendre ce processus plus concret, on pourrait, par exemple, formaliser davantage le plan de naissance. Il pourrait ainsi faire partie intégrante des consultations entre la patiente et la sage-femme ou le gynécologue. Cela aurait notamment pour conséquence que le prestataire de soins aurait l'obligation d'aborder un certain nombre de questions légitimes – parfois singulières – avec lesquelles il pourrait être d'accord ou non. Il est important que cette discussion ait lieu pendant la grossesse et non au moment du travail ou de l'accouchement.

b) Modèles de consentement éclairé

Pour faire en sorte que le consentement soit donné de manière encore plus éclairée, on pourrait envisager ici aussi de rendre cette procédure plus formelle. En Belgique, un certain nombre de maternités disposent déjà de modèles pour les inductions et pour les césariennes, qui pourraient peut-être être étendus à l'amniotomie et à l'épisiotomie?

c) Débriefing après l'accouchement

Selon M. Vermeulen, il faudrait instaurer un débriefing systématique. La patiente dirait comment elle a vécu l'accouchement et le prestataire de soins pourrait expliquer pourquoi certaines interventions, difficiles à comprendre au premier abord, ont été réalisées.

d) Soins post-partum

Il faut écouter ce que les femmes ont à dire et les associer au débat: elles sont très nombreuses à être concernées.

Dans ce débat, il faut éviter la polarisation entre les différents groupes professionnels. Il faut tendre vers un modèle de collaboration positif où chacun prend ses responsabilités.

5) Suggestion d'approche – Mésoniveau

- Il faut une dénomination correcte et une (re)définition claire du phénomène. Celui-ci pourra alors être cartographié et les points de travail pourront être esquissés;
- il faut réfléchir à la création d'une sorte de point de contact où les femmes pourraient livrer leur témoignage. M. Vermeulen souligne l'importance de ces témoignages individuels;
- la directive KCE 2010 (*Rapports KCE* 139 A) doit être mise à jour: selon M. Vermeulen, il serait donc opportun d'examiner si certains aspects des travaux concernant les violences obstétricales ne devraient pas être pris en compte dans cet exercice d'actualisation. En termes de structure, les directives pourraient s'inspirer de celles de l'OMS: par exemple, on pourrait mentionner dans un tableau les actes *intrapartum* recommandés lors d'un accouchement «normal» et ceux qui ne le seraient pas;
- M. Vermeulen souscrit à ce qui a été dit lors des auditions à propos des «*1-0-1 zorg*». M. Vermeulen voudrait que l'on aille encore plus loin et que l'on s'oriente vers un système où une personne – dont le profil pourrait être déterminé lors d'une discussion ultérieure – ferait office de personne de référence tout au long du processus, depuis la grossesse jusqu'à l'accouchement. Cette approche a évidemment un coût indéniable.

En conclusion, M. Vermeulen indique que la VUB, l'*UZ Brussel* et l'EhB sont disposés à aider le comité d'avis à mettre ses suggestions en œuvre.

I. Échange de vues

Mme Durenne remercie les différents orateurs pour leurs exposés. Elle revient ensuite sur l'obligation de formation continue pour les sages-femmes. Quelles ont été les principales évolutions du métier durant ces dernières années voire dernières décennies, et ce, plus particulièrement au niveau des études?

L'intervenante indique qu'il y a parfois des difficultés en termes de communication entre les sages-femmes et les gynécologues. Un accent particulier est-il mis, lors des études, sur cette communication entre les sages-femmes et les gynécologues? Celle-ci a-t-elle évolué avec le temps?

Par ailleurs, sur le terrain et en pratique, comment la collaboration entre les sages-femmes et les gynécologues devrait-elle se dérouler? Y a-t-il un partage d'information, une complicité entre ces deux professions ou est-ce que le dernier mot revient systématiquement aux gynécologues? Ces derniers sont-ils attentifs aux demandes des sages-femmes?

Mme Durenne aborde ensuite les pratiques actuellement proscrites. Elle pense notamment à l'expression abdominale pour n'en citer qu'une. Comment se fait-il que ces pratiques n'aient pas encore disparu aujourd'hui, faut-il en chercher la cause dans l'enseignement ou est-ce simplement le fait de l'ancienne garde?

Mme Groothedde se réjouit que l'on ait mis l'accent sur l'aspect psychologique et émotionnel. Elle est d'accord pour dire que quand on choisit de soigner les gens, ce n'est généralement pas pour leur faire du mal, mais que cela peut arriver. Selon Mme Groothedde, l'autoréflexion peut être l'amorce d'un dialogue intéressant. Enfin, elle estime que le concept «naissance et parentalité respectée et choisie» traduit bien la vision qui est aussi préconisée par la majorité.

Mme Groothedde aimerait que les intervenants disent ce qu'ils pensent de l'introduction du concept de soins sensibles aux traumatismes afin de mieux appréhender les aspects psychiques, mais aussi de l'aspect de l'autodétermination.

Mme Groothedde souhaiterait ensuite connaître l'avis des intervenants sur les recherches néerlandaises qui montrent que les plans d'accouchement – qui sont déjà entrés depuis longtemps dans les mœurs aux Pays-Bas – sont certes bénéfiques, mais qu'ils peuvent aussi, de par leur caractère procédural, constituer un obstacle à l'autodétermination.

Enfin, Mme Groothedde aimerait savoir dans quelle mesure les intervenants sont familiarisés avec les recherches menées par Claire Stramrood, la gynécologue néerlandaise qui a consacré sa thèse de doctorat à ce thème.

Mme Masai remercie les orateurs et interpelle Mme Wittvrouw à propos des différentes pistes et des politiques qui pourraient être mises en place. Elle évoque l'idée de publier les différents taux d'intervention. Ce sont des données qui lui semblent être intéressantes mais qui peuvent être inquiétantes, si l'on ne les examine pas d'un point de vue vertueux. Outre la publication de ces taux d'intervention, y a-t-il d'autres incitants, processus ou mécanismes qui pourraient améliorer la qualité des soins?

Mme Masai exprime également son intérêt pour l'exposé de M. Vermeulen mais elle se dit en réflexion quant à la difficulté de choisir les bons mots et de savoir qui est légitime pour les définir. Elle comprend que les mots «violences obstétricales» sont trop durs ou pas adéquats au vu des avis des experts auditionnés. Néanmoins, si ces mots sont utilisés par une partie des patientes, il lui paraît difficile de leur demander d'utiliser un autre vocabulaire pour définir leur ressenti. Elle s'interroge donc sur la définition de ces termes. En effet, il faut comprendre de quoi on parle mais, pour elle, il n'y a pas de personne plus légitime qu'une autre pour choisir la définition de cette problématique. Pour l'oratrice, il est important de rester inclusif dans la manière d'aborder cette thématique.

Mme Segers partage les interrogations de Mme Masai. La demande d'établissement d'un rapport d'information est basée sur la terminologie utilisée par l'OMS. L'intervenante déduit de l'exposé présenté lors de l'audition du 29 novembre qu'il ne s'agit pas de l'approche idéale si l'on a pour ambition de changer les choses sur le terrain et de s'attaquer à un phénomène existant. La question est donc de savoir comment choisir la terminologie à utiliser dans la demande et qui peut se prononcer à ce sujet.

M. Verhulst estime qu'il faut faire preuve de rigueur: le but des travaux est d'établir un rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales. Il importe de savoir de quoi on parle. Avant de pouvoir établir le rapport d'information, il est nécessaire de réaliser une étude visant à définir le phénomène et sa fréquence, éventuellement en collaboration avec les divers groupes professionnels. Il s'agit de définir des critères d'un accouchement sûr, agréable et respectueux, et d'évaluer ensuite ces critères. Ce n'est qu'alors que l'on pourra formuler des solutions qui soient adaptées à la fréquence du problème. M. Verhulst indique que la VVOG pourrait se pencher sur la réalisation d'une telle étude.

L'intervenant partage l'idée que l'expérience de la naissance est importante, mais il émet des réserves concernant la perception selon laquelle il conviendrait de garantir d'abord la qualité de cette expérience et seulement ensuite la sécurité de l'accouchement sur le plan médical.

En ce qui concerne la méthode et l'utilisation du plan de naissance, M. Verhulst sait que la plupart des hôpitaux prévoient une consultation avec une sage-femme durant les dernières semaines de la grossesse, qui permet entre autres de discuter du plan de naissance. Ce n'est plus du tout la même approche qu'il y a dix ans. L'intervenant estime qu'on oublie un aspect dans le débat: la confiance dans le gynécologue. S'il faut demander un consentement éclairé sur tout, cela va devenir difficile. Selon M. Verhulst, une bonne information est indispensable, mais il faut aussi que la patiente garde de la confiance et du respect pour l'expertise et l'expérience du prestataire de soins. L'autodétermination est évidemment un élément important, mais elle ne concerne pas exclusivement la gynécologie et elle ne doit donc pas être examinée spécifiquement dans ce domaine, selon l'intervenant. En revanche, le manque de respect pour le patient, que l'on rencontre dans toutes les professions médicales, est un problème inacceptable, auquel il faut évidemment s'attaquer.

M. Verhulst estime qu'il est dangereux de publier des résultats, car il peut y avoir des différences énormes d'un hôpital à l'autre en termes de population. L'information est certes importante, mais cette information n'est pas toujours facile à mettre en perspective et à interpréter pour des profanes.

Enfin, M. Verhulst aborde brièvement la notion de discontinuité. Il est évidemment préférable que la continuité puisse être garantie, mais il faut garder le sens des réalités: ni les gynécologues ni les sages-femmes ne peuvent promettre la continuité à toutes les patientes.

Mme Wittvrouw revient sur la question de la formation et de la formation continue des sages-femmes. Les sages-femmes sont légalement tenues de suivre septante-cinq heures de formation continue par tranches de cinq ans pour maintenir leur visa et leur titre. Elle estime que cette obligation n'est pas excessive. Ces formations continues sont organisées par les associations professionnelles. Celles-ci touchent aux domaines de la gynécologie et de l'obstétrique, mais aussi à la réanimation natale ou encore à l'accompagnement psychologique des patientes dans le cadre, par exemple, de la formation sur le deuil périnatal. Ces formations sont directement en lien avec les domaines d'activité des sages-femmes et les différents domaines de compétence de la profession.

En termes d'évolution de la profession de sage-femme, l'oratrice explique qu'à son époque, on avait une vision très hospitalo-centrée du travail. Aujourd'hui, la sage-femme travaille également en dehors du monde hospitalier, à savoir dans le milieu de la médecine scolaire, dans les centres de planning familial et dans des cabinets privés individuels ou partagés. En effet, certaines sages-femmes partagent des cabinets pluridisciplinaires avec des gynécologues, des kinésithérapeutes ou encore des ostéopathes. Elles sont également présentes dans les maisons de naissance et les gîtes de naissance intra-hospitaliers. Pour Mme Wittvrouw, il faudrait davantage mettre l'accent sur le travail en autonomie de la sage-femme. C'est la raison pour laquelle elle plaide pour un allongement de la durée de la formation de sage-femme. Elle pense à un niveau d'étude de master – d'une part, pour valoriser les compétences et d'autre part, pour avoir une meilleure formation, ce qui est soutenu par les gynécologues. Il faut donc aller vers une plus grande autonomie de la sage-femme, ce qui est d'ailleurs prévu par le cadre légal entourant la profession au niveau du suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum dit normal. Ces tâches s'inscrivent dans le travail ordinaire de la sage-femme. Néanmoins, lorsqu'une pathologie est détectée, les sages-femmes n'abandonnent pas leurs patientes et collaborent avec les gynécologues afin d'assurer une continuité des soins adéquate.

Au niveau hospitalier, la collaboration entre les gynécologues et les sages-femmes doit être constante et permanente. En effet, il s'agit d'un travail d'équipe qui nécessite une confiance mutuelle. Il peut évidemment y avoir des désaccords, ce qui est inhérent à tout travail d'équipe reposant sur la discussion. Il serait plus ennuyeux de ne pas avoir de discussion au sein d'un même service.

En ce qui concerne l'expression abdominale, celle-ci devrait avoir normalement complètement disparu des pratiques hospitalières. L'intervenante insiste sur le fait que l'expression abdominale ne découle jamais de l'initiative personnelle de la sage-femme, mais bien de la situation qui amène l'ensemble des acteurs à envisager de l'utiliser. Elle plaide néanmoins pour que le recours à cette pratique disparaisse totalement en milieu hospitalier.

Pour ce qui est de la publication vertueuse des différents taux, l'oratrice estime que ces données présentent un caractère intéressant. Elle constate toutefois que l'on s'intéresse surtout aux taux liés aux épisiotomies ou aux césariennes – mais pourquoi ne pas plutôt privilégier l'inverse et publier le taux de naissances physiologiques, le taux de naissances avec ou sans péridurale ou encore pourquoi ne pas organiser des enquêtes de satisfaction au sein des structures hospitalières et les publier?

Cette notion de violence obstétricale a eu le même effet au niveau francophone qu'au niveau néerlandophone. Dans le cadre de leurs consultations, les sages-femmes disposent maintenant de plus de temps, ce qui permet aux patientes de se confier un peu plus sur leur vécu. L'oratrice se dit choquée quand elle entend que les violences obstétricales n'existent pas en Belgique car celles-ci ont bel et bien lieu. Toutefois, il lui semble important de ne pas se braquer sur cet aspect, mais de mettre en avant la bienveillance obstétricale. Celle-ci peut être appliquée vertueusement en utilisant une terminologie correcte qui parle de bienveillance sans nier le vécu des femmes. Aussi, chaque maternité pourrait mieux partager les heureux événements qui s'y passent. La publication de ces chiffres pourrait aider à cet égard, tout comme la publication des chiffres du CEpiP permettrait de voir le travail de qualité réalisé par les sages-femmes. Malheureusement, ces chiffres ne sont pas publiés. L'oratrice déplore le fait que l'on fonctionne par la peur et non par ce que l'on fait de bien.

M. Vermeulen revient sur la question de savoir qui doit prendre l'initiative pour définir la problématique. Selon lui, il convient d'y réfléchir sérieusement. Si l'on veut obtenir une définition scientifique, il faut s'adresser à un institut de recherche qui soit en mesure d'aborder le problème de manière neutre. On peut songer à une université ou à un centre d'expertise (fédéral).

Selon l'intervenant, le point de départ pourrait être une analyse approfondie de la littérature sur le sujet, qui permettrait de déduire et d'élucider certaines composantes du phénomène. Les termes retenus pourraient être soumis aux groupes professionnels et aux femmes dans le cadre d'une enquête *Delphi*, afin d'aboutir à une définition de la notion de soins de maternité (ir)respectueux. M. Vermeulen estime que la coopération avec l'ensemble des acteurs est essentielle à cet égard et il est disposé à y participer. Cette approche devrait déboucher sur une définition moins négative de la problématique.

Afin de justifier l'avantage que présenterait une analyse de la littérature spécialisée, M. Vermeulen fait également référence à une étude pertinente réalisée par une étudiante en master à la VUB, qui a interrogé des gynécologues, des assistants et des sages-femmes. Elle leur a demandé dans quelle mesure ils avaient été témoins de situations irrespectueuses dans les soins obstétricaux au cours de leur carrière. Cette étude a été menée sur

la base d'une publication qui répartissait les formes de manque de respect en sept catégories, afin que le questionnaire soit clair pour les personnes interrogées et qu'il ne leur soit pas impossible de répondre.

M. Vermeulen répète par ailleurs que si l'on se focalise sur les travaux au niveau macro, il ne fait aucun doute pour lui que la continuité des soins est fondamentale, et cela vaut également pour la continuité du prestataire de soins. Ce n'est pas parce que ce principe n'est pas encore appliqué aujourd'hui qu'il ne pourrait pas l'être dans les dix prochaines années. Selon l'intervenant, le but des travaux est précisément d'élaborer une politique pour l'avenir. Il estime qu'il existe suffisamment d'études scientifiques qui prouvent que la continuité du prestataire de soins permet d'obtenir de bons résultats. Bien entendu, c'est une approche onéreuse qui requiert de sérieux changements sur le plan de l'organisation.

M. Bernard estime que l'on peut publier des chiffres. Cependant, il ne voit pas de manière vertueuse de le faire. L'enjeu se situe en effet au niveau de l'interprétation de ces chiffres et de ce que cela représente. À ses yeux, il existe un réel danger de mauvaise interprétation de ces chiffres. Il prend, à titre d'exemple, le taux de césariennes qui dépend fortement du type de population. Le seul chiffre pour évaluer une maternité ou un praticien au sujet des césariennes serait le taux de césariennes injustifiées ou discutables. Afin d'en disposer, il conviendrait de procéder à un audit indépendant qui éplucherait chaque dossier. Cette tâche est colossale et donc non réalisée. Il note certes que l'INAMI est en train de réaliser un audit à ce sujet, mais en sélectionnant au hasard une quinzaine de dossiers dans quelques maternités. Obtenir un chiffre objectif qui montre la tendance d'une maternité à faire des césariennes de manière indiquée ou non, est donc très difficile.

S'agissant des chiffres des épisiotomies, il estime avoir démontré que ceux-ci ne sont absolument pas significatifs du taux de périnées nécessitant une suture et encore moins du niveau de la qualité. À la question de savoir s'il est opportun ou non de publier un taux de recours à la péridurale, il dit ne pas y être opposé. Toutefois, l'orateur s'interroge sur l'interprétation de ces chiffres. Si le taux est élevé, est-ce parce qu'il y a une bonne accessibilité ou si le taux est bas, est-ce parce qu'à cet endroit on favorise l'accouchement sans péridurale? Il est donc impossible d'avoir une interprétation vertueuse de ces chiffres sans les pondérer par une multitude d'autres paramètres.

Quant à l'expression abdominale, il estime qu'il s'agit d'une hypocrisie dans la mesure où lorsqu'une patiente peine à pousser son bébé à l'extérieur, il convient de l'aider. Pour ce faire, différentes méthodes peuvent être utilisées, notamment la césarienne, les forceps ou la ventouse. Les taux d'utilisation de ces méthodes ont augmenté, car on n'a plus recours à l'expression abdominale. Cette dernière est perçue comme la forme de violence obstétricale par excellence. Toutefois, lorsqu'elle est pratiquée de manière informée et douce, celle-ci peut aider une patiente épuisée à pousser son bébé dehors. Néanmoins, il rappelle que cette méthode n'est plus utilisée en raison de sa mauvaise réputation.

Enfin, au niveau de l'information à fournir aux patientes, il s'agit avant tout de les renseigner sur la manière dont les maternités travaillent. Il réitère sa position relative au travail en équipe, au suivi des *guidelines* et à la communication entre les obstétriciens et les sages-femmes. Ce sont les équipes où la remise en question est possible qui présentent les taux d'interventions inutiles les plus bas, voire nuls. Ce sont, pour lui, des critères difficilement objectivables, mais c'est sur ceux-ci que l'INAMI doit se pencher.

Mme Wittvrouw réagit à l'intervention précédente en indiquant qu'il ne faut pas croire que les femmes et les couples ne sont pas capables d'interpréter les chiffres. C'est avant tout la manière dont les chiffres sont présentés qui importe. En outre, il est essentiel d'expliquer ce que l'on fait pour ne pas arriver à des taux plus élevés. Y a-t-il des consultations de sages-femmes? Est-ce que l'équipe a été formée aux différentes positions pour l'accouchement? Est-ce qu'on a d'autres moyens que la péridurale pour gérer la douleur? Tous ces points méritent d'être communiqués en amont aux patientes et celles-ci sont parfaitement à même de comprendre ces explications et ces chiffres.

M. Bernard précise que Mme Wittvrouw demande, par principe, la publication de chiffres balayant le risque de mauvaise interprétation. Mais elle étaye son propos en donnant des exemples qualitatifs, rejoignant dès lors l'argumentation de l'intervenant. Tout le monde est donc d'accord: pas de quantitatif (chiffres) mais des critères qualitatifs pour caractériser les maternités.

Mme Groothedde trouve que les remarques de M. Bernard sur la publication des chiffres et leur interprétation sont extrêmement pertinentes. Il lui semble donc qu'il serait opportun d'inviter, pour la suite des travaux, une personne ayant analysé le sujet dans le cadre d'une thèse de doctorat. Elle cite, par exemple, l'étude du docteur Claire Stramrood aux Pays-Bas, qui démontre notamment qu'un grand nombre de femmes n'osent pas parler

de leur expérience et certainement pas avec le prestataire de soins concerné. C’est un élément du problème qu’il conviendra éventuellement d’aborder lors des travaux. Outre la nécessité de réaffirmer la confiance dans les bonnes intentions des prestataires de soins, il faudrait peut-être aussi renforcer la confiance que l’on place dans les femmes elles-mêmes, car c’est de leur corps qu’il s’agit en fin de compte.

*

* *

III. AUDITIONS DU 14 MARS 2022

– M. Luc Roegiers, pédopsychiatre et membre fondateur du groupe interdisciplinaire de périnatalité de l'ULB/UCL;

– Mme Martine Hollander, gynécologue - périnatologue, *Radboud University Medical Center*, Nimègue.

A. Exposé de M. Luc Roegiers, groupe interdisciplinaire de périnatalité de l'ULB/UCL

M. Roegiers témoigne de tout son respect pour ses collègues professionnels de la santé sur le terrain qui doivent parfois prendre des décisions difficiles. Il estime sa position nettement moins compliquée puisque, depuis trente ans, il est essentiellement à l'écoute notamment des patientes en obstétrique.

L'intervenant débute son propos en projetant une illustration d'un album de bande dessinée d'Emmanuelle Teyras et Maxime Poisot (17) qui incarne l'état d'esprit de nombreuses femmes occidentales aujourd'hui. Beaucoup d'entre elles aiment les hommes, mais ne supportent plus de les entendre se plaindre de leur prostate eu égard à ce qu'elles doivent subir. Derrière l'humour, il est sans doute nécessaire de s'arrêter pour distinguer plusieurs strates de la problématique. Tout d'abord, M. Roegiers évoque la dichotomie entre femmes et hommes, avec entre autres, ces inégalités dont sont victimes les femmes au niveau de la sexualité, de la reproduction humaine, ou des examens médicaux de prévention. Des inégalités entre femmes prévalent également. Certaines vivent des problèmes particuliers, des inconforts, des douleurs, des complications obstétricales, etc. Et enfin, il y a la part «d'injustice rétributive» avec les différences vécues par chacun et liées à la rencontre interhumaine. L'intervenant identifie d'une part la violence vécue dans l'enfance ou dans le couple, mais d'autre part la violence dans le cadre des soins. Elle s'explique par manque de savoir, de savoir-faire ou de savoir-être. Cette dernière catégorie demeure un savoir difficile à enseigner et à transmettre, sinon sur le terrain, par imitation (pour le meilleur et pour le pire).

Les enquêtes hospitalières révèlent un taux de satisfaction des usagères très majoritairement élevé. Or, les réseaux sociaux font état d'autres échos. Les professionnels sont souvent déçus d'assister à une mise en question de leurs attitudes. Ils ont pourtant l'impression d'évoluer dans le bon sens et ne se vivent pas comme violents. Certains font donc preuve d'une attitude défensive par rapport aux plaintes sans comprendre que les temps changent. Les médecins sont désormais désacralisés. Il est à présent possible de se confronter à eux entre autres sur base de la loi relative aux droits du patient de 2002 (18). Ensuite, avec la mouvance du mouvement *#MeToo*, la parole s'est libérée. Même si une infime minorité des professionnels agit de façon perverse – cette minorité étant inexcusable et à ne jamais protéger –, certains plus nombreux manquent de savoir-être mais aussi de savoir-faire. Les usagères sont en effet mieux informées et organisées. Elles sont parvenues à dénoncer certaines fausses croyances en obstétrique. Parfois même, elles reconnaissent les évidences mais revendiquent une certaine prise de risques pour vivre au centre d'un événement qui leur appartient.

M. Roegiers indique que la violence obstétricale ne peut fondamentalement pas être assimilée à un problème psychologique. Elle émerge quand la patiente n'est pas entendue ou quand ses besoins ne sont pas pris en compte. L'ambiguïté surgit du fait qu'un trauma préalable va accentuer le malaise qui, parfois, engendre ou réveille un stress post-traumatique. L'intervenant reviendra sur cet aspect plus tard mais précise que son intention n'est de réduire les problèmes ni à une condamnation indifférenciée des pratiques obstétricales ni à des vulnérabilités psychologiques chez certaines femmes.

Une psychologue québécoise, Mme Nicole Reeves (19), a présenté une thèse de doctorat en 2017 sur le thème des anxiétés spécifiques à la grossesse. L'autrice établit deux postulats importants:

– les peurs des femmes sont liées à la peur centrale de perdre prise sur leur corps à un moment hypersensible. Il est donc impératif qu'elles puissent se sentir en sécurité et respectées;

---

(17) *Un clou dans le bec*, E. Teyras et M. Poisot, Éditions Marabulles, 2019.
(18) Loi relative aux droits du patient (22 août 2002), *https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/08/22/2002022737/justel*.
(19) Reeves N., *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*, thèse Paris-Descartes, 2017, *https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02277580/document.*

– la sécurité médicale est certes essentielle, mais étonnamment, en soixante ans de révolution médicale très positive relative à la mortalité et la morbidité, les peurs des femmes n'ont pas évolué. Malgré la diminution drastique des risques liés à l'accouchement, les femmes ont toujours aussi peur.

Cette peur accompagnée de soudaineté, de sensation de mort ou d'indignité mène à un trauma ou un «*post traumatic stress disorder*» (PTSD). Il s'agit d'une blessure psychique aux effets durables qui entraine dépression, addiction, invalidité, désajustement relationnel, etc. Le psycho trauma a été défini à la fin du XIXe siècle et décrivait les conséquences de chantiers inhumains ou des guerres. Mais même à l'époque de sa description scientifique, en particulier lors de la guerre du Vietnam, ce problème n'était attribué qu'aux hommes. Il a fallu attendre 1974 pour qu'une étude menée à Boston par Burgess et Holstrom (20) démontre que les femmes victimes de viols vivent elles aussi l'horreur de l'effraction avec des blessures psychiques parfois particulièrement graves et durables. Dans certaines circonstances de la grossesse et de l'accouchement, les femmes vivent également leur propre «guerre» avec de lourdes conséquences, sans pour autant expérimenter une agression en tant que telle.

Deux moments clés peuvent s'imposer au cours d'une grossesse en ce qui concerne le risque de psycho trauma:

– d'abord, un diagnostic prénatal défavorable entrainant une interruption médicale de grossesse tardive peut laisser des traces de *post traumatic stress disorder* chez près de la moitié des femmes alors qu'elles ne regrettent, dans la grande majorité, nullement leur décision (21). Lorsque ces femmes sont stigmatisées par les professionnels, le risque de développer un PTSD est encore accru (22). Les professionnels sont d'ailleurs conscients de cet effet et beaucoup d'entre eux se forment à la façon la plus ajustée de gérer ces moments avec les couples;

– le deuxième moment sensible est bien sûr l'accouchement. Le nombre de syndromes post-traumatiques en Occident est d'ailleurs impressionnant. Sur l'ensemble des accouchements, les études s'accordent autour du chiffre de 4 % de PTSD (23). M. Roegiers déplore cette prévalence qui pourrait être aisément résolue par une attention ajustée et un débriefing de qualité.

Le stress post-traumatique s'accompagne de dépressions post-natales parfois sévères et non reconnues. On constate une aggravation de ces dépressions depuis trente ans et elles sont largement sous-traitées. Seules 25 % des dépressions post-natales sont suivies et traitées par des professionnels. Les équipes de psycho-périnatalité dans les maternités en Belgique sont d'ailleurs en insuffisance. Ces dépressions mènent selon les dernières études, contrairement à ce qui était présumé précédemment, à des suicides. Au point qu'en France (24) et probablement en Belgique, il s'agit de la première cause de décès post-partum, plus que l'hémorragie ou l'infection. M. Roegiers estime qu'il s'agit là d'un problème de santé publique qui doit être pris au sérieux. D'ailleurs, un groupe de recherche objective actuellement les faits et chiffres pour la Belgique.

Les femmes les plus exposées aux conséquences graves des traumas obstétricaux sont celles qui ont vécu autrefois d'autres traumas. Ce constat n'est pas spécifiquement expliqué par les études. Mais sur base de son expérience, M. Roegiers peut poser un modèle de compréhension simple: l'usagère est soumise à une condition vulnérable lors d'un examen en consultation prénatale ou lors d'une échographie endovaginale (intrusivité, nudité, etc.). Il s'agit là d'une situation médicale avec laquelle elle n'est pas habituée ou à l'aise mais qu'elle ne peut éviter. Elle doit en effet se soumettre à un suivi de grossesse nécessaire sous peine d'être considérée comme négligente car ayant entrainé une situation à risques. Elle vit en elle une tension croissante accentuée éventuellement par des séquences abusives vécues auparavant. Cette tension s'aggravera dans le cas où la patiente n'est pas ajustée avec les professionnels car elle sera incapable de leur confier sa vulnérabilité. M. Roegiers précise que les séquences abusives en question ne correspondent pas nécessairement à des abus

(20) Burgess et Holstrom, *Rape Trauma Syndrome*, Boston, 1974, *https://falserapetimeline.org/false-rape-714.pdf.*

(21) M.J. Korenromp *et al.*, «A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies», *Prenatal diagnosis*, vol. 27, n° 8, 2007.

(22) Hanschmidt F. *et al.*, «Stigma in the context of pregnancy termination after diagnosis of fetal anomaly: associations with grief, trauma, and depression», *Archives on women's mental health*, p.391-399, 2018.

(23) Pelin Dikmen Yildiz, Susan Ayers, Louise Phillips, *The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis*, 2016.

(24) *Les morts maternelles en France: mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015*, INSERM, Santé publique France, p. 44, *https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles.*

dans le couple ou dans l'enfance, mais cela peut également concerner des expériences abusives préalables au cours d'autres soins. Si il n'y a pas une bonne disponibilité, une fluidité, un entretien prénatal précoce comme en France ou une anticipation des professionnels, la patiente risque de se fermer, refusera l'examen, paniquera, etc. Le professionnel risque de s'irriter, ne comprenant pas nécessairement l'attitude, blâmera la patiente ou vivra cette attitude comme un manque de confiance. Dans les cas extrêmes, le professionnel forcera parfois la patiente ou posera une définition psychiatrique. Ce scenario engendrera dès lors de la maltraitance obstétricale.

L'étude de 2015 de Mirjam Lukasse et consorts intitulée «*Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries*» (25), compare la situation dans six pays européens au moyen d'une question simple posée à des femmes en suivi obstétrical. À la question «Avez-vous déjà subi des soins de santé abusifs?», on constate que 20 % des femmes répondent par l'affirmative. Toute expérience jugée négative sera à risques pour les soins ultérieurs durant le suivi de grossesse. Chaque expérience fragilisera d'ailleurs la suivante. En situation obstétricale, la femme se trouve dépendante, vulnérable et soumise à des examens en position particulière avec une ascendance du professionnel de la santé qui peut ramener des traumas vécus auparavant, y compris dans la petite enfance ou au cours de soins antérieurs. Ce que relève intelligemment cette étude, c'est que ce moment clé que représente la grossesse peut aussi transformer positivement l'expérience. Si les soins sont ajustés, avec de la fluidité entre la patiente et l'équipe soignante et que les conditions nécessaires sont réunies pour que la patiente se confie sur ce qu'elle a vécu, l'expérience sera transformée positivement. De la prévention de santé mentale voire même multigénérationnelle pourra éventuellement avoir lieu. Ce constat a été décrit depuis trente ans par Françoise Molénat à Montpellier.

M. Roegiers collabore depuis vingt ans avec Mme Molénat et des collègues de l'ULB et de l'UCLouvain. Ils ont mis en place un groupe d'échanges et de formations interdisciplinaires pour permettre aux équipes obstétricales et pédiatriques de s'ajuster en fonction des besoins fondamentaux des usagères. Ce groupe se nomme le GiP (Groupe interdisciplinaire interuniversitaire de périnatalité). Le thème de la prochaine journée d'étude du GiP (18 mars 2022), était précisément la confrontation entre l'*evidence based medecine* (la médecine des protocoles) et certaines demandes «hors pistes» formulées par les patientes qui y sont confrontées. Comment allier le respect des femmes et la sécurité médicale? Comment éviter le piège de la confrontation et l'escalade qui mène à des violences obstétricales?

Enfin, dans le sillage du GiP, un certificat de prise en charge périnatale transdisciplinaire a été initié entre l'ULB et l'UCLouvain. Il représente un effort de formation continue qui s'adresse à tous les professionnels qu'ils soient obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, soignants de la périnatalité, travailleurs sociaux, etc. Y sont abordés divers thèmes dont:

- la bienveillance et la maltraitance obstétricales avec Yamina Yamgnane, spécialiste française de ces questions;
- la parole des usagers est traitée en lien avec diverses associations et témoignages par Anne Evrard;
- la question du vécu positif de l'accouchement, l'autonomisation des patientes, et le droit de recevoir les projets de naissance avec Magali Eykerman et Estelle Di Zenzo;
- et enfin sur la prévention du trauma obstétrical.

M. Roegiers tient enfin à souligner à quel point ce sujet de santé publique lui tient à cœur car il est temps de sortir des constats et des plaintes pour s'orienter vers ce qui fait le plus défaut dans les débats et dans les études, à savoir les ressources.

(25) Mirjam Lukasse *et al.*, *Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries*, 2015, *https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12593*.

B. Exposé de Mme Martine Hollander, *Radboud University Medical Center*, Nimègue

1) Qu'entend-on par violences obstétricales?

Mme Hollander entame son exposé par une boutade en soulignant «l'avantage» qu'elle a, en comparaison avec l'orateur précédent, de pouvoir s'exprimer aussi bien en tant que prestataire de soins qu'en tant que femme ayant elle-même accouché.

Ces dernières années, l'oratrice a mené de nombreuses recherches et travaillé avec des femmes ayant vécu des expériences d'accouchement traumatisantes.

Dans l'optique de la dispensation de soins et de la science, Mme Hollander souhaite d'abord mettre en lumière les différentes formes possibles de violences obstétricales:

1. violences physiques: par exemple obliger la femme enceinte à se placer dans une position déterminée;
2. violences sexuelles: par exemple procéder à un examen interne sans le consentement de la patiente;
3. violences verbales: par exemple s'adresser à la patiente en criant ou la traiter de manière inamicale;
4. stigmatisation et discrimination: traiter la patiente différemment parce qu'elle appartient à un groupe déterminé de par son origine ou ses antécédents médicaux (par exemple, le fait d'être séropositive);
5. ne pas dispenser des soins professionnels en suffisance: par exemple ne pas avoir assez de temps pour la patiente, la laisser seule alors qu'elle a besoin d'être accompagnée, etc.;
6. mauvais contacts entre la femme et le prestataire de soins: par exemple ne pas accepter le refus de la patiente ou ne pas l'autoriser à manger ou à boire lors de l'accouchement, adopter une attitude autoritaire ou refuser qu'elle soit accompagnée d'une personne de son choix;
7. limitations dans le système de soins de santé: il s'agit souvent d'un manque de personnel ou de l'absence de personnel suffisant pour fournir un accompagnement individualisé à la personne.

2) Quand même pas en Belgique?

On pourrait penser que ce genre de situations ne peuvent pas se produire en 2022, dans un pays occidental comme la Belgique où les hommes et les femmes sont égaux devant la loi.

En tant que gynécologue, Mme Hollander a été formée en Flandre entre 2006 et 2010 (elle a effectué sa dernière année d'études aux Pays-Bas).

Elle dit avoir connu, au cours de cette période, deux situations de violences obstétricales dans lesquelles son jeune âge ou son manque d'expérience n'ont eu, selon elle, aucune incidence.

Le premier cas concernait une patiente venue accoucher avec un gynécologue privé dans un hôpital de deuxième ligne. Le gynécologue en question était ce soir-là en consultation privée à son domicile, laquelle a donc dû être interrompue pour l'accouchement. Il était 23 heures 30 entre-temps, la patiente était occupée à pousser depuis vingt minutes, mais le gynécologue a quand même effectué une épisiotomie car il souhaitait rentrer rapidement chez lui pour poursuivre la consultation. Selon Mme Hollander, aucun consentement n'a été demandé à la patiente en vue de l'épisiotomie. La patiente a trouvé ce comportement odieux; quant à l'hôpital, il n'a pas réagi: il s'agissait d'un médecin privé qui avait été grassement payé...

Le deuxième cas était plus grave. Il s'agissait d'une jeune réfugiée de dix-huit ans qui avait été abusée sexuellement lors de son passage en Belgique. La sage-femme et Mme Hollander, qui était encore à l'époque médecin en formation, ont passé beaucoup de temps à tenter de gagner la confiance de cette femme: elle ne voulait pas d'un examen interne pendant son accouchement à cause du traumatisme qu'elle avait subi et était totalement paniquée; elles sont parvenues à la calmer. Une fois la dilatation complète, elle a commencé à pousser. Après une heure de poussée, la tête du bébé est apparue partiellement: tout se passait bien et le bébé allait naître dans les vingt minutes. Puis le médecin de service est arrivé. Lorsqu'il a appris qu'après une heure de poussée, la femme en question n'avait pas encore accouché, il en a conclu qu'il n'était pas humain de pousser aussi longtemps. Il s'est alors emparé des ciseaux et, sans consentement, les a posés sur la femme qui a d'emblée réagi

violemment... Les choses ne se sont pas bien terminées: la femme a complètement paniqué et plus aucun contact n'a pu être établi avec elle jusqu'à son retour à domicile. Voilà un incident qui n'est pas si ancien et qui s'est produit chez nous, en Flandre...

3) Interview du président de la VVOG parue dans **De Morgen** *(avril 2021)*

L'année dernière, le président de la VVOG déclarait dans *De Morgen*: «En termes d'accompagnement et d'information, nous ne pouvons pas faire plus pour le moment.» (traduction)

Au sujet de l'épisiotomie ou de la césarienne, il a déclaré ce qui suit: «Un médecin a fait des années d'études supérieures pour cela. Si nous procédons à une intervention, c'est uniquement dans le but de garantir le bien-être de l'enfant et de la mère.» (traduction)

Mme Hollander veut montrer que ces réflexions sont encore profondément ancrées dans la culture des médecins. Le médecin en question a certes plus de cinquante ans, mais il n'en forme pas moins de jeunes médecins...

L'intervenante indique que pour ce qui la concerne en tout cas, elle a un autre point de vue.

a) Aux Pays-Bas aussi…

L'oratrice cite des témoignages dans le cadre de l'action du mouvement néerlandais pour la naissance *#genoeggezwegen* d'il y a cinq ans. L'action était liée aux actions internationales «*Break the Silence*» et «*The Roses Revolution*». Le mouvement n'a donc pas été lancé aux Pays-Bas, mais les Pays-Bas y ont participé.

«*Cela ne fonctionne pas avec la pompe à vide. Ils font une nouvelle tentative. Un type genre armoire à glace entre dans la chambre. Il ne dit pas un mot, ne se présente pas, mais plante son coude fermement et durement dans mon ventre. Ça progresse. Il s'en va, à nouveau sans dire un mot. J'ai le sentiment d'être moins qu'une vache...*» *#genoeg gezwegen.* (traduction)

«*Pendant une contraction, on m'a ordonné de me tourner et de m'allonger sur la table d'accouchement. J'ai gémi en disant que ça n'allait pas. À trois, ils m'ont prise et mise brutalement «en position». Puis, sans me prévenir, on m'a fait une épisiotomie.*» *#genoeg gezwegen.* (traduction)

Mme Hollander ajoute qu'elle est la co-promotrice d'un médecin spécialisé en médecine sociale qui prépare un doctorat sur le sujet.

b) Enquête auprès de femmes néerlandaises

En 2021, une enquête a été menée auprès des femmes néerlandaises, avec un taux de réponse élevé: 12 239 femmes ont participé. Le taux de participation élevé à l'enquête s'explique aussi par le fait qu'elle a été diffusée sur les médias sociaux par des influenceurs. Selon Mme Hollander, on peut dire que l'enquête est représentative de «la femme néerlandaise».

Près de 12 % (11,9 %) ont dit avoir eu une expérience négative lors d'un accouchement récent, 9 % ont même parlé d'une «expérience traumatisante» et plus de 50 % ont déclaré avoir subi au moins une des sept formes de violences obstétricales (*cf. supra*) lors de l'accouchement.

Les chiffres détaillés sont les suivants:

– violences physiques: 21,1 %;

– violences sexuelles: 0,8 %;

– violences verbales: 10,1 %;

– stigmatisation et discrimination: 0,8 %;

– soins professionnels insuffisants: 39,8 %;

– mauvais contacts entre la femme et le prestataire de soins: 29,9 %;

– limitations dans le système de soins de santé: 21,3 %.

Si le total n'atteint pas 100 %, c'est parce que plusieurs femmes ont subi plus d'une forme de violence. Mme Hollander en conclut que le phénomène est donc très (trop) courant.

c) Causes possibles

L'oratrice s'attarde sur les causes possibles des violences obstétricales. Elle précise en passant qu'elle a choisi le terme «violences obstétricales» faute de mieux. Elle fait référence au fait qu'en anglais, par exemple, on utilise des variantes: on parle, en termes positifs, de soins maternels respectueux (*respectful maternity care*) et, en termes négatifs, de manque de respect (*disrespect*) et d'abus (*abuse*).

1. Paternalisme?

Il n'y a pas si longtemps, la plupart des gynécologues étaient essentiellement des hommes. Et parmi ceux qui ont formé la génération actuelle de gynécologues, la plupart étaient également des hommes. Mme Hollander est convaincue que si les hommes devaient accoucher, cela changerait complètement la donne. L'intervenante fait référence au terme «hystérie», qui date de l'époque de Sigmund Freud et qui traduit le regard des hommes sur les parturientes. Ils ne les considèrent pas comme des êtres égaux vivant un événement de vie et mettant leur enfant au monde. Selon Mme Hollander, le paternalisme est toujours présent dans les soins de santé: elle travaille dans ce secteur depuis trente ans et ne peut que le confirmer.

2. Le rôle de l'enfant

La femme porte l'enfant dans son ventre. Les médecins peuvent considérer qu'ils sont face à deux patients: la femme et l'enfant. Parfois, les médecins pensent qu'ils en savent plus que la femme et veulent protéger l'enfant. Mais contre qui au final: la mère? Personne n'a plus intérêt que la mère à une bonne délivrance de l'enfant … et on l'oublie parfois.

3. Coutumes et pratiques hospitalières

«On a toujours fait comme ça, ici… C'est comme ça…» De telles déclarations sont souvent entendues dans les salles d'accouchement. Et les protocoles s'imposent partout: ils visent à empêcher que les soignants suivent des approches trop différentes, à éviter qu'ils se contentent de faire ce qu'on leur a appris pendant leur formation, et à garantir que les connaissances les plus récentes soient accessibles à tous les soignants.

Les protocoles sont écrits pour les soignants et par les soignants, et souvent sans consulter les patients. Des choix et des arbitrages y sont parfois déjà effectués. Ils peuvent donc revenir à opter systématiquement pour des interventions inutiles pour pouvoir faire la différence dans un cas unique. Il peut s'avérer opportun que des spécialistes se préparent à procéder à de telles interventions, mais ces arbitrages systématiques sont-ils aussi valables pour la femme enceinte ou l'accouchée? Après tout, c'est son corps qui est l'objet de l'intervention. Selon Mme Hollander, il est fréquent que cette question ne soit absolument pas posée, alors qu'elle devrait l'être plus souvent.

4. Peurs

Les soignants sont souvent tenaillés par la peur: peur de sanctions disciplinaires en cas d'incident, peur des collègues qui pourraient ne pas apprécier une intervention généralement effectuée différemment, peur qui contamine les soignants après une conversation avec un patient redoutant une complication. Selon Mme Hollander, les nombreuses décisions prises par les soignants «dans l'éventualité d'un incident», «juste au cas où...»,

«pour être sûr que...» sont autant de signes d'une peur nourrie par des interrogations telles que «Et si quelque chose tournait mal?», «Et si je faisais quelque chose de travers?»…

Trop de choses sont faites par peur. L'OMS qualifie ce phénomène de tendance prématurée à surréagir. Trop de césariennes et d'épisiotomies sont pratiquées par peur de complications. Ces choix sont opérés par les médecins, mais ils devraient être faits plus souvent en concertation avec les patients.

5. Manque de continuité

De nombreuses femmes consultent de nombreux soignants différents pendant leur grossesse. La majorité des femmes ne sont pas suivies par un gynécologue privé et voient de multiples soignants à leur consultation: gynécologues en formation, sages-femmes, etc. En revanche, un soignant qui suit sa patiente du début à la fin ne fait pas qu'enregistrer diverses données biométriques, il sait également ce que la patiente juge important, où se situent ses craintes, etc. Le manque de continuité nourrit de nombreuses angoisses chez les parturientes: celles-ci s'apaisent dès qu'un soignant de confiance entre dans la pièce, et l'accouchement se passe alors mieux. Cela a également été prouvé scientifiquement.

d) Conséquences pour la femme

Mme Hollander souligne d'emblée qu'elle n'est pas psychiatre.

Des recherches, entre autres menées par l'unité d'enseignement et de recherche de l'intervenante, montrent d'ores et déjà que 10 à 20 % des femmes qualifient l'accouchement d'expérience traumatisante, non pas le lendemain, mais plusieurs semaines ou mois après sa survenance.

Une proportion de 1 à 3 % des femmes développe un syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Un traumatisme peut s'atténuer avec le temps, il se dissipe. Le SSPT est en revanche un diagnostic psychiatrique qui ne disparaît normalement pas sans traitement. À l'heure actuelle, il ne fait pas encore l'objet d'un dépistage ou d'un questionnement.

Ces dernières années, Mme Hollander s'est attachée à demander à toutes les femmes, lors de la consultation postnatale – généralement six semaines après l'accouchement – comment elles avaient vécu leur accouchement. Lorsqu'elles le qualifient de traumatique, elle leur soumet un questionnaire sur le SSPT.

L'intervenante a récemment mené une enquête auprès des accouchées de son propre hôpital, qui a montré que 17 % d'entre elles ont vécu une expérience traumatisante et que jusqu'à 4 à 5 % d'entre elles ont souffert d'un SSPT. Mme Hollander oriente alors ces dernières vers un psychologue qui leur applique une thérapie d'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR). Une thérapie cognitivo-comportementale est également possible, mais elle est généralement plus longue.

Mais si vous n'interrogez pas la patiente à ce sujet, vous restez dans l'ignorance, et le syndrome passe souvent inaperçu, avec toutes les conséquences qui en découlent. Une femme souffrant d'un SSPT ou de dépression postnatale a généralement des difficultés à nouer des liens avec son enfant. L'une des patientes de l'intervenante l'a exprimé en ces termes: «Je regarde ce berceau et je pense: tu es mon enfant, mais je ne le ressens pas. Je ne ressens rien du tout.» Ce n'est certainement pas propice à la création de liens entre la mère et son enfant. Les enfants peuvent alors développer un manque de confiance en soi parce que leur mère n'est pas suffisamment accessible ou disponible sur le plan émotionnel. Cette situation n'est pas bonne et devrait être évitée: il faut donc la traiter à temps.

De plus, les femmes qui souffrent d'un SSPT sont souvent confrontées à une relation conjugale qui périclite. Le partenaire ne comprend pas immédiatement ce qui se passe: «Pourquoi se comporte-t-elle ainsi? Tout va bien, le bébé est en bonne santé.» À un moment donné, les choses ne fonctionnent plus. La mère se retrouve seule avec l'enfant avec lequel elle n'a pas pu créer de liens.

Le retour au travail n'est pas non plus facile pour bon nombre de ces femmes. Il est certes possible, mais Mme Hollander a constaté qu'après quelques jours ou semaines de travail, certaines de ses patientes devaient se remettre en incapacité de travail parce qu'elles n'y arrivaient simplement pas.

D'ailleurs, à un autre niveau, sur le plan économique, il est certainement bénéfique de détecter et traiter le phénomène à temps.

e) Suggestions de changements

Aux yeux de l'intervenante, il est avant tout essentiel que non seulement les femmes, mais aussi et surtout les soignants, prennent conscience qu'un accouchement implique un changement de vie, et qu'on ne peut le comparer, par exemple, à une opération de routine au genou. Sur le principe, il s'agit d'un processus normal, biologique, physiologique, non pathologique (vous donnez naissance à un enfant), mais en même temps, vous devenez aussi mère. Et vous le resterez durant toute votre vie. Vous êtes une autre personne pour le reste de votre vie. Il faut en prendre davantage conscience. L'accouchement ne doit pas être considéré comme un simple événement médical.

La continuité des soins est également un point d'attention important pour Mme Hollander. Il est difficile de mettre sa propre vie et celle de son enfant entre les mains de quelqu'un qui ne vous connaît pas ou ne vous comprend pas. Il est donc essentiel qu'il y ait une continuité, et celle-ci doit être présente non seulement lors de la dispensation des soins personnalisés durant l'accouchement, mais également dans le cadre du pré-trajet et, de préférence aussi, au cours des premiers jours suivant l'accouchement.

L'oratrice mentionne ensuite le plan de naissance. Elle se souvient, à la lumière de son expérience professionnelle en Belgique, que celui-ci n'était pas encore très répandu à l'époque. Le plan de naissance n'est assurément pas un scénario pour la naissance et n'a d'ailleurs pas vocation à l'être car le déroulement d'un accouchement est imprévisible. Le plan de naissance permet néanmoins de coordonner les attentes et d'identifier les lacunes en termes de connaissances. Il est un socle majeur de discussion entre la femme et le soignant. Il y a de nombreux modèles de plans de naissance disponibles sur Internet.

Un autre point d'attention important est la formation du personnel soignant. Celui-ci doit être formé de manière à pouvoir comprendre ce que l'accouchement signifie pour la personne et enclencher le dialogue aussi bien durant la grossesse qu'au moment de l'accouchement. Il doit être à même aussi d'avoir de brefs échanges qui peuvent tenir en une minute. Selon Mme Hollander, les situations d'urgence obstétricales qu'il faut résoudre en l'espace d'une minute sont rares. Si tel est le cas et que la patiente a affaire à un prestataire de soins qu'elle connaît bien, alors ce dernier pourra s'appuyer sur cette relation de confiance pour indiquer qu'un acte déterminé est vraiment nécessaire à ce moment-là.

Il faut également informer les femmes. Elles sont nombreuses à être trop peu informées sur ce qui peut leur arriver durant l'accouchement. Moins on est préparé à ce qui peut se passer, plus on risque de subir un traumatisme. Il est donc important d'avoir une vision réaliste de l'évènement à venir. L'oratrice n'entend pas imputer la responsabilité d'un traumatisme à l'une ou l'autre partie: les deux parties ont leur rôle à jouer. Selon Mme Hollander, la majorité des traumatismes sont liés à la communication, au soutien et au comportement vis-à-vis de la patiente et non à la mise en œuvre d'un traitement médical.

Les femmes doivent savoir qu'elles ont une liberté de choix, c'est-à-dire la liberté de choisir le prestataire de soins, la personne qui sera présente lors de l'accouchement et le lieu de l'accouchement. Cela vaut assurément pour les femmes dont la grossesse présente un risque faible, mais aussi, au final, pour toutes les femmes, car il est évident que l'on n'ira pas chercher les femmes chez elles avec un combi de police…

C. Échange de vues

Mme Gahouchi souligne que chaque accouchement diffère. À une ère où tout le savoir est disponible en un seul clic, Mme Hollander vient de clôturer son intervention en indiquant que les femmes disposent de peu d'informations sur l'accouchement. On dénote en effet un manque de communication et d'accompagnement. La présidente s'étonne qu' il soit demandé aux futures mères de se rendre une fois par mois chez le gynécologue afin d'évaluer l'évolution de la grossesse, mais qu'à aucun moment du temps ne soit consacré lors de ces visites de routine pour parler de psychologie. Ces rendez-vous de suivi devrait être mis à profit pour permettre à la femme enceinte d'exprimer ses angoisses. Il est vrai qu'au cours de l'accouchement, une femme ne devient plus qu'un corps et le personnel médical gère ce corps sans toujours penser à l'esprit. Les femmes d'ailleurs à cette occasion n'osent pas spécialement poser les questions ou évoquer leurs angoisses car la

priorité est la naissance de l'enfant. Un long chemin doit encore être parcouru pour laisser les femmes vivre leur grossesse de la manière la plus sereine possible sans pour autant vivre des agressions physiques lors des rendez-vous de suivi. L'idéal serait d'établir un lien de confiance avec le professionnel qui officiera durant l'accouchement. Du temps devrait être consacré pour poser toutes les questions possibles. Cela permettrait au praticien de comprendre que certaines femmes ont besoin d'un suivi plus particulier ou d'un soutien psychologique.

Mme Gahouchi aborde le paradoxe entre les traumatismes et la réduction du séjour en hôpital après un accouchement. Les parents sont parfois livrés à eux-mêmes car la chambre doit être libérée au bout de seulement deux jours alors que ce moment est primordial dans la construction de la parentalité. Elle interroge les deux orateurs sur leur opinion concernant cette réduction du séjour à la maternité et ses conséquences éventuelles. Enfin, elle souhaiterait connaitre les mesures que les orateurs ont à suggérer afin de diminuer les traumatismes engendrés par les violences gynécologiques.

Mme Masai remercie les deux orateurs pour leurs interventions qui se complétaient parfaitement. Leurs propos ont permis de remettre en perspective de manière posée de nombreux éléments précédemment entendus. Les deux réflexions et deux points d'appui l'incitent à penser qu'il y a des éléments spécifiques à étudier dans le domaine de la gynécologie et l'obstétrique et qui vont au-delà de la simple relation patient-soignant. Cette relation est évidemment particulière et asymétrique. Toutefois, différentes spécificités sont à l'œuvre dans la problématique des violences obstétricales et gynécologiques. Elle est ravie de voir que le colloque organisé par le GiP abordera les différents aspects de cette problématique en se nourrissant de diverses considérations. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle elle est convaincue que la thématique doit également être étudiée au Sénat. La volonté est de ne pas demeurer dans la critique et la plainte mais de se concentrer sur la recherche constructive de solutions. Des enjeux précis de santé publique notamment concernant la continuité des soins ou sur les questions de stress post-traumatique sont d'ailleurs primordiaux.

Lors de son intervention, M. Roegiers a évoqué un entretien prénatal précoce en France. Mme Masai souhaiterait obtenir des informations supplémentaires sur la manière dont il se déroule et connaitre les différences avec les pratiques en Belgique pour pouvoir, éventuellement, s'en inspirer. Le sujet du stress post-traumatique et celui de la dépression post-partum sont évoqués plus régulièrement ces dernières années. La membre désire connaitre les moyens de les repérer et de les prévenir. Toute une série de dépressions postnatales n'étaient jamais diagnostiquées ni traitées. Comment prendre ce problème en considération et développer une stratégie pour y remédier? De plus, Mme Masai s'interroge sur la prévention à mettre en œuvre au préalable. Quelles politiques publiques au niveau de la santé et de la prévention devraient être envisagées? Enfin, la membre aborde la question des ressources que le GiP peut mettre à disposition en termes de colloques, d'outils ou de formation continue. On sait qu'au cours des stages, l'apprentissage se déroule aussi en imitation sur le terrain. Les premiers jours sont d'ailleurs déterminants. Quelles améliorations pourraient intervenir dans le dispositif de formation existant pour que le stages soient véritablement des moments porteurs? Existe-t-il des processus d'accompagnement de ces premiers jours pour les transformer en opportunités de réflexion et de communication entre les stagiaires en cours de formation et les équipes qui encadrent?

Mme Durenne constate que les femmes qui accouchent ont besoin de se sentir en sécurité avec les équipes qui les encadrent. Or, les peurs et angoisses sont toujours bien présentes comme les exposés très riches des intervenants les ont évoquées. Malheureusement, la société actuelle remet en question et pointe du doigt sur les réseaux sociaux l'attitude du personnel soignant. La communication est dès lors primordiale entre les soignants eux-mêmes et également entre les parents et les soignants. De par leurs expériences respectives, les orateurs constatent-ils des volontés collectives d'améliorations de la communication? Par ailleurs, la membre se demande si la charge mentale et les responsabilités des soignants ne sont pas sous-estimées par les patients. Dans cette optique, dans quelle mesure le personnel soignant doit-il faire fi de ses émotions, de son ressenti pour exercer au mieux son métier? Elle souhaiterait également entendre si des mesures sont mises en place pour aider le personnel soignant après des interventions ou des cas émotionnellement plus difficiles. Enfin, Mme Durenne soulève le sujet du deuil périnatal. Un accompagnement des familles dans ces moments particulièrement douloureux est prévu. Qu'en est-il du personnel soignant? Existe-t-il des lignes directrices qui doivent être idéalement suivies?

Mme Groothedde trouve très courageux de la part de Mme Hollander d'avoir abordé, au début de son exposé, le problème du paternalisme sous l'angle de sa pratique de médecin. L'approche consistant à ne pas limiter le concept des violences obstétricales au domaine de la gynécologie lui semble également intéressante. En effet, Mme Groothedde préconise, elle aussi, d'élargir le débat au-delà de la grossesse et de l'accouchement. Selon

elle, il est important que soient également abordées des questions telles que la ménarche, la ménopause ou l'endométriose, notamment parce que le concept des deux patients ne trouve pas à s'appliquer dans ces derniers cas.

À ce propos, Mme Groothedde se demande d'ailleurs si le concept des deux patients est bien pertinent – et elle ne songe en l'occurrence pas seulement aux aspects juridiques – et si ce concept doit servir de fil conducteur dans le débat. Dans l'affirmative, des décisions allant à l'encontre des desiderata de la femme enceinte peuvent être prises et mises en œuvre par un médecin ou un prestataire de soins, par exemple dans l'intérêt (présumé) de l'enfant.

Dans le même contexte, on peut aussi considérer que la femme enceinte est peut-être mal avisée, par niaiserie ou par ignorance. Mme Groothedde se demande comment expliquer la réaction de la femme en l'occurrence et surtout comment y faire face. Selon l'intervenante, cette hypothèse ouvre la porte à une polarisation opposant les intérêts de la femme enceinte ou parturiente à ceux de l'enfant. Dans une telle approche, on semble obligé de prendre parti, ce qui peut d'emblée être lourd de conséquences. Mme Groothedde se demande comment sortir de cette ornière. Une piste envisageable d'un point de vue juridique serait de conférer au prestataire de soins ou à l'intervenant une plus grande marge pour décider à la place de la femme enceinte ou parturiente. Cette approche n'est actuellement pas prévue par la loi, mais est-elle susceptible d'apporter une solution? Et pourrait-on aller encore plus loin en ce sens? Selon Mme Groothedde, c'est déjà le cas aux Pays-Bas. Une femme peut y être obligée de se soumettre à certains actes médicaux dans le cadre d'une procédure d'éloignement du bébé du domicile familial. Selon l'intervenante, une telle réglementation est également envisagée en Belgique. Qu'en pense Mme Hollander? Cette approche permettrait-elle de faire avancer les choses en matière de violences gynécologiques?

Il ressort de l'exposé de Mme Hollander qu'en application des protocoles, de (trop) nombreuses interventions sont effectuées au détriment de la liberté de choix et de l'autodétermination. Comment sortir de cette ornière? Des protocoles plus stricts laissant moins de place au doute offrent-ils une planche de salut et quelles seraient les alternatives envisageables à cet égard?

Mme Groothedde se réfère ensuite au facteur «peur» évoqué par Mme Hollander. Elle aimerait savoir si elle a une idée de l'ampleur de la peur du juge disciplinaire: fait-on souvent appel au juge? Comment peut-on gérer la peur? La libération de la parole au sujet des violences gynécologiques fait d'emblée poindre à l'horizon le spectre de la culpabilisation. Il y a aussi le facteur difficilement contournable des attentes inexprimées, particulièrement dans le contexte d'un accouchement impliquant toute une série de personnes.

Mme Hollander a avancé le pourcentage de 10 à 20 % d'expériences traumatisantes après un accouchement et a évoqué les conséquences qui peuvent en découler pour le bébé, pour la relation avec le bébé et pour la relation avec le partenaire, mais qu'en est-il des conséquences pour la femme elle-même?

Dans son exposé, Mme Hollander a parlé de la sensibilisation concernant le fait qu'il s'agit d'un évènement de la vie, ce qui lui vaut, selon Mme Groothedde, d'être malheureusement parfois considéré comme quelque chose d'assez banal. Pourquoi Mme Hollander a-t-elle attiré l'attention sur ce point? En quoi s'agit-il d'un élément important et quelles en sont les conséquences pratiques dans le cadre d'une succession d'évènements médicaux? Un accouchement peut effectivement être appréhendé comme un moment de vie, un évènement que vit une (future) famille ou comme la prise en charge d'une personne en train d'accoucher, mais aussi comme une succession d'évènements. Comment peut-on concilier ces deux visions? Comment faire pour dépasser le stade du simple constat et mettre en œuvre des choses concrètes?

Mme Groothedde revient ensuite sur le plan de naissance. On entend parfois des prestataires de soins dire que de tels plans sont une source latente de problèmes. Comment peut-on surmonter la résistance suscitée à cet égard? Comment faire en sorte qu'un tel plan ne soit pas qu'un simple bout de papier ou une source de polarisation, mais au contraire un instrument qui permette d'avancer?

Mme Groothedde s'arrête ensuite sur l'aspect de la liberté de choix et sur les intérêts potentiellement divergents de la femme enceinte et du fœtus ou de l'enfant, ainsi que sur la responsabilité du prestataire de soins qui doit défendre les intérêts de l'enfant, ou à tout le moins s'en faire le porte-parole, et qui, de ce fait, pose certains actes qui ne sont pas du tout concertés.

Comment faire en sorte que les suggestions de changements formulées par Mme Hollander soient mises en œuvre d'une manière qui permette effectivement de réduire les violences gynécologiques? Les facteurs de peur

et les éléments qui conduisent à des violences peuvent-ils être éliminés et conciliés avec la liberté de choix et l'importance de l'autodétermination de la parturiente?

Des efforts seraient à fournir de part et d'autre en la matière: Mme Groothedde a surtout entendu parler d'aspects que pourrait englober la mission du prestataire de soins, et ce n'est pas illogique sachant que la femme enceinte ou parturiente vivra un tourbillon d'émotions, en ayant généralement peu d'expérience. On parle de formes d'agression, mais il peut également s'agir d'actes posés dans le meilleur intérêt de la femme mais qui constituent *in fine* des actes d'agression. Le fait de se sentir en sécurité auprès d'un médecin inclut-il de s'en remettre à lui en confiance? Le champ de tension entre la responsabilité du médecin et les émotions de la femme enceinte ou parturiente est-il une justification de ce qui se passe *de facto*? Peut-on chercher une solution dans cette optique ou s'agit-il de cadres qui restreignent le débat?

Mme Ryckmans interroge les deux orateurs sur la manière de systématiser et universaliser les pratiques de prévention en santé mentale. Comment rendre le soutien psychologique pour toutes les femmes qui ont vécu un accouchement traumatique ou autre le plus accessible possible? En sachant que certaines d'entre elles sont incapables de poser des mots sur ce qu'elles ont vécu. Les moyens devraient être universels et englobants dans le sens où ils doivent être accessibles à toutes et pas seulement à une certaine catégorie de la population. Quels acteurs pourraient appliquer la prévention à la santé mentale durant tout le parcours de grossesse ou après la naissance (les sages-femmes, l'Office de la naissance et de l'enfance – ONE ou autres)? La membre évoque également cette prévention à la santé mentale pour les publics victimes de violences gynécologiques, par exemple les jeunes filles.

M. Roegiers fait part au comité de sa satisfaction de voir la thématique des violences obstétricales et gynécologiques faire l'objet d'un examen politique minutieux par le Sénat. Cette problématique mène inévitablement vers des enjeux collectifs de santé publique et mentale. Concernant la comparaison avec la France, l'intervenant estime que les particularités et les pratiques belges se suffisent à elles-mêmes. Par ailleurs, il se déclare sceptique par rapport à la systématisation du dépistage. L'initiative «*Born in Belgium*» était intéressante mais trop orientée vers le dépistage systématique des vulnérabilités. D'autant que la diffusion de vulnérabilités était envisagée par voie informatisée, ce qui pose question sur la confidentialité et renforce la méfiance, selon lui. Cette inadéquation ne permettait donc certainement pas de renforcer la confiance envers les professionnels de la grossesse et de la naissance.

Depuis plusieurs années, la parole s'est libérée et les femmes osent évoquer leurs expériences. Or elles ne trouvent pas toujours d'écho ou une oreille attentive auprès des professionnels de la grossesse et de la naissance. Le mouvement s'est déplacé progressivement des gynécologues-obstétriciens vers les sages-femmes puis, plus récemment, des sages-femmes vers les doulas. M. Roegiers indique que ces dernières ne disposent pas de compétences professionnelles mais font preuve d'écoute sans pour autant présenter la sécurité médicale que peuvent assurer les professionnels de la santé. La France, depuis le début des années 2000, considère la question de la sécurité émotionnelle prioritaire dans le plan de périnatalité. À partir de cette question de sécurité émotionnelle, la réflexion a porté sur le bilan, sur la manière de transmettre un dossier d'un professionnel à l'autre et d'éviter les discontinuités entre professionnels afin de favoriser cette fluidité évoquée précédemment. Cette stratégie englobe dès lors l'entretien prénatal précoce ainsi que les règles de transmission intercentres et les liens entre l'hospitalier et l'ambulatoire. À ce propos, M. Roegiers considère que la réduction du temps de séjour en maternité représente une grande opportunité pour activer les liens entre le monde hospitalier et l'ambulatoire. Il reconnait toutefois que des progrès restent encore à faire.

L'enjeu est que la femme demeure au centre de son projet au sein d'un couple et d'une famille tout en assurant sa féminité et son intégrité. Cela entraine des conséquences sur la santé mentale de l'enfant. Il a été démontré que si la femme peut vivre sa grossesse et son accouchement dans une expérience de fluidité et de continuité, elle transmettra plus aisément cette continuité et sera actrice des besoins fondamentaux de son enfant. À cet égard, l'orateur invite le comité d'avis à consulter le «rapport de la commission des 1 000 premiers jours» (26) en France qui établit un lien entre la prévention périnatale et le développement de l'enfant. Au surplus, les plus éminents criminologues estiment que pour diminuer la délinquance, et donc gagner en sécurité dans la société et réaliser des économies, il est indispensable d'investir massivement dans les stratégies relatives à la prévention autour de la naissance. Cet enjeu, trop souvent pris à la légère, est pourtant de grande ampleur et a été documenté. En effet, les assurances, dès la moitié du XXe siècle avaient prouvé que des infirmières visiteuses

(26) *Rapport de la commission des 1 000 premiers jours*, ministère français des Solidarités et de la Santé, septembre 2020, *https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf*.

à domicile prévenaient les accidents obstétricaux dès qu'elles sécurisaient les femmes. Le retour sur investissement s'en retrouvait quintuplé au niveau du bien-être de l'enfant même vingt ans après sa naissance. Au vu de la situation, M. Roegiers ne cache pas son découragement face au manque d'attention et d'anticipation dont souffre la thématique de la prise en charge émotionnelle périnatale.

L'orateur estime que la prise en charge de la grossesse physiologique devrait également être repensée. Elle doit être entre les mains des sages-femmes qui, en Belgique, depuis vingt-cinq ans, ont développé leurs compétences et leur autonomie. Actuellement, un effort de formation, d'affirmation professionnelle et d'autonomisation est mis en œuvre. Toutefois, force est de constater que la fluidité entre le monde de la maïeutique et celui des gynécologues-obstétriciens n'est pas toujours de mise. Dans cette optique, il serait approprié de développer une complémentarité avec des experts du vécu. La question de la sécurité médicale ne peut être négligée mais n'est pas non plus contradictoire avec la sécurité émotionnelle.

Des outils sont également à disposition au niveau de la formation des professionnels pour développer des compétences dans sa propre discipline mais aussi pour apprendre à travailler de manière transversale. La prise en compte du «psychique» n'est pas de la compétence unique des psychologues ou psychiatres. Il s'agit aussi de l'ajustement aux usagères dès le début du parcours de grossesse. Un plan de naissance se construit sur base de cette écoute et d'une transmission ajustée selon les règles déontologiques. La valorisation d'une personne passe par l'écoute et le respect de sa demande ou de son projet (de naissance). Pour les personnes fragilisées par des expériences médicales négatives, cette valorisation engage à la confiance envers les professionnels de la santé. Il est enfin nécessaire de conserver à l'esprit que l'intérêt de l'enfant est indissociable de l'intérêt de la mère.

Concernant la charge mentale des professionnels, les échanges entre paires et centres hospitaliers ont été ressentis comme extrêmement porteurs et réconfortants. Cependant, il est également essentiel d'appréhender les insatisfactions des patients. Les associations françaises d'usagers sont parvenues à démontrer que des protocoles alternatifs existaient et que certains professionnels étaient à ce point désajustés qu'ils devaient être dénoncés. Les organisations professionnelles devraient se montrer parfois plus sévères envers les personnes responsables de faits graves. Mais il faut aussi encourager une compréhension mutuelle entre disciplines et avec les patients, ce qui participera au bien-être de tous.

La question du deuil et de la mort a été évoquée au cours de l'intervention de l'orateur via une présentation des situations accidentelles. Actuellement, les chiffres démontrent la rareté des décès infantiles et le caractère exceptionnel des décès maternels. Une confusion persiste malgré tout dans l'inconscient collectif, ce qui engendre certains traumas. Les chiffres des expériences négatives autour des soins périnatals et ceux des traumas sont pourtant relativement similaires entre la Belgique et les Pays-Bas, comme indiqué par Mme Hollander et M. Roegiers durant leurs auditions. Lorsqu'une expérience négative se déroule (accouchement difficile, diagnostic prénatal défavorable, etc.), le risque d'engendrer un trauma est effectivement énorme. En fonction de sa propre expérience, M. Roegiers estime qu'il est aisé d'avoir une attitude préventive soit par un simple débriefing de l'accouchement ou soit par une information à propos des ressources ou aides disponibles après un diagnostic prénatal défavorable.

M. Roegiers conclut en saluant l'initiative du rapport d'information et en rappelant que cette problématique est à l'intersection de la médecine et d'une dimension humaine. Il redoute le danger de la protocolisation à outrance à l'image des questions de fin de vie. Il est temps de s'interroger sur le modèle tayloriste qui, au nom d'une certaine efficacité, a transformé les dimensions de la naissance et de la mort. Depuis soixante ans, ce modèle a rendu l'hospitalisation courante, efficace et normale pour ces deux moments de la vie mais pourrait entrainer un contre-coup psychologique important sur lequel il est nécessaire de se pencher.

Forte de sa propre expérience, Mme Hollander explique l'évocation insuffisante de l'accouchement lors des consultations et le ressenti des femmes d'une faible prise en compte de leur vécu par le fait que les médecins sont formés pour se voir généralement confrontés à «une maladie» et pour devoir guérir «le malade» en conséquence. Bien sûr, cela fait longtemps que ce n'est plus la seule tâche qui incombe aux médecins ou professionnels de la santé, mais cette idée est toujours un peu au cœur du cursus médical. Le médecin mesure la tension artérielle, palpe l'abdomen, réalise une échographie, ajuste le plan de naissance, pose un diagnostic, effectue un examen … et les «dix minutes» de la consultation sont passées. En Belgique, Mme Hollander a même vécu des consultations encore plus expéditives. Il arrivait parfois que deux ou trois médecins voient soixante patientes en une heure. Dans un tel contexte, le facteur déterminant est certainement le manque de temps.

À ce stade de la discussion, le manque de continuité refait aussi toujours surface. On est plus enclin à engager la conversation avec une personne que l'on voit à plusieurs reprises. Qui plus est, si l'on voit quelqu'un plus souvent, on peut gagner un temps précieux sur les questions médicales. Mme Hollander se qualifie parfois de médecin confident parce qu'elle consacre une minute à la médecine et le reste à la conversation. D'ailleurs, c'est aussi un peu ce qu'on attend du médecin de nos jours: il n'est plus ce «mécanicien» chargé de réparer une panne, c'est-à-dire de guérir le malade.

La charge mentale des soignants

Les médecins sont-ils suffisamment conscients de la charge mentale qui pèse sur les soignants? Selon Mme Hollander, elle diffère selon le contexte. Un soignant d'un pays africain aura une charge mentale différente de celle de son confrère aux Pays-Bas ou en Belgique. Mais ils sont tous fort occupés. Ils se sentent énormément responsables de leurs patients parce qu'ils sont passionnés par leur métier. Mme Hollander en est pleinement consciente, tout comme ses collègues. Selon elle, cela fait partie de la discipline pour laquelle vous optez. Vous choisissez de porter la charge mentale liée au domaine de l'obstétrique. Mme Hollander ne veut pas dire pour autant que cette charge est secondaire, mais qu'elle est inhérente au métier.

D'ailleurs, cette situation est aussi concrètement prise en compte dans la structure où travaille Mme Hollander: elle dispose d'une équipe d'accueil qui accompagne au besoin le personnel, et d'un comité de soutien collégial créé au sein de l'association des gynécologues, qui peut être appelé en pleine nuit et qui apporte son soutien, même en cas de sanctions disciplinaires. D'une manière générale, Mme Hollander pense que l'accompagnement des collègues en cas d'incidents ou de surcharge de travail devrait faire partie intégrante de l'assistance sur le lieu de travail.

Pour Mme Hollander, le soignant doit dans une certaine mesure réussir à lâcher prise. Pendant longtemps, les soignants ont été mis sur un piédestal, mais cela fait quelque temps que les patients ont en partie remis en cause leur prestige. Lorsque le soignant se sent responsable de tout, y compris du résultat d'une intervention, il endosse une charge mentale trop lourde: un soignant n'est pas Dieu. Il est un professionnel qui doit informer correctement le patient, poser le bon diagnostic, exercer correctement son métier, mais il n'est pas responsable du résultat. Ce serait inconcevable. Et des incidents peuvent malheureusement se produire. Le soignant est responsable de ses actes, de la qualité de ses soins, mais pas de la fatalité et des choix posés par le patient. Et c'est une donnée capitale: le soignant n'a jamais à assumer la responsabilité des choix éclairés d'un adulte. À cet égard, les soignants ne sont pas différents des autres professionnels.

Comment le personnel doit-il se comporter avec les familles?

Pour Mme Hollander, la question est délicate. Dans sa spécialité, elle perd généralement ses patientes de vue après leur sortie de l'hôpital. Elles reviennent après six semaines pour un contrôle *a posteriori*, mais elle ne les revoit plus par la suite.

Aux Pays-Bas, la structure pour le suivi de l'accouchement diffère de celle qui existe en Belgique:

– les «soignants de maternité» se rendent encore au domicile des familles pendant une semaine;

– les «obstétriciens de première ligne» du quartier se rendent également au domicile pendant la première semaine et restent en contact avec la famille durant les six premières semaines. Ils reverront aussi les personnes lors d'une prochaine grossesse. Les obstétriciens de première ligne ont donc plus de contacts avec les familles que les gynécologues hospitaliers.

Les autres phases de la vie des femmes, depuis l'apparition des règles jusqu'à la ménopause et au-delà, sont un volet de la spécialité dont Mme Hollander ne s'occupe plus depuis déjà un certain temps, car elle a décidé de se consacrer exclusivement à l'obstétrique.

Mais elle tient quand même à dire quelques mots à ce sujet. Lorsqu'il s'agit de questions de santé spécifiquement féminines, la tendance est souvent de ne pas les prendre très au sérieux. Par exemple, il n'y a toujours pas de congé menstruel pour les femmes qui souffrent de problèmes ou de douleurs chroniques; il n'existe pas non plus de réglementation permettant d'adapter la charge de travail des femmes en ménopause qui ont des

problèmes de sommeil, par exemple. Il en va de même en matière de contraception: presque toutes les méthodes contraceptives exigent un sacrifice de la part de la femme et ont des effets secondaires.

Partout, dans les cafés, dans les médias, les plaintes émises par les femmes suscitent des railleries.

Mme Hollander indique que si la grossesse était l'affaire des hommes, il y a quarante ans déjà que ce genre de situations seraient résolues. Les femmes sont prises moins au sérieux pour tous les aspects qui concernent leur santé en tant que femme.

La traduction juridique d'un possible conflit entre les intérêts de la mère et ceux de l'enfant

Mme Hollander a consacré à ce thème un certain nombre d'articles, qu'elle va tenter de résumer ici. Elle ne peut malheureusement pas parler de la législation belge; elle connaît uniquement la réglementation néerlandaise.

Aux Pays-Bas, l'enfant n'existe, juridiquement parlant, qu'au moment où il naît: tant que l'enfant est dans le ventre de la mère, il fait partie intégrante du corps de celle-ci et c'est elle qui décide en l'espèce. Une femme n'est pas moins capable de manifester sa volonté qu'un homme ayant une tumeur à l'abdomen.

L'enfant doit évidemment bénéficier d'une protection, ce qui n'est pas le cas pour une tumeur dont il faut se débarrasser. L'enfant a une valeur éthique, morale et émotionnelle, même si, sur le plan juridique, il n'a pas encore d'existence. Cela ne signifie pas que l'on peut agir n'importe comment à son encontre. La loi régit le régime de protection de l'enfant, et celui-ci va loin: ainsi, aux Pays-Bas, contrairement à ce qui est le cas en Belgique, les grossesses ne peuvent plus être interrompues après vingt-quatre semaines, même lorsque les enfants présentent des affections très graves.

Mais il serait faux de dire que l'enfant possède déjà un statut juridique propre alors qu'il est encore dans le ventre de sa mère. Cela relève d'ailleurs de la logique. Mme Hollander donne un exemple qui est souvent cité dans l'éthique médicale. Si l'on obligeait une mère à subir une intervention au profit du fœtus qui est encore dans son ventre, on lui infligerait un acte de violence physique en ouvrant son abdomen. Mme Hollander indique que cette opération entraînerait de graves lésions pour la mère: il faudrait en effet inciser les sept couches de la paroi abdominale. Cela imposerait une longue convalescence à la mère et entraînerait des risques supplémentaires pour ses grossesses ultérieures éventuelles.

Cet acte posé au profit du fœtus sans le consentement de la mère ne serait pas fondamentalement différent de celui qui consisterait à prélever le rein d'un parent contre son gré au profit de son enfant nécessitant une transplantation pour pouvoir survivre. Aux Pays-Bas, cet acte serait juridiquement inadmissible, que l'enfant soit encore dans le ventre de la mère ou qu'il soit déjà né. L'intégrité physique et l'autonomie de la personne capable de manifester sa volonté prévalent toujours sur celles d'un enfant qui n'est pas encore né, même si celui-ci mérite protection.

Mme Hollander pense toutefois que l'on a tendance à exagérer l'ampleur de ces situations.

Un traumatisme chez la femme est la complication la plus fréquente en obstétrique. Dix à vingt pour cent des femmes rentrent chez elles extrêmement traumatisées après leur accouchement. De toutes les complications, c'est la plus fréquente. Les cas où une femme refuse, une seule fois, une intervention qui pourrait sauver la vie de son bébé sont extrêmement rares en comparaison.

Mme Hollander estime donc qu'il est totalement disproportionné de priver une femme de ses droits afin d'éviter cela. La politique doit veiller à l'intérêt du plus grand nombre. Mme Hollander exerce son métier depuis plus de vingt ans. Depuis sept ans, elle dispense des soins en polyclinique aux femmes qui vont à l'encontre de l'avis du médecin. À ce jour, elle n'a encore rencontré aucune patiente qui ne se soit pas préoccupée du sort de son bébé. La grande majorité des femmes se montrent beaucoup plus soucieuses du bon déroulement de la grossesse que le médecin appelé à s'occuper d'elles à ce moment-là.

Mme Hollander pense qu'il est erroné de parler d'intérêts antagonistes au sujet de la mère et de l'enfant. La mère aussi a intérêt à ce que son bébé se porte bien. C'est pourquoi Mme Hollander reformule le problème. Il s'agit de visions différentes: une divergence de vues sur ce qui devrait idéalement être fait à un moment donné. Sur tout cela, on peut et on doit se parler.

En tant que prestataire de soins, on peut fournir des informations, conseiller voire être un peu directif, mais c'est la femme qui décide. Pour éviter que ces discussions n'émergent trop souvent à des moments critiques, on se doit, en tant que prestataire de soins, de connaître la patiente. Si l'on pense que des discussions risquent de survenir, il est important de dialoguer autant que possible pendant la période prénatale: quelles sont les perspectives, quelle est l'optique médicale, quel est le point de vue de la femme et quels sont les aspects sur lesquels elle a besoin de davantage d'explications? Cette approche permet d'éviter beaucoup de problèmes et de conséquences fâcheuses.

Mme Hollander appelle à ce que l'on ne prive pas la moitié de la population mondiale de ses droits au nom d'un dilemme très rare. Ce faisant, on ne sauvera pas des bébés, mais on traumatisera des mères.

Mme Hollander estime que «*uithuisplaatsing*» est un terme inapproprié pour parler d'une césarienne forcée, la maison du bébé étant encore l'utérus. Pour le reste, il est suffisamment clair qu'il ne s'agit pas d'une option admissible.

Mme Groothedde précise toutefois qu'elle veut parler de l'éloignement forcé du domicile familial après la naissance, et non de la césarienne forcée. Selon Mme Hollander, cette procédure concerne la protection de la jeunesse et la sécurité à domicile. Elle a peu à voir avec ce que la femme fait et décide pendant la grossesse et l'accouchement. Déjà au cours de la grossesse, un juge peut approuver une demande d'éloignement du bébé du domicile familial après l'accouchement, mais tant la demande que la décision doivent bien entendu être motivées par des considérations relatives à la sécurité de l'enfant après l'accouchement, et non par un désaccord de la femme avec la politique médicale. La différence est de taille.

Les protocoles de traitement doivent-ils être plus stricts?

Aux yeux de Mme Hollander, les protocoles existants sont suffisamment stricts. Selon elle, des protocoles plus stricts ne feraient que compliquer les choses, tant pour les femmes que pour les prestataires de soins. Les femmes auraient une marge de décision plus étroite et les prestataires de soins seraient davantage exposés au risque de faire l'objet d'une plainte ou d'une procédure disciplinaire.

Les protocoles ont été élaborés pour donner une orientation à la politique, afin d'éviter que les soins ne soient soumis à l'arbitraire. Il s'agit de lignes directrices, de repères, et non de corsets ou de camisoles de force. Les protocoles ne sont en aucun cas contraignants et ne doivent pas l'être selon Mme Hollander. Elle les considère comme un point de départ pour entamer la discussion. Il est parfois judicieux de s'en écarter si le cas concret ne correspond pas tout à fait à celui envisagé dans le protocole ou si la patiente elle-même privilégie une autre option après avoir été dûment informée.

Par exemple, un accouchement par le siège entraîne un risque de mortalité très faible. Pour prévenir un seul décès lié à ce risque, il faut pratiquer 354 césariennes. Un médecin préférera peut-être la césarienne pour cette raison, mais la femme concernée peut en décider autrement.

La peur du juge disciplinaire est-elle fondée?

Mme Hollander souhaite être très claire en ce qui concerne le risque d'une procédure disciplinaire: elle n'a encore jamais vu qu'une patiente qui s'était sentie écoutée se plaindre de son prestataire de soins auprès du juge disciplinaire, même si d'aventure, les choses ne se sont pas bien passées.

Mme Hollander pense qu'un médecin doit craindre le juge disciplinaire s'il n'écoute pas sa patiente et ne respecte pas ses desiderata, par exemple s'il pratique une excision ou introduit ses doigts dans la patiente alors qu'elle dit «non».

Une femme peut se distancier du conseil donné par son médecin. Elle en a le droit. S'il apparaît clairement à un moment donné que c'est ce qu'elle choisit de faire, il est important que le médecin documente bien le fait que l'option retenue n'est pas celle qu'il a conseillée et que la femme oppose son refus ou invoque son autonomie. Il ressort de la jurisprudence que le juge disciplinaire, du moins aux Pays-Bas, n'instruira pas la plainte dans ce cas.

Selon Mme Hollander, quelle que soit la discipline dans laquelle vous exercez, vous gardez toujours une certaine peur de l'opinion de vos collègues. Certains collègues sont plutôt de votre avis, d'autres ont une autre vision. C'est une question à laquelle elle est aussi personnellement confrontée. Elle souhaite bien entendu que ses collègues aient d'elle l'image d'un bon médecin et qu'elle puisse entretenir une bonne collaboration avec eux, mais d'un autre côté, elle est avant tout médecin de sa patiente avant d'être collègue. Le serment qu'elle a prêté est de protéger et de traiter le patient, et non d'être dans les bonnes grâces des collègues.

Selon Mme Hollander, pour éviter les conflits avec les collègues, il est important de ne pas ignorer les expériences difficiles, mais au contraire d'en discuter ouvertement avec l'équipe et d'expliquer quelle approche vous avez choisie et pourquoi. Il convient d'avoir cette discussion au préalable dans la mesure du possible ou, à défaut, *a posteriori*. Mme Hollander tient naturellement aussi à être loyale envers ses collègues, mais sa patiente reste sa priorité.

Les conséquences pour la femme d'un traumatisme lié à l'accouchement

Selon Mme Hollander, il est pertinent de vouloir examiner plus en détail les traumatismes dont peuvent souffrir les femmes. Il faut savoir que de tels traumatismes occasionnent de grandes souffrances, particulièrement s'il n'y a pas eu de diagnostic ou de traitement. Plus le score sur l'échelle de l'état de stress post-traumatique est élevé, plus les conséquences sont lourdes à porter pour les intéressées.

Mme Hollander s'est entretenue avec des femmes qui ne veulent même plus passer devant l'hôpital à vélo car elles ont des *flashbacks*. Certaines femmes se réveillent encore en sueur plus de deux ans après l'accouchement et revoient les évènements défiler dans leur esprit. Mme Hollander a traité des femmes qui avaient décidé de ne plus avoir d'enfants. Certaines d'entre elles sont finalement revenues sur leur décision et ont souhaité vivre une nouvelle grossesse, mais à certaines conditions: par exemple, moyennant la promesse qu'une césarienne serait pratiquée sur demande – même en l'absence d'indication médicale – ou que l'accouchement pourrait se faire avec beaucoup moins de dispositifs médicaux que ce que Mme Hollander recommanderait personnellement.

Mme Hollander souligne qu'un désir d'enfant inassouvi est une réalité très prégnante. Lorsqu'elle peut contribuer à créer les bonnes conditions pour que ce désir puisse se réaliser, elle le fait volontiers, même si les options retenues ne sont peut-être pas celles qu'elle aurait d'emblée choisies d'un point de vue médical.

Dire qu'un accouchement est un évènement de la vie le banalise-t-il d'une certaine manière? Pour Mme Hollander, cette question renvoie à l'éternelle sous-évaluation du processus, qui est induite par son côté en partie *soft* et qui est malheureusement encore trop fréquente en 2022. Les pathologies psychiatriques sont par exemple encore toujours tournées en dérision alors que l'on sait depuis cent ans qu'il s'agit de maladies aussi graves que les pathologies physiques.

En l'occurrence, on constate la même chose: un traumatisme qui est intérieur, et donc non observable sur le corps, est moins pris au sérieux. Mme Hollander précise qu'un traumatisme intérieur provoqué par un accouchement est généralement plus lourd de conséquences pour l'intéressée qu'un problème physique extérieur qui peut être corrigé. On peut toutefois éviter qu'un tel traumatisme ne survienne. C'est une problématique qu'il est inconcevable de ne pas prendre au sérieux à notre époque.

Utilité d'un plan de naissance

Mme Hollander sait que certains médecins pensent qu'un plan de naissance n'est que source de misère et désagréments. Dans l'hôpital de Nimègue où elle travaille, une solution très simple a été trouvée: chaque femme enceinte aura son plan de naissance. À trente semaines, l'hôpital lui demande d'en écrire un. On évite ainsi toute stigmatisation.

Les plans de naissance varient beaucoup. Certaines femmes se contentent d'écrire qu'elles voudraient une péridurale d'office, et qu'elles verront le reste plus tard, d'autres remplissent seize pages A4 de demandes. En recommandant un plan de naissance à toutes les femmes enceintes et en discutant avec chacune d'elles, l'hôpital leur offre la possibilité d'exprimer leurs souhaits et réflexions à la consultation, dans un environnement

calme, et en évitant les suppositions dans un sens comme dans l'autre. Pour Mme Hollander, cela devrait devenir aussi normal que la prise de sang effectuée lors de la première consultation de la grossesse.

Qui est le patient?

Le patient est bien entendu la personne enceinte en état d'exprimer sa volonté. Lors d'une grossesse, le médecin ou la sage-femme a, d'un point de vue médical, deux patients distincts, et il doit agir au mieux pour les deux. Mais quant à savoir à qui revient la prise de décisions, c'est la personne enceinte en état d'exprimer sa volonté qui aura le dernier mot.

Vers une réévaluation du rôle du soignant?

En tant que soignants, les médecins sont tous formés pour résoudre des problèmes médicaux et traiter des maladies. Mais au XXIe siècle, ce n'est plus ce qu'on leur demande.

Le médecin d'aujourd'hui est un *coach*, un mentor, un accompagnant. Il s'intéresse à la prévention, à la santé et aux comportements en matière de santé. Il n'est plus celui à qui vous soumettez votre problème de santé et qui le résout. Mais cette tradition reste profondément ancrée dans l'ADN des soins de santé. Mme Hollander plaide pour que les choses changent vraiment et rapidement. La médecine doit mettre l'accent sur les soins et la prévention, et pas seulement sur le traitement et la guérison. C'est dans ce domaine que l'on pourra réaliser les plus grands progrès en matière de santé au cours des prochaines décennies.

Cela sous-entend également que les médecins ne sont pas là pour imposer des soins, mais pour les conseiller et les recommander. Si les patients ressentent que les soignants veulent malgré tout leur imposer des soins, et que leur autonomie n'est pas respectée, rien ne les oblige à se faire soigner par eux. En Europe occidentale, les soins de qualité sont un droit, pas une obligation.

Si les soignants ne respectent pas les droits des femmes, elles ne reviendront plus. Elles vivront alors leur grossesse «naturellement» et accoucheront sans l'aide de soignants. Pour la femme, c'est donc la situation la moins souhaitable d'un point de vue social, médical et socio-émotionnel. Aucune femme n'accoucherait volontiers toute seule, à moins d'avoir développé une énorme méfiance vis-à-vis des soignants. Il est nécessaire de tout mettre en œuvre pour que cette méfiance ne s'installe pas.

Comment accompagner au mieux les femmes après l'accouchement?

Comment détecter au mieux les problèmes qu'une sage-femme ou un médecin peut contribuer à résoudre, mais sans stigmatisation? Mme Hollander entrevoit plusieurs possibilités.

Il est bien entendu essentiel que les personnes qui vivent des difficultés sociales, comme une barrière linguistique, des dettes ou un logement inadéquat, ne soient pas exclues d'une prise en charge. Mme Hollander recommande une combinaison de dépistage et de recherche proactive des personnes fragilisées.

L'hôpital de Nimègue, par exemple, appelle toutes les femmes qui y ont accouché au bout de trois semaines. Les soignants demandent si tout se passe bien et évaluent la nécessité d'assurer un suivi de la maman, ou de l'orienter vers son médecin traitant, etc. Les mamans qui en ont besoin reviennent pour un contrôle après six semaines. Les autres revoient en principe leur propre sage-femme, celle qui a effectué le suivi prénatal.

Mais cette approche ne permet pas de toucher toutes les accouchées. Certaines que l'hôpital ne parvient pas à recontacter recevront peut-être une visite à domicile du service de soins de santé pour jeunes. Cela ressemble peut-être à de l'ingérence, mais c'est typique des Pays-Bas: les personnes visées peuvent bien sûr refuser la visite, mais on sera quand même venu frapper à leur porte.

L'objectif est aussi de toucher un maximum de personnes fragilisées. Mme Hollander et son équipe recherchent de manière proactive les femmes qui ne vont pas bien.

Le traitement des traumatismes est la seule chose qui n'est pas bien réglementée. Les Pays-Bas ont défini des programmes de traitement pour la dépression et le SSPT. Le médecin généraliste peut orienter certaines

femmes vers les soins de santé de première ligne et vers les soins de santé mentale. Par contre, les femmes qui ont subi un traumatisme, mais qui ne présentent pas ou peu de symptômes d'un syndrome de stress post-traumatique, ne pourront pas bénéficier de cette réorientation. Pour celles qui se situent en dessous des seuils de diagnostic du SSPT, il n'existe pas de programme de traitement régulier.

Mme Hollander effectue un dépistage des femmes qui passent en dessous des radars des diagnostics cliniques, mais qui ont de tels embarras de santé qu'elles doivent être aidées, et les oriente, si nécessaire, vers une thérapie de type EMDR. Elle vient justement de réaliser une étude à ce sujet, qui sera publiée dans la semaine du 14 mars 2022.

Ces situations particulières ne sont toutefois pas encore réglementées au niveau national, et c'est un point que les Pays-Bas pourront certainement encore améliorer.

*

* *

IV. AUDITIONS DU 28 MARS 2022

– Mme Pascale Gustin, psychologue, membre de la direction du service de santé mentale «Le chien vert»;

– M. Xavier Capelle, obstétricien en chef, service de gynécologie obstétrique du CHU de Liège.

A. Exposé de Mme Pascale Gustin, service de santé mentale «Le chien vert»

Mme Gustin déclare, en guise d'introduction, qu'elle a été présidente de la WAIMH belgo-luxembourgeoise (*World association for infant mental health*), réseau mondial qui promeut le bien-être mental et le développement sain des nourrissons dans le monde entier, en tenant compte des variations culturelles, régionales et environnementales, et qui génère et partage des connaissances scientifiques sur ce sujet.

Forte de cette expérience passée et son activité en tant que psychologue, l'oratrice focalisera son intervention sur la santé mentale du bébé et de sa famille lorsqu'ils sont impactés par des violences obstétricales. Ces violences représentent en effet un grand coût humain et social.

L'oratrice travaille actuellement au service de santé mentale «Le chien vert», qui est un service ambulatoire actif en dehors de l'hôpital et qui dispose d'un agrément périnatalité en santé mentale.

L'oratrice reçoit en outre des patientes issues de toute la Fédération Wallonie-Bruxelles à son cabinet privé. Bien souvent, ces patientes viennent la consulter sur avis soit de professionnels de première ligne, soit du cercle proche de la patiente. Les difficultés éprouvées par ces patientes dans leur vie quotidienne, que ce soit dans la relation avec leur enfant ou par rapport à leur propre santé mentale ou au vécu de leur corps et de leur féminité, les poussent à venir en consultation.

En général, lorsque ces femmes consultent, elles sont déjà dans l'après-coup des faits qu'elles ont vécu. Elles vivent souvent un sentiment d'urgence subjectif qui les pousse à traverser le mur du silence et de la mésestime et à vouloir s'adresser à un professionnel. Ce besoin se fait fréquemment ressentir au moment où la question du lien avec l'enfant né de cet accouchement problématique se pose.

L'âge des femmes que l'oratrice reçoit en consultation est très variable. On pourrait penser qu'il s'agit principalement de femmes en phase périnatale mais les difficultés resurgissent dans des temporalités très différentes. Il arrive même que des femmes âgées souhaitent rouvrir ce chapitre de leur vie parce qu'un évènement a fait résurgence dans leurs liens avec leurs enfants adultes, principalement lorsque leurs filles deviennent, à leur tour, mères. L'inscription transgénérationnelle des violences obstétricales est donc très marquée face à la question de l'enfantement et de la transmission de la vie.

L'oratrice observe que les violences obstétricales et gynécologiques peuvent véritablement affecter le processus de vitalité d'une personne.

La parole se libère de plus en plus sur ce sujet et des liens d'entraide se développent, notamment grâce aux associations spécialisées et aux forums de discussions sur Internet etc. De nombreuses femmes en stade préconceptionnel viennent en consultation avec des questions très précises sur ce thème de la transmission intergénérationnelle.

Accoucher n'est en effet pas un acte médical. Il est bien plus que cela puisqu'il consiste avant tout à donner la vie à un nouveau venu et à tisser les mailles intergénérationnelles entre les femmes qui précèdent et celles qui suivront, avec des enjeux de loyauté et de transmission culturelle tant dans la lignée maternelle que paternelle. C'est un mouvement de vie qui, au moment de l'accouchement, donne lieu à une prise de vue unique où il faut faire face à l'imprévisible, comme c'est le cas pour la mort.

Les questions de l'accompagnement au moment de l'accouchement sont donc essentielles. Elles engagent aussi la responsabilité d'une société à l'égard des enfants à naitre. La mort et la naissance sont des indicateurs importants sur la manière dont une société crée un environnement, des actes techniques et des rituels. Il est capital que ces actes techniques soient empreints d'humanité et de respect afin que personne ne soit exproprié de sa propre histoire. Une naissance reste une expérience unique et ne doit pas devenir un non-évènement abstrait.

Par ailleurs, la question de la vulnérabilité est également très importante en période périnatale, qui s'étend grosso modo du désir d'enfant jusqu'à la fin de la première année de vie de l'enfant. Pendant la grossesse, la

femme est dans une disposition psychique particulière. Elle est dans une posture de fragilité et de vulnérabilité, où elle abaisse ses défenses psychiques. Les évènements qui interviennent lors d'une grossesse auront donc beaucoup d'impact sur la femme. Cette position de vulnérabilité implique aussi une sensibilité accrue qui lui permettra d'accueillir son nourrisson, né dans un état de néoténie et de dépendance totale à son entourage. C'est pourquoi un environnement de qualité au cours de cette période bien particulière est indispensable.

Pendant la pandémie, on a observé une augmentation de l'anxiété chez les femmes en raison de la perte de la qualité de leur environnement et peu d'entre elles ont eu accès à des réseaux de soins qualitatifs. L'examen de la pyramide des sexes et des âges démontre que les phénomènes anxieux ont principalement affecté les femmes en âge de procréer.

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.

Lorsque cet environnement de qualité fait défaut pendant la grossesse, on constate que cela provoque des sentiments de révolte et de colère ou encore des dépressions - même inaperçues- dans le chef des patientes. Parfois, certaines femmes expérimenteront même un sentiment de sortie de corps, propre au stress post-traumatique, où la sidération est telle qu'elle gèle la pensée. Ce vécu traumatique est enclavé dans le psyché, comme un pseudo-oubli, et il ressurgit à la grossesse suivante sous forme de troubles anxieux importants.

Par ailleurs, la santé mentale du bébé sera également impactée par les violences obstétricales ou gynécologiques. Il existe entre une mère et son bébé un accordage sensoriel fondamental, fragile et fort à la fois, qui s'observe même avec des grands prématurés. Si la mère a perdu toute estime de soi et éprouve des sentiments de culpabilité ou de honte face au «ratage» de la naissance de son bébé, on risque de voir apparaitre des boucles relationnelles de désengagement de la mère par rapport à l'enfant. C'est le père ou un autre membre de la famille qui prendra alors le relais, avec pour résultat que la mère renforcera son sentiment d'être inadéquate. 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. C'est pourquoi l'oratrice estime qu'il faudrait prévoir un accompagnement à la parentalité lors de la première année de vie de l'enfant, comme le fait notamment la France par exemple au travers de son projet « Les 1 000 premiers jours, là où tout commence» (27).

À l'heure actuelle, la prise en charge des patientes en souffrance s'avère compliquée. Et pourtant, elle est indispensable. Il faut pouvoir détecter les signaux subtils envoyés par ces femmes ou par leurs bébés qui peuvent aussi présenter des symptômes dépressifs.

L'oratrice plaide dès lors pour un accompagnement anténatal engagé et individualisé des patientes, avec des relais-porteurs respectueux. Le corps médical anténatal sait finalement bien peu de choses sur ses patientes: ont-elles par exemple vécu un passé traumatique ou subi des violences qui peuvent agir comme caisse de résonnance au moment de la période périnatale? Un tel accompagnement nécessite toutefois des moyens financiers et humains. Aujourd'hui, les possibilités d'accès à l'accompagnement parental sont géographiquement fort variables selon les Régions. La connexion entre périnatalité et santé mentale se fait encore trop peu, avec pour résultat que seules les femmes d'un certain niveau social ont les moyens de trouver l'aide dont elles ont besoin. Un grand nombre d'autres femmes en souffrance, les «invisibles», demeurent hélas sous le radar.

L'oratrice aborde à présent la question du vécu des soignants. En effet, elle rencontre également des soignants effractés 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. La souffrance faite aux femmes se retrouve ainsi également chez les soignants.

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. Nombreux sont aussi les soignants qui déclarent avoir peur de dénoncer certains actes médicaux.

---

(27) *https://www.vie-publique.fr/rapport/276114-les-1000-premiers-jours-la-ou-tout-commence.*

B. Exposé de M. Xavier Capelle, service de gynécologie obstétrique du CHU de Liège

M. Capelle souhaite porter un regard un peu différent sur les violences obstétricales, que celui construit par un certain discours militant et médiatique. Il constate en effet une crispation importante dans le milieu professionnel à ce sujet, mais également entre les soignants et les soignés. Il aimerait dès lors contribuer à apaiser la situation.

Son exposé comportera trois parties:

– la première consistera en une analyse du contenu du discours médiatique et des conséquences qu'il peut avoir sur le problème des violences obstétricales;

– la deuxième partie aura pour objet de porter un regard différent sur les violences obstétricales;

– la troisième partie tentera de proposer une approche réconciliée et des moyens de prévention.

Depuis 2017, le CHU de Liège sensibilise le personnel aux violences obstétricales, ce qui correspond au moment où le phénomène a commencé à être médiatisé, plus particulièrement en France. Il n'est pas du tout question ici de remettre en cause la réalité du phénomène, ni la souffrance des patientes qui en sont les victimes, comme l'a montré l'enquête réalisée par la Plateforme pour une naissance respectée.

Le discours médiatique a toutefois tendance à accentuer la crispation autour de ce phénomène. Ainsi, le quotidien *Libération* titrait «Gaffe au con» et montrait une dame tentant de cacher sa nudité de ses deux mains. En Belgique, *Le Vif* publiait en couverture la photo d'un gynécologue négligemment installé sur sa patiente avec un air perplexe. Celui-ci porte un calot et un tablier qui évoquent davantage une boucherie de grande surface qu'un cabinet de consultation et il regarde avec perplexité l'entrejambe de sa patiente, sans doute conscientisé par le titre de l'hebdomadaire: «Docteur, les femmes c'est pas du bétail!».

Le portrait dressé dans la presse n'est donc pas très flatteur. Le discours relaté manque de nuances, accentue la polarisation et renforce les conflits entre les différents protagonistes.

Il en va de même pour le discours militant dont le discours médiatique s'inspire aussi. Sur le blog de Marie-Hélène Lahaye (28), avec des propos et des illustrations qui vont dans le même sens, on peut y lire que «considérer l'accouchement en soi comme violent démontre une méconnaissance totale des processus physiologiques de l'accouchement et une vision empreinte de stéréotypes de genre que les médecins projettent sur les parturientes».

M. Capelle souhaite insister sur les conséquences que peuvent avoir de tels propos. Sur le blog de Mme Lahaye ou encore dans les livres et dans les discours militants en général, il y a un amalgame qui se construit par l'accumulation de récits et de descriptions de situations sans distinctions. On y parle aussi de médecins abuseurs et violeurs. Cela existe évidemment, mais il ne faut pas en faire un amalgame.

Mme Lahaye n'hésite pas à donner un avis tranché sur les pratiques médicales et sur les fondements scientifiques de l'obstétrique. Il cite une nouvelle fois ses propos: «les risques liés à la mortalité en couches reposent également sur des fantasmes, comme celui qui veut qu'une jeune femme en pleine santé dont la grossesse s'est merveilleusement déroulée voit la naissance de son enfant virer en un instant à l'horreur alors que rien ne le laissait présager.»

En prenant un peu de recul historique ou géographique et face au désastre encore quotidien de la mortalité maternelle, ces propos sont scandaleux et dangereux. Ils écartent d'un revers de la main des faits scientifiques qui sous-tendent des stratégies actuelles de santé reproductive. Celles-là mêmes qui ont permis une amélioration notable de la situation mondiale depuis seulement une dizaine d'années. Il faut savoir que l'époque moderne a seulement découvert depuis la Seconde Guerre mondiale l'ampleur de la catastrophe maternelle et infantile à l'échelle mondiale. L'intervenant rappelle qu'à l'heure actuelle chaque année, plus de 300 000 femmes décèdent ainsi que 2 600 000 nouveaux nés de causes imputables aux complications obstétricales et qui pourraient facilement être évitées par des soins appropriés et opportuns. Toutes les deux minutes, une femme meurt des complications liées à la grossesse et à l'accouchement. On sait que 99 % de ces décès ont lieu dans des pays à faibles ressources et que parmi les quarante pays qui sont concernés par ces taux de mortalité très élevés, trente-six se trouvent en Afrique subsaharienne. Dans ces pays, la mortalité maternelle

(28) *https://marieaccouchela.net/.*

demeure encore de nos jours la deuxième cause de mortalité pour les femmes. Nous sommes donc loin du conte de fées.

M. Capelle projette en séance un graphique intitulé «*Extent of maternal mortality, morbidity, and disabilities*». Lorsqu'on se penche sur ce graphique, le petit rectangle tout à fait à gauche représente la mortalité maternelle. Avant les années 2000, elle s'élevait encore à 600 000 morts par an dans le monde. À droite du graphique, la figure indique que pour chaque femme qui meurt, 40 conservent à long terme des séquelles, dont les plus importantes sont les fistules obstétricales.-

L'orateur se demande dès lors de quel savoir Mme Lahaye se revendique et l'invite à fréquenter les quartiers d'accouchement d'ici et d'ailleurs et à s'immerger dans la réalité obstétricale, à partager une fois l'expérience traumatisante d'une hémorragie cataclysmique post-partum, qui survient effectivement sans prévenir comme un coup de tonnerre dans un ciel serein. Il l'enjoint aussi à partager l'expérience du soignant parfois impuissant et démuni quand il n'a pas les moyens de la prise en charge. Et enfin, la convie à écouter les récits des rescapées qui ont failli mourir lors d'un transfert urgent ou celui de leur conjoint témoin terrorisé et impuissant, traumatisé à vie par la violence de l'événement.

À la lecture des lignes suivantes présentes sur le blog de Mme Lahaye «Les risques liés à la mortalité en couches reposent également sur des fantasmes», les professionnels de la santé ressentent un véritable choc émotionnel, où se mêlent stupéfaction et colère en repensant à des situations professionnelles qu'ils ont connues et qui les ont brutalement confronté à des expériences dramatiques que rien ne laissait présager. Il paraît indécent et criminel aux yeux de M. Capelle de nier cette réalité de manière aussi légère. En déniant la violence intrinsèque et les traumatismes inhérents liés au processus organique et psychique de la maternité et de l'accouchement, le discours militant écrase du pied les victoires récentes et durement acquises.

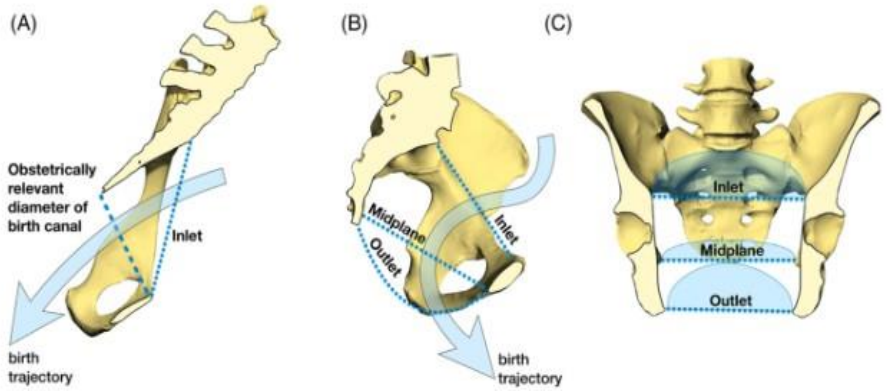
Pourtant continuant sur ce blog, la tonalité reste la même. Le titre du chapitre du livre *Accouchement, les femmes méritent mieux* est le même que celui de la page du blog de Mme Lahaye: «Quand les femmes enceintes sont moins respectées que les guenons». M. Capelle regrette que l'autrice ne craigne pas de s'appuyer sur l'analyse zoologique pour étayer ses thèses; de la girafe à la guenon en passant par l'éléphante. On peut voir sur le blog de très belles vidéos de naissance de girafons, d'éléphanteaux, ou d'autres gorillons. Pour la juriste, qui s'appuie sur des préceptes vétérinaires, la consigne est claire: «On ne touche pas une femelle qui met bat, au risque de perturber la parturition. Et puisque les femmes sont elles aussi des mammifères pourquoi ne leur applique-t-on pas les mêmes principes? Répondre à cette question met en lumière les systèmes de croyances, de dogmes et de superstitions sur lesquels repose l'obstétrique.»

M. Capelle poursuit et indique que dans la suite du chapitre, l'auteure va nier complètement la spécificité humaine de la parturition, en particulier la dystocie mécanique qui est induite par le développement du cerveau humain. Et Mme Lahaye de conclure son chapitre: «En ce début du XXIe siècle, il serait temps que l'obstétrique abandonne ses dogmes sexistes et ses croyances racistes afin de rejoindre la science. Dès lors, il y a lieu de revoir de fond en comble le métier des obstétriciens et des sages-femmes, à commencer par leur formation par exemple en remplaçant l'entraînement dans les hôpitaux aux touchers vaginaux aussi inutiles qu'intrusifs par l'observation des mammifères lors d'un stage dans un zoo.»

L'orateur cesse là son décryptage du blog et du livre de Mme Lahaye. Il souhaitait montrer comment ce discours peut avoir des conséquences néfastes à la fois sur le personnel de santé, mais également sur les parturientes. Il ajoute que la phylogenèse nous a bien construit comme nous le sommes aujourd'hui. Et pour les femmes, la station debout, l'étroitesse relative du bassin et le volume extraordinaire de notre cerveau, acquis au cours d'un processus d'encéphalisation et d'hominisation conjoints, ont fait de l'accouchement un passage où le prix de la vie se payait trop souvent de la mort auparavant. Depuis la nuit des temps, les anthropologues et les psychiatres nous rappellent que cette réalité hante la psyché des femmes qui abordent la maternité.

M. Capelle indique qu'en terme de mécanique obstétricale, la modélisation animale comme idéal obstétrical pour l'espèce humaine démontre par l'absurde l'inadéquation du modèle utilisé par Mme Lahaye. Au moment de la naissance, le poids d'un nouveau-né et celui d'un chevreau sont relativement semblables autour de 3,500 kilogrammes. Le cerveau du premier pèse entre 350 et 400 grammes et celui du chevreau, dont la mère ne connaîtra jamais les affres de la dystocie, seulement une quarantaine de grammes. Ces éléments qui sont connus depuis des décennies et qui ne doivent rien au fantasme d'une société patriarcale sont responsables du lourd tribut dont trop de femmes et de nouveau-nés sont les victimes aujourd'hui.

Le travail obstructif caractérise la parturition humaine à l'inverse des autres mammifères et des autres primates. Il est lié principalement à la disproportion entre la tête du fœtus et le bassin de la mère et touche actuellement encore 1 300 000 femmes qui se présentent à l'accouchement. Parmi celles-ci, celles qui n'ont pas accès à la césarienne vivront un calvaire d'un travail long, exténuant, de plusieurs jours et qui se termine de manière dramatique et systématique par la mort néonatale. La mort maternelle peut dans un certain nombre de cas survenir également et les séquelles à long terme comme la fistule obstétricale atteindront celles qui en échapperont. M. Capelle projette une image du bassin d'un homme et d'un grand singe pour montrer à quel point l'accouchement est mécaniquement différent chez ces deux espèces qui sont pourtant tout à fait proches. L'image du milieu représente le bassin humain et montre que la trajectoire de la naissance est compliquée car il n'est plus rectiligne, avec des détroits qui vont en se rétrécissant, et avec un orifice uvaire qui n'est plus dans l'axe, avec des muscles qui soutiennent le plancher pelvien et qui constituent également un obstacle non négligeable.



Contrairement aux animaux, la naissance chez l'homme doit être assistée, elle est ressentie comme dangereuse et génère angoisse et anxiété. Elle accompagne des règles culturelles et des rituels et devient un acte social. La naissance est un phénomène anthropologique majeur qui, à l'instar de l'interdit de l'inceste, institue le passage de la nature à la culture. Comme le rappelle Drina Candilis-Huisman, psychiatre et psychanalyste de la périnatalité, l'accouchement constitue dans la vie d'une femme, du fait de la violence somatique qui le caractérise, une forme d'expérience de la mort imminente. La mort n'est pas seulement un fantasme. Elle est encore, en ce qui concerne l'accouchement, une réalité anthropologique majeure. Un dicton africain ne dit-il pas qu'une femme qui accouche a un pied sur terre et l'autre dans la tombe? Dans ces conditions, le discours militant actuel sur les violences obstétricales, et le recours aux modèles naturalistes peut aussi s'interpréter comme un moyen de contrôle d'une situation excessivement anxiogène qu'est l'accouchement, dans une idéologie où le corps de la femme est vécu comme le moyen d'asservissement par le pouvoir des hommes. En conclusion de cette deuxième partie, l'orateur souligne que le discours militant présente des signes de radicalisation de la pensée qui structure le réel en opposition inconciliable, en renvoyant les protagonistes dos à dos. Crispation des soignants d'un côté, et de l'autre des parturientes qui adhèrent à une représentation idéalisée, rassurante mais fausse de l'accouchement. Pour tenter de sortir de cette crispation, un autre regard est nécessaire, car comme le dit Camus: «Mal nommer les choses c'est ajouter au malheur du monde.»

Le terme de violence obstétricale implique forcément celui de «violenteur». Plutôt que de pointer du doigt la seule responsabilité médicale, mais sans la nier pourtant, M. Capelle souhaite aborder le problème du point de vue de la patiente et de son vécu traumatique tout en considérant la maternité comme une expérience singulière ainsi que les particularités de la profession d'accoucheur, de sage-femme et l'éclairage qu'apportent l'anthropologie et la psychopathologie de la périnatalité.

Premièrement, il importe de considérer avec sérieux le discours de ces femmes et leurs souffrances. Le CHU de Liège procède à partir de débriefings et de témoignages. Ces débriefings sont des réunions de soignants et de soignés organisées lorsque les situations se sont mal déroulées et permettent d'apprendre beaucoup sur la souffrance de ces patientes. Y sont systématiquement évoquées les situations suivantes: le médecin de garde pressé, inconnu, qui ne se présente pas; l'extraction instrumentale urgente pratiquée au milieu de la nuit ou l'épisiotomie exécutée sans explication préalable. On y raconte aussi l'urgence, l'hémorragie du post-partum

immédiat, la révision utérine nécessaire, mais parfois sans analgésie, la séparation de la femme et de l'enfant dès la naissance, ou pire parfois, la séparation du couple, la terreur du père qui voit son épouse partir vers le bloc opératoire. On comprend clairement à travers de ces témoignages, la réalité d'un vécu traumatique et la discordance entre le point de vue des patients et celui des soignants.

«Pourquoi la gynécologie obstétrique est-elle sur la sellette? Y-a-t' il un traitement particulièrement agressif, irrespectueux, méprisant réservé aux seules femmes qui se présentent en salle d'accouchement ou dans les cabinets de gynécologie?», se demande M. Capelle. Il existe en effet d'autres spécialités médicales qui ont la même capacité intrusive, qui touchent aussi à l'intime, qui touchent au sexuel comme la gastroentérologie et l'urologie et qui ne font pourtant pas l'objet d'une même accusation. Il faut donc également pouvoir considérer la particularité de la profession. Même en situation routinière les gestes paraissent banals et sont pourtant l'effraction de l'intime qui peuvent être ressentis de manière plus ou moins traumatique selon les éléments biographiques qui ne nous sont pas forcément connus. En cas d'urgence obstétricale, souvent vitale, les actes posés sont d'une violence évidente par rapport à laquelle les soignants sont nécessairement immunisés. Il existe donc chez le soignant des mécanismes de protection et de détachement qui lui permettent d'être efficace et opérationnel.

Dans un texte resté célèbre, *Anthropologie structurale*, Claude Lévi-Strauss analyse les ressorts de l'efficacité symbolique, c'est-à-dire les propriétés inductrices de la pensée sur le processus organique. Dans le cadre des violences obstétricales, ou d'un vécu traumatique de l'accouchement, ce texte a paru à l'intervenant intéressant pour plusieurs raisons. Il concerne la grossesse qui est une condition particulière de l'articulation psychosomatique. Celle-ci s'exprime puissamment dans de nombreuses circonstances, dont le déni de grossesse est sans doute le plus spectaculaire. Ensuite, il met en évidence, l'importance d'une représentation partagée entre les soignants et les soignés, comme ressort de l'efficacité thérapeutique. Ce texte décrit comment un long chant chamanique peut permettre de résoudre un accouchement difficile. La cure consiste pour Lévi-Strauss à rendre pensable, cohérent, acceptable et partageable ce qui était pour la patiente un vécu arbitraire, ineffable et intolérable. L'hypothèse de Lévi-Strauss étant que la cure chamanique induit par là un déblocage d'un processus physiologique. En proposant des explications sur l'efficacité de la cure chamanique, Lévi-Strauss montre aussi l'importance d'une représentation partagée dans le cadre d'une relation thérapeutique. Là où le phénomène de violences obstétricales pointe du doigt et renforce le malentendu, le hiatus et la perte de sens auxquels celui-ci confronte.

Au vu de ces différents éléments, M. Capelle souhaite considérer le terme de 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. Plusieurs mécanismes peuvent amener une situation ou un vécu traumatique, mais ceux-ci doivent être resitués dans la complexité spécifique de la maternité et de la grossesse. Ainsi, les violences obstétricales, liées à des pratiques non-conformes, à des propos ou à des actes violents ne sont alors que des formes particulières d'un vécu traumatique multi-causal.

En conclusion, le discours militant contre les violences obstétricales pointe du doigt le paternalisme et le machisme comme des raisons principales des traumatismes dont certaines femmes sont victimes lors de leur accouchement. Ce faisant, ce discours dénie la violence intrinsèque et les traumatismes inhérents liés au processus organique et psychique de la maternité et de l'accouchement. Il ampute le débat d'une bonne partie de sa complexité, en renvoyant dos à dos soignant et soigné dans leurs blessures réciproques. Sans disculper certains comportements médicaux, il parait opportun à M. Capelle de considérer la problématique du traumatisme obstétrical dans un contexte plus large. Cette démarche amène alors à restituer la souffrance de ces patientes, ainsi que les moyens de prévention et de prises en charge dans le cadre de la complexité spécifique du «devenir mère». Le défi de l'obstétrique contemporaine dans nos sociétés est de répondre aux attentes des patientes dans le respect de la sécurité et des bonnes pratiques médicales.

C. Échange de vues

Mme Masai déplore que M. Capelle ait utilisé le temps de l'audition principalement pour déconstruire une série de crispations sur le discours militant et médiatique, car cette démarche n'entre pas forcément dans les objectifs des travaux du comité d'avis qui sont de formuler des recommandations et de proposer des solutions dans une approche constructive. Elle adresse une question à Mme Gustin qui évoquait le statut de vulnérabilité

des femmes pendant la grossesse. Elle est interpellée par ce propos et se demande si cette vulnérabilité est utilisée comme argument contre l'autodétermination des femmes.

Mme Gustin précise que cette vulnérabilité ne doit pas être entendue comme une incompétence. Cette vulnérabilité extrême doit être vue comme un activateur d'empathie. Se laisser toucher par l'autre de façon émotionnelle et intellectuelle est un facteur qui va contribuer à la création de la maternalité, mais aussi de la paternalité, c'est-à-dire la possibilité d'être ajusté, adéquat, au plus près des mouvements et des appels à l'aide du bébé et de ne pas le laisser dans la désaide. Cette vulnérabilité alimente aussi l'angoisse de la mort et amène la personne à faire face à l'imprévu. Pour pouvoir s'occuper d'un nouveau-né, il faut être en sécurité émotionnelle. C'est pour cela que l'on parle de l'environnement de qualité: pour pouvoir être empathique vis-à-vis du bébé et trouver en soi les ressorts pour le comprendre et être le plus adéquat possible, il faut être dans cette sécurité affective et émotionnelle en s'appuyant sur son entourage. Cette vulnérabilité-là n'est pas un défaut, c'est une qualité. Dans ce sens, c'est un plaidoyer pour l'autodétermination.

Mme Durenne adresse une question à Mme Gustin concernant les troubles psychologiques. Elle se demande si une évolution a pu être constatée au fil du temps au niveau des troubles ou au niveau des personnes qui en sont touchées.

Mme Durenne souhaite également savoir comment M. Capelle a lutté contre les violences au sein de son service et quelles actions ont été mises en place. En dix ans, le nombre d'épisiotomies au sein du département de gynécologie obstétrique du CHU de Liège est passé de 50 % à 17 % et le service a un taux de césariennes d'environ 20 %. Elle se demande comment le CHU est parvenu à un tel résultat et quels furent les difficultés et freins pour y parvenir. Mme Durenne s'interroge sur la formation des étudiants au sein du CHU de Liège et sur l'importance qui y est accordée à l'aspect relationnel entre le gynécologue et le patient.

Mme Ryckmans demande aux intervenants comment les parents peuvent être aidés à poser des choix éclairés et comment leur consentement peut être respecté. L'essentiel des travaux du comité d'avis étant de tenter d'améliorer les pratiques positives, elle souhaite savoir comment les débriefings et les enseignements transparaissent par la suite dans la mise en œuvre des pratiques qui sont utilisées autour de l'accouchement.

M. Capelle explique que les débriefings étaient initialement organisés à la demande du service de médiation, mais ont été étendus à toute situation difficile. Le débriefing permet de prendre en considération la différence de représentations et les malentendus qui peuvent exister au niveau d'une situation qui a été vécue très différemment en tant que soignant ou soigné ou entre soignants. Par exemple, les soignants en retrait peuvent prendre conscience de la violence des actions, tandis que les soignants en action ne s'en rendent pas compte car ils sont concentrés sur l'efficience et l'efficacité. Ainsi, des paroles qui pouvaient être blessantes ont été rapportées lors des débriefings; ce qui a permis de se rendre compte d'une sémantique qu'il ne fallait plus utiliser. Le débriefing, à condition d'être systématisé et d'en utiliser les conclusions, apporte un lexique de savoir-faire et de savoir-être pour la suite. Celui-ci apprend au soignant et au soigné à réconcilier des représentations excessivement différenciées à partir d'un évènement identique. C'est pourquoi M. Capelle a fait référence dans son exposé à Claude Lévi-Strauss et qu'il a évoqué le discours militant, car selon lui, ce discours creuse dans la différenciation des représentations que peuvent se faire les soignants et les soignés. Il souligne que son propos ne vise pas à mettre en cause les violences obstétricales, ni la souffrance des femmes qui en sont les victimes.

Mme Gustin continue sur le débriefing qui constitue le fait de pouvoir se réunir et de pouvoir oser parler de ce qui s'est passé en apportant des points de vue différents. Cela implique une grande qualité et sécurité aussi dans les équipes pour que ces réunions puissent donner lieu à un travail d'échange et de réflexion. Le but étant de tirer enseignement de ce qui s'est déroulé difficilement et qui a créé de la psychopathologie ou lui sert de caisse de résonnance, il est important de s'interroger sur les conditions de suivi adéquates à créer pour éviter toute situation de ce type à l'avenir. Créer des espaces de discussion et d'échanges entre paires et avec les patientes est donc fondamental. La question de la formation transversale au sein des services devient dès lors essentielle. L'ambiance au sein du service, favorisée par les responsables, doit pouvoir permettre de traverser le mur du silence et aborder les situations problématiques de manière professionnelle. Accompagner la patiente qui a vécu un traumatisme, la placer dans un environnement suffisamment sécurisé où la parole et les échanges avec les soignants sont libres, permettra à cette patiente de reconstruire des liaisons psychiques et relationnelles avec le monde médical. Il y a en effet un enjeu de taille à relier le monde de l'obstétrique et de la périnatalité avec le monde de la santé mentale car il y a un très grand clivage. Au regard du taux de dépressions anténatales

ou postnatales, sous-diagnostiquées, il est important d'avoir une culture de réflexion transversale via les formations à partir du récit.

Le dossier du patient informatisé ouvre la discussion sur le consentement. Ces militantes, associations et femmes qui publient nous bousculent parce qu'elle nous invitent à réaborder un monde qui est en changement, au bénéfice de tous. Les contraintes de rentabilité, rapidité qui pèsent sur les équipes en milieu hospitalier vont à l'encontre des possibles changements et ne sont pas au service du temps que prend la relation humaine. Le faible taux d'accès des femmes à des soins de santé mentale de qualité est d'ailleurs problématique; le suicide entre les six premières semaines et la première année après la naissance est la première cause de mortalité auprès des femmes. Il importe de croiser les espaces de réflexion entre le monde de la santé mentale, des usagers et des cliniciens (néonatals) pour essayer de réduire drastiquement les dépressions, l'impact sur le développement du bébé et sur la crise de la conjugalité. En conclusion, Mme Gustin rappelle que les violences obstétricales faites aux femmes touchent aussi à la santé de leurs enfants et impactent tout l'équilibre du couple et de la famille.

Suite à l'audition, M. Capelle fournit une contribution écrite en réponse aux questions posées par les membres du comité d'avis:

1. Que peut-on dire des causes et origines des violences gynécologiques et obstétricales (VGO)?
2. Existe-t-il des conséquences des VGO: sur les femmes; sur le nourrisson et le développement futur de l'enfant; sur le couple, la famille, le personnel soignant? Lesquelles?
3. Comment ces conséquences sont-elles prises en charge?
4. Quels sont les mécanismes ou les leviers de changement qui pourraient être actionnés pour réduire les violences gynécologiques et obstétricales et leurs impacts sur la santé des femmes?

Le discours militant contre les violences obstétricales pointe du doigt le paternalisme et le machisme médical comme raisons principales des traumatismes dont certaines femmes sont victimes lors de leur accouchement.

Ce faisant ce discours dénie la violence intrinsèque et les traumatismes inhérents liés aux processus organiques et psychiques de la maternité et de l'accouchement. Il ampute le débat d'une bonne partie de sa complexité en renvoyant dos à dos soignants et soignés à leur blessure réciproque.

Sans disculper certains comportements médicaux, il nous a paru opportun de considérer la problématique du traumatisme obstétrical, dans un contexte plus large qui fait intervenir d'autres éléments qui sont à prendre en considération:

– la dimension psychique et culturelle de l'accouchement, de l'engendrement;

– la spécificité du métier de gynécologue-obstétricien(ne) et de sage-femme;

– l'état psychique et somatique propre à la grossesse et à l'accouchement, en particulier pour la future mère mais également pour le futur père;

– l'éclairage apporté par la psychopathologie périnatale;

– le cadre thérapeutique.

Cette démarche nous amène à resituer également la souffrance de ces patientes ainsi que les moyens de prévention et de prise en charge dans le cadre de la complexité spécifique du «devenir mère».

Ainsi le défi de l'obstétrique contemporaine dans nos sociétés est de répondre aux attentes de nos patientes dans le respect de la sécurité et des bonnes pratiques médicales.

À partir de cette réflexion, il convient de considérer les violences obstétricales et gynécologiques comme un cas particulier de situations de vécus traumatiques dans le cadre d'une prise en charge obstétricale ou gynécologique.

Il devient alors plus cohérent et plus efficace de mettre en évidence les leviers de prévention et les facteurs qui peuvent amener à ces vécus traumatiques et qui ne se limitent pas aux facteurs identifiés comme responsables des violences obstétricales.

Notre réflexion de service, impliquant les différents acteurs de la périnatalité (psychologues, travailleurs sociaux, sage-femmes, anesthésistes, obstétriciens, pédiatres, infirmières pédiatriques initiées) depuis plusieurs années nous a dans un premier temps conduit à élaborer une charte de soins pour laquelle chaque point permet d'identifier des actions correspondantes. Ceux-ci sont illustrés par quelques exemples ci-dessous.

Charte de soins de la maternité CHU BRUYERES-Liège

1. Nous sommes attentifs à la demande des couples d'être partenaires au déroulement de la naissance et favorisons leur autonomie dans leur parcours maternité;
2. Nous recevons favorablement les projets de naissance dans le cadre des limites fixées de manière consensuelle avec l'équipe soignante;
   - Situation actuelle:
     - *a priori* négatif de la part de l'équipe;
     - importance pour les couples.
   - Difficultés rencontrées:
     - malentendus/manque de communication;
     - manque de confiance envers l'équipe;
     - manque de connaissance du service.
   - Projets futurs:
     - reconsidérer les projets de naissance;
     - échanges d'informations dès le début de grossesse;
     - projet de naissance type.
3. Nous accueillons tous les couples et les situations sans aucune forme de discrimination;
   - identification des situations à risque (addiction, orientation sexuelle, déstructuration familiale ou sociale, psychopathologie, spécificité cultuelle ou culturelle, difficulté de communication, migrants, etc. ou encore fragilité inhérente peuvent susciter incompréhension, contre transfert négatif);
   - investissement supplémentaire;
   - identification / anticipation / parcours de soins;
4. Nous accueillons les sages-femmes indépendantes pour soutenir la maman;
5. Nous encourageons, en salle de naissance, la présence d'un accompagnant choisi par la maman;
6. Nous accordons de l'importance aux aspects affectifs liés à la naissance;
   - Situation actuelle:
     - empathie, qualité d'accueil;
     - conscience de l'équipe vécu difficile;
     - paradoxe nombre cas/temps;
     - parcours avec consultation des vingt-quatre semaines pour détection.

– Difficultés:

• refus par anticipation de la part des patientes;

• consultation des vingt-quatre semaines non systématique.

– Pistes:

• renforcement de la consultation des vingt-quatre semaines;

• débriefing systématique.

7. Nous favorisons le déroulement physiologique de l'accouchement selon les recommandations actuelles;

– demande des usagers et conscientisation des professionnels;

– recommandations basées sur des preuves;

– Situation actuelle:

• formations, équipements, ouverture;

• recommandations peu connues et peu diffusées.

– Diffusion des recommandations:

• application sur base volontaire;

• évaluation.

– Projet architectural.

8. Nous favorisons le repos mère/enfant et respectons les rythmes du bébé;

9. Nous gardons la maman et son bébé ensemble dans la mesure du possible;

10. Nous respectons le secret professionnel;

11. Nous veillons au respect de la pudeur et de l'intimité dans le parcours maternité;

12. Nous créons le climat favorisant le confort et le bien-être;

13. Nous encourageons la franchise, la transparence et le dialogue dans toutes les situations.

Dans le schéma ci-dessous nous avons disposé au centre le vécu traumatique de la patiente et en périphérie les éléments ou les circonstances qui peuvent favoriser ce vécu traumatique et donc faciliter l'identification d'un levier de prévention adapté.

Par exemple, le cadre thérapeutique désigne la manière dont le service de soins permet ou non d'élaborer une relation thérapeutique. Les éléments qui y participent et les actions identifiées sont nombreux:

– importance de la parole de l'écoute du savoir-être, du savoir-dire;

– importance d'une communication transversale cohérente, éviter les propos contradictoires des différents intervenants, éviter communication morcelée des différents intervenants de la périnatalité vers les soignées;

– améliorer niveau d'informations et de consentement(épisiotomie, induction, césarienne);

– la diminution du taux d'épisiotomie a été obtenue par exemple par sensibilisation à la thématique et en donnant l'occasion aux médecins de constater leur chiffre par rapport à la moyenne du service;

– climat de confiance;

– éviter les représentations discordantes via débriefing et accueil des projets de naissance;

– pouvoir répondre à la demande de démédicalisation et d'autonomie;

– anticipation et accueil des patientes qui souhaitent un accouchement à domicile.

Pour la spécificité psychique de la grossesse:

– pouvoir prendre en considération les aspects psychiques propres de la période périnatale (formations);

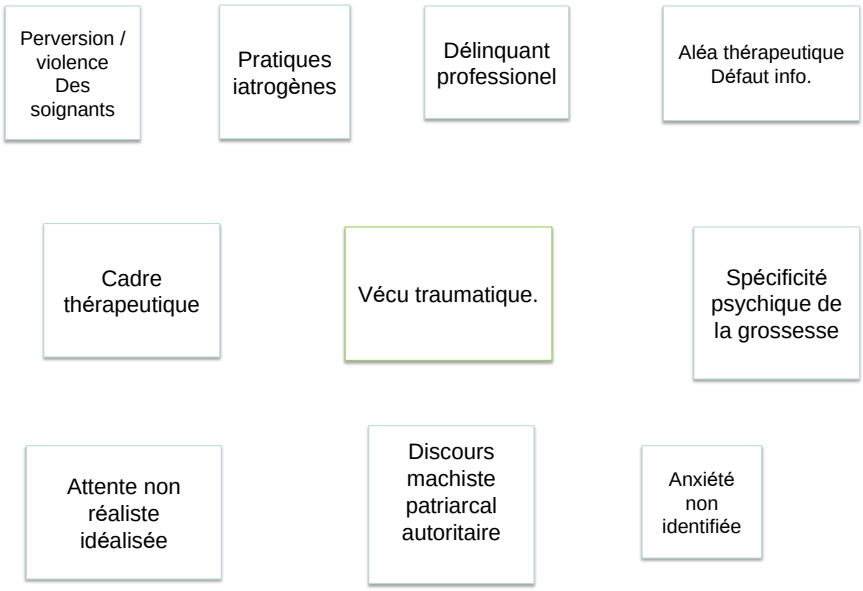
– nécessité d'un travail collaboratif et transdisciplinaire avec les psychothérapeutes et les psychiatres;

– anticipation et dépistage des situations à risque au niveau familial ou individuel.

Pour les aléas thérapeutiques:

– il s'agit de situations vécues en urgence et dont l'issue peut-être dramatique ou non;

– réalisation de débriefing / apprentissage par la simulation.



*

* *

V. AUDITIONS DU 9 MAI 2022

- Mme Céline Landuyt et Mme Sophie Fraschina, co-présidentes de l'Association francophone des doulas de Belgique;
- Mme Dominique Roynet, médecin généraliste au sein du planning familial de Rochefort et précédemment enseignante;
- Mme Sophie Evrard et Mme Milena Jarosik, responsables pédagogiques du département paramédical de la Haute école de Namur-Liège-Luxembourg (Hénallux).

A. Exposé de Mme Céline Landuyt et Mme Sophie Fraschina, Association francophone des doulas de Belgique (AFDB)

1) Le rôle de la doula

Mme Landuyt débute son intervention par quelques explications sur la profession de doula. La doula apporte un soutien non-médical lors des différentes transitions de vie. C'est une personne qui porte l'espace des différents passages de la vie, de la naissance à la mort. Elle accompagne les femmes et leur entourage sur toutes les périodes de la vie: la puberté, le désir d'enfant, la grossesse, la naissance, la période postnatale, le deuil, la ménopause et la fin de vie. C'est surtout dans le domaine de la périnatalité qu'elle est le mieux connue mais de plus en plus de femmes font appel à une doula pour les accompagner dans d'autres périodes charnières.

Le rôle de la doula est avant tout d'être dans une démarche d'écoute bienveillante, d'information sans parti pris, de mise en réseau, d'ouverture du champ des possibles pour permettre à chaque femme de vivre et d'intégrer son expérience de vie en toute dignité et dans le respect de ses droits.

2) L'Association francophone des doulas de Belgique

L'Association francophone des doulas de Belgique a été créée en 2008 et est la seule association professionnelle de doulas en Belgique francophone. Elle compte aujourd'hui environ nonante membres qui viennent d'écoles et de centres de formation d'horizons divers et variés ce qui amène une grande richesse dans l'association. Une charte commune reprend l'éthique et les valeurs selon lesquelles les doulas s'engagent à travailler.

3) L'AFDB et ses réseaux

L'association travaille en réseau et en partenariat, notamment avec la *Vlaamse Federatie van doula's* (29), et le *European Doula Network* (30) mais aussi avec les différents intervenants de la périnatalité. L'intervenante précise que les doulas sont des professionnelles non-médicales de la périnatalité. Elles travaillent avec les acteurs du monde médical et paramédical, avec des acteurs sociaux et éducatifs ainsi qu'avec les associations et initiatives citoyennes dans l'optique d'accompagner la femme et son entourage.

4) La charte de l'AFDB

Mme Landuyt présente quelques points clefs de la charte commune de l'AFDB. Ce document est signé par chaque membre lors de l'adhésion à l'association:

1. le premier point concerne l'accompagnement par une doula qui se veut strictement non médical. À ce titre, la doula utilise un vocabulaire adapté à sa pratique. Elle ne remplace aucun acteur de la périnatalité, que ce soit un acteur médical, social ou autre. Dans le cadre d'un accompagnement périnatal, une doula n'accompagne dès lors pas les mères ou couples qui ne seraient pas suivis par une sage-femme ou un médecin. La

(29) *Vlaamse Federatie van doula's*, voir: *https://dedoula.be/*.
(30) *European Doula Network*, voir: *https://www.europeandoulanetwork.org/*.

doula accompagne les parents dans la continuité en les soutenant dans leur cheminement et dans la recherche d'informations. Elle respecte dans tous les cas les décisions de la femme et du couple;

2. un des buts premiers de la doula est d'informer les parents, notamment sur sa pratique et sur les choix possibles. Elle oriente les parents vers les professionnels ou associations appropriés. Lors des rencontres prénatales, la doula encourage les parents à s'informer et à poser des questions aux professionnels de la santé qui assurent leur suivi. Les doulas travaillent dans le respect des compétences de chacun en essayant de créer un lien de confiance et ce, en gardant toujours à l'esprit le bénéfice des parents;

3. les doulas s'engagent à se former en permanence. Pendant la période de la Covid-19 par exemple, la formation continue des doulas s'est avérée être une nécessité compte-tenu de l'évolution des pratiques de travail et de l'impératif d' assurer ce travail dans des contextes spécifiques.

5) L'approche des doulas par rapport à la problématique des violences gynécologiques et obstétricales

L'intervenante indique que les doulas sont confrontées aux violences gynécologiques et obstétricales de différentes manières:

- premièrement, en tant qu'accompagnantes des femmes, les doulas sont des personnes de confiance à qui les femmes confient leurs histoires, leur vécu et leur souffrance pendant la période périnatale;

- deuxièmement, en tant qu'accompagnantes des femmes, les doulas sont témoins directs des VGO subies par les femmes lors des visites prénatales, des naissances et des visites en post-partum;

- troisièmement, en tant que femmes, mères, elles ont elles-mêmes subi des violences gynécologiques et obstétricales (même si, à cette époque, ce terme n'était pas encore utilisé);

- quatrièmement, en tant que doulas, professionnelles non médicales de la périnatalité, elles sont parties prenantes d'un système global d'accompagnement des femmes qu'elles estiment violent. Puisque les doulas travaillent régulièrement dans les milieux hospitaliers, elles peuvent être amenées à évoluer dans ce système de soins qui s'avère violent, selon Mme Landuyt. Pour les doulas, il est compliqué de se positionner car elles sont à la fois dans le système et à la fois en dehors de celui-ci.

L'intervenante ajoute qu'il est complexe pour les doulas de savoir comment gérer les témoignages de violences gynécologiques et obstétricales et quelles suites peuvent y être données (plaintes, traumatismes, etc.). Ces dernières années, les doulas ont été conscientisées de l'existence de ces violences et ont la volonté de s'informer, se former et lutter contre ces dernières.

Les mécanismes ou les leviers de changement qui pourraient être actionnés pour réduire les VGO, selon, selon Mme Landuyt:

- placer la femme et le bébé au centre des pratiques de soins;

- travailler un nouveau paradigme des naissances, et de l'accompagnement des femmes en leur faisant confiance;

- favoriser le principe «une doula – une sage-femme»;

- revoir la prise en charge gynécologique et obstétricale des femmes depuis leur puberté jusqu'à leur fin de vie;

- valoriser des pratiques extrahospitalières, y compris la non hiérarchisation des savoirs et la valorisation de la complémentarité. En effet, pouvoir valoriser leur place en tant qu'accompagnatrices non-médicales représente une lutte pour les doulas;

- inciter à la transparence des pratiques, à la fois des mauvaises, mais également des bonnes pratiques, qui ne sont pas toujours connues tandis qu'elles peuvent constituer des modèles d'approches alternatives;

- informer les femmes représente également un élément clef. Elles sont souvent peu informées, et ce pour différentes raisons liées notamment à leur situation socio-économique, à leur origine étrangère, à l'absence

d'un réseau en Belgique, etc. Bien que l'information existe, elle n'est pas nécessairement rendue accessible aux femmes;

- prôner une politique des soins plus cohérente suite à l'éclatement des compétences en Belgique. Mme Landuyt estime important d'investir dans les acteurs de la société civile notamment à travers les associations, comme l'AFDB, mais également les associations de femmes et de mères qui mettent en place de nombreuses initiatives intéressantes et porteuses. Des espaces neutres où les personnes concernées peuvent poser des questions et se sentir légitimes devraient dès lors voir le jour;
- et, enfin, suivre le cadre existant, comme par exemple la loi relative aux droits du patient (31) ainsi que les recommandations formulées par la Plateforme citoyenne pour une naissance respectée (32).

6) Les engagements de l'AFDB

Parmi les différentes activités et actions de l'AFDB, sont organisées des séances d'informations pour les parents et les futures doulas. Lors de ces séances, les participants sont conscientisés des violences gynécologiques et obstétricales.

L'AFDB a également organisé deux salons «Bien Naître». Il s'agit de salons alternatifs où les parents peuvent rencontrer des acteurs de la périnatalité qui travaillent en toute bienveillance. L'association souhaite davantage s'investir dans des projets qui visent l'information, le droit à l'autodétermination et la lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales en collaboration avec différents acteurs et secteurs par le biais:

- d'une présence dans des groupes de réflexion;
- d'un soutien à la création de maisons de naissance;
- d'un relais des actions de plaidoyers;
- de stand d'informations;
- de séances d'informations;
- de formations continues;
- etc.

L'AFDB s'engage également à travailler en réseau au niveau de la Belgique mais aussi au niveau européen via le réseau européen des doulas (*European Doula Network*).

B. Échange de vues

Mme Durenne s'interroge sur la formation des doulas. L'AFDB ne dispense pas de formations pour devenir doula. Elle recense par contre les formations théoriques qui reprennent certains thèmes bien précis demandés par l'AFDB. La membre souhaiterait connaitre ces thèmes et si la communication avec les patientes et leurs proches en fait partie. Cela sous-entend-il qu'il existe nombre d'autres formations et, par conséquent, des doulas mieux formées que d'autres?

En réponse à la première question, Mme Fraschina précise que le site de l'AFDB recense différentes écoles qui proposent des formations dans le monde francophone. Les formations théoriques abordent les thèmes suivants: le rôle de la doula, la communication non-violente ou l'écoute active. Sont reprises également: des formations liées à la périnatalité telle que la physiologie du post-partum, la physiologie de l'allaitement et les relais vers les professionnels adéquats. Des contenus plus spirituels et ritualisés font également partie des formations des doulas. La formation pratique s'effectue lors de stages à l'issue de certaines formations. Par ailleurs, l'AFDB propose des possibilités de stage pour ses futurs membres.

---

(31) Loi relative aux droits du patient (22 aout 2002): *https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/08/22/2002022737/justel*.
(32) Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, voir: *https://www.naissancerespectee.be/*.

Mme Durenne évoque le site web de l'AFDB, qui mentionne des statistiques selon lesquelles la présence d'une doula lors de l'accouchement permet la diminution du taux de césariennes, une réduction de 60 % des demandes de péridurales et de 25 % du temps de travail, etc. La membre s'interroge sur les moyens par lesquels les doulas parviennent à arriver à ces résultats.

Mme Fraschina précise que ces statistiques proviennent des recherches de Marshall Klaus et John Kennell, chercheurs en médecine, qui ont effectué les premières études scientifiques randomisées sur les effets de la présence d'une doula lors de l'accouchement (33). Selon ces recherches des effets bénéfiques à plusieurs niveaux ont cours lors de la naissance et la présence de la doula permet de réduire l'incidence de certains actes:

- 50 % de diminution du taux de césariennes;
- 25 % de réduction du temps de travail;
- 60 % de réduction de demandes de péridurale;
- 40 % de réduction d'usage d'ocytocine;
- 30 % de réduction de recours à un analgésique;
- 40 % de réduction de l'utilisation de forceps;
- moins de dépression post-partum;
- une meilleure expérience d'allaitement.

Mme Durenne rappelle que les auditions au sujet des violences gynécologiques et obstétricales font partie des travaux du comité d'avis voué à l'égalité entre femmes et homme, d'où sa question: les doulas sont-elles toujours ou forcément des femmes? Elle constate que les hommes sont visiblement largement minoritaires. Elle se demande si cette réalité pouvait changer à terme et si les intervenantes estiment que ce serait une évolution positive.

À l'heure actuelle, tous les membres de l'AFDB sont des personnes qui s'identifient en tant que femme. Cependant, dans les formations qui sont en cours, des hommes ont manifesté un intérêt pour le métier de doula. Ce métier n'étant pas réservé aux femmes, les intervenantes estiment que ce serait une plus-value de voir des hommes effectuer ce métier.

Mme Ryckmans a retenu de la présentation l'évocation de la transparence sur les pratiques médicales. Elle s'interroge sur les recommandations que les intervenantes feraient à cet égard.

Mme Landuyt rappelle que certaines données chiffrées sont déjà publiées, mais qu'il serait utile de ventiler ces chiffres davantage par type de praticien, par maternité, etc. Mme Landuyt affirme que certains hôpitaux sont plus transparents que d'autres à cet égard. Elle plaide pour plus de transparence au bénéfice de l'intérêt public et pour la diffusion des bonnes pratiques. La transparence devrait couvrir également des informations relatives aux motifs du choix de certains types d'actes (para-)médicaux.

Mme Ryckmans souhaite connaître les conditions requises à la présence des doulas lors des accouchements dans les différents milieux (domicile, hôpitaux, maisons de naissance) et la manière dont cette présence se formalise. Elle s'interroge également sur la perception du corps médical de la présence des doulas et de leur travail. et si ces dernières ont la possibilité de formuler un retour sur ce qui s'est passé lors de la naissance, éventuellement conjointement avec les personnes du monde médical qui y ont assisté.

Comme indiqué lors de la présentation de la charte de l'AFDB, les doulas-membres refusent d'accompagner des accouchements sans la présence de personnel médical. Les conditions à la présence des doulas lors de l'accouchement varient en fonction du lieu de l'accouchement. Certains hôpitaux exigent une rencontre préalable, d'autres la signature d'une convention et d'autres ne la formalisent pas.

Le bilan avec les personnes présentes s'opère assez naturellement quand l'accouchement a lieu à domicile ou dans une maison de naissance étant donné les contacts rapprochés avec les sage-femmes. Or, la plupart du temps les doulas accompagnent les accouchements en milieu hospitalier et dans ce cas, il est plus compliqué

---

(33) John Kennell, MD; Marshall Klaus, MD; Susan McGrath, PhD; *et al.*, *Continuous Emotional Support During Labor in a US Hospital – A Randomized Controlled Trial*, voir: *https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/385782.*

de formuler un retour puisque les sage-femmes sont souvent indisponibles car occupées à d'autres tâches. Les doulas sont demandeuses de ce *feedback* afin de pouvoir interroger le personnel soignant. Elles effectuent toutefois un bilan de l'accouchement avec les parents. Si des questions médicales émergent, les doulas orientent les parents vers les services médicaux appropriés pour éventuellement consulter leur dossier médical ou pour entrer en contact avec les services de médiation de patient, le cas échéant.

Mme Masai s'interroge sur les bonnes pratiques qui sont parfois peu connues, tel que mentionné lors de l'intervention de Mme Landuyt et Mme Fraschina. Elle demande aux intervenantes de citer les pratiques à mettre en avant pour permettre que davantage d'accouchements se déroulent dans la bienveillance.

Mme Fraschina souligne l'importance pour la femme de pouvoir investir les lieux de l'accouchement comme elle le souhaite, de pouvoir s'y sentir en sécurité et de respecter son intimité. Elle recommande le respect du principe «une sage-femme dédiée à une seule femme», qui a manifestement un effet bénéfique sur le déroulement de l'accouchement. D'autres bonnes pratiques auxquelles les intervenantes ont assisté sont, entre autres, de ne pas toucher ni la vulve ni le périnée, ni la tête du bébé lors de l'accouchement.

C. Exposé de Mme Dominique Roynet, planning familial de Rochefort

Mme Roynet est médecin généraliste et travaille depuis quarante-deux ans au sein d'un centre planning familial qui pratique des interruptions volontaires de grossesses. Elle exerce donc au quotidien la gynécologie extrahospitalière. Elle a également eu durant quinze ans une charge de cours à l'ULB au sein du département de médecine générale où elle enseignait aux futurs généralistes la santé sexuelle et reproductive des femmes. Dans le cadre de ce cours, Mme Roynet enseignait un chapitre intitulé «maltraitance, bientraitance – malveillance, bienveillance». À ses yeux, une des seules réponses à la maltraitance est la bientraitance. Si un soignant ne prend pas soin d'apprendre les gestes, comportements et mots de la bienveillance, il n'y parviendra pas de lui-même. Cette formation à la bientraitance doit, de surcroit, à ses yeux, débuter le plus tôt possible dans le cursus.

Mme Roynet entame son intervention par le mots suivants: «La bientraitance, c'est bon pour la santé, c'est bon pour le moral, et c'est bon pour tout le monde.» Cette bientraitance est, selon elle, bénéfique pour les patientes mais également pour les praticiens. Elle est interpellée ces derniers temps de constater à quel point les praticiens sont sur la défensive concernant la question des violences gynécologiques et obstétricales. La plupart des accusations de maltraitance ou de malveillance débouchent essentiellement sur des attitudes de défense et non sur la remise en question des pratiques. La notion de bientraitance implique aussi la discussion et la communication bienveillantes avec les soignants qui, elle en est convaincue, ne sont pas maltraitants ou malveillants intentionnellement. Elle estime cependant que les personnes faisant preuve de comportements ou de gestes de maltraitance se trouvent véritablement dans un déni d'intention et de réalité, mais ne sont pas pour autant sadiques.

L'intervenante indique qu'elle structurera son exposé en quatre points. Elle abordera la formation des soignants médecins à l'entame des études de médecine mais aussi lors de la spécialisation en gynécologie obstétrique. Enfin, elle souhaiterait s'attarder sur la nécessité d'organiser une formation spécifique à la gynécologie médicale extrahospitalière; formation qui n'existe pas à ce jour en Belgique. Ce type de formation serait, selon elle, l'une des pistes à envisager pour lutter contre les VGO.

1) Á l'entame des études

Selon Mme Roynet, l'adage qui prône que «tout se joue avant six ans» chez les enfants est applicable dans le contexte des études en médecine. Effectivement, les point suivants prédisposent à une absence de bienveillance chez les étudiants. Il s'agit de repérer les risques inhérents:

– en ne quittant jamais les rails sécurisés de l'école à l'hôpital: c'est le cas notamment de beaucoup de médecins spécialistes qui passent des secondaires aux études supérieures et à l'université puis à l'hôpital sans jamais côtoyer d'autres structures ou milieux. Autrement dit, ils ignorent les conditions de vie de la plupart des personnes et surtout des plus défavorisés. Cette limite est très claire à la médecine sociale. Or, la conviction de Mme Roynet réside dans le fait qu'aucune médecine ne peut préexister sans dimension sociale;

- en formant des médecins légitimés à une relation de dominant-dominé: le médecin est celui qui sait et qui est consulté pour son savoir. Le patient est celui qui ne sait rien, a mal et a peur. Dans ces conditions, il est particulièrement aisé d'instaurer une relation de dominant-dominé. Mme Roynet y reviendra par la suite mais indique que les études de médecine sont une véritable machine à broyer les étudiants. Seuls les plus résistants, ceux qui sont les plus enclins à avoir une position de dominant, deviendront médecins;
- en apprenant son métier dans des systèmes maltraitants: il est essentiel aussi pour les étudiants de repérer ces systèmes maltraitants dans lesquels ils vont évoluer. Mme Roynet abordera ce sujet plus en détails par la suite;
- en devenant soi-même maltraité-maltraitant: en étudiant et évoluant dans un système maltraitant et après avoir été maltraité durant de nombreuses années, le risque est grand de devenir soi-même maltraitant. Il est donc nécessaire de conserver à l'esprit ce genre de scenario pendant toute la durée des études de médecine.

2) Les systèmes maltraitants

Tous les systèmes peuvent devenir maltraitants que ce soient les hôpitaux, les écoles, les familles, les clubs sportifs, etc. Les facteurs qui conduisent un système à devenir maltraitant sont divers. Tout d'abord, lorsque les intérêts de ce système passent avant les intérêts des humains qui le composent, Mme Roynet estime alors que le risque de maltraitance devient important. Dans le cas où il n'existe aucune culture de la bientraitance au sein de ces systèmes, le facteur de risque est également accru.

Les systèmes à risque de maltraitance sont des systèmes fermés sur eux-mêmes avec peu ou pas de contrôle extérieur. Dès lors, ce sont des systèmes autoritaires, hiérarchisés, hyper-contrôlants avec une gestion opaque des conflits, des manipulations, des dissimulations, une communication codée (mode de communication entre les gens du système qui ne sont comprises que par eux) et enfin, usant d' injonctions paradoxales. On retrouve souvent ces caractéristiques dans les hôpitaux, même si ce n'est pas une généralité. Mme Roynet ajoute que lorsque les responsables sont bienveillants, les équipes font de même. En revanche, lorsque le chef fait preuve de malveillance, l'ensemble des équipes agissent de manière identique, à tous les niveaux.

La maltraitance peut également émerger dans des systèmes considérés comme trop ouverts. Ceux-ci sont caractérisés par une dilution de l'autorité et des responsabilités, une absence de rôles et de fonctions claire avec confusion entre les deux et enfin, par l'absence de gestion des conflits. Les hôpitaux, mais aussi le secteur associatif, par exemple, peuvent être identifiés comme des systèmes ouverts.

De plus, les systèmes qui «manquent de quelque chose» sont aussi des systèmes à risque. Leur font par exemple défaut: les ressources, les moyens financiers, les compétences, les formations, l'organisation ou la transparence. Ils sont composés de personnes peu considérées, peu qualifiées, peu rémunérées ou peu reconnues. De même, lorsque ces systèmes manquent de lieux d'écoute, de communication, de sécurité ou de réassurance, le risque de devenir maltraitants est dès lors important.

Mme Roynet rappelle que lorsqu'un individu a fonctionné au sein d'un système maltraitant et qu'il a été lui-même maltraité dans ce système, il y a de hauts risques qu'il le devienne lui-même par la suite. Elle étaye ses propos par l'exemple suivant: un patient ou une patiente est hospitalisé ou hospitalisée et séjourne dans une chambre. Entre le médecin, généralement le chef de clinique, suivi par de nombreuses personnes en blouses blanches parmi lesquelles les adjoints, assistants et étudiants en médecine. Ils sont généralement entre cinq et dix et s'approchent du patient ou de la patiente. Personne ne se présente. L'un d'entre eux soulève le drap recouvrant le patient ou patiente et éventuellement palpe. Le drap est reposé sur le corps du patient ou de la patiente et tous quittent de la chambre sans peu adresser la parole. La première fois que l'étudiant en médecine assiste à cela, il est choqué. La seconde et la troisième fois, il est toujours choqué mais dans une moindre mesure. La quatrième ou cinquième fois, il n'est plus choqué du tout; et la dixième fois, il le fera lui-même. Ce scenario est, selon l'oratrice, quasiment prévisible. Il est donc primordial de penser la bientraitance avant que les étudiants ne parviennent à ces stades. Mme Roynet est persuadée que la formation de base des médecins doit prévoir des cours de philosophie, de psychologie, voire d'autres sciences sociales. À ce jour, ces matières sont inexistantes dans le cursus formatif des médecins.

Dans l'enseignement spécifique de la gynécologie et obstétrique, des cours de psychologie, d'éthique et de sexologie devraient également enrichir le cursus. L'intervenante déplore que les gynécologues ignorent les

fondamentaux de la sexologie alors que leurs pratiques touchent à ce qu'il y a de plus intime chez les femmes et les couples. Il est primordial, par ailleurs, d'apprendre les comportements, les gestes et les mots qui caractérisent la bientraitance. De plus, Mme Roynet est convaincue, que chaque soignant, qu'il soit femme ou homme, devrait questionner le paternalisme, le sexisme, le racisme, les préjugés de toutes sortes et l'homophobie dans ses comportements et procéder à une auto-critique.

3) Favoriser la bientraitance

Les comportements de la bientraitance qui peuvent être enseignés aux étudiants sont, par exemple, les suivants:

- se présenter et s'identifier auprès des patients afin d'éviter toute attente ou inquiétude de leur part;
- éviter l'écran d'ordinateur entre le praticien et le patient ou la patiente. Actuellement le dialogue singulier se déroule entre trois composantes: le médecin, son ordinateur et le patient ou la patiente; avec le regard du médecin oscillant de l'ordinateur au patient. Mme Roynet recommande de ne pas placer l'ordinateur entre le praticien et le patient ou la patiente;
- regarder, écouter et croire les patients;
- laisser parler le patient ou la patiente;
- faire confiance;
- être gentil sans être paternaliste;
- respecter l'autre (dans son histoire, sa dignité, sa singularité);
- ne pas présumer qu'on a tout compris;
- s'assurer du consentement éclairé de son interlocuteur ou interlocutrice et s'assurer que le consentement donné est le fruit de sa compréhension. Mme Roynet évoque à cet égard la Commission fédérale droits du patient qui peut recueillir toute plainte vis-à-vis d'un soignant;
- reconnaitre les attitudes sexistes, autoritaires, humiliantes, etc.

Mme Roynet poursuit son intervention en identifiant les gestes de la bientraitance en gynécologie. Ceux-ci consistent en (liste non-exhaustive):

- positionner les tables d'examen face à un mur et non face à une porte ou une fenêtre: lorsqu'une femme se prépare à un examen et se trouve sur une table de gynécologie face à une porte, l'inconfort est important;
- proposer un champ pour couvrir les cuisses pendant l'examen;
- ne pas regarder (ou laisser voir) une femme qui se déshabille: un espace intime, derrière un paravent, permet à la patiente de se déshabiller en toute quiétude;
- ne pas entrer dans la bulle d'une femme par sa sphère gynécologique: la bulle représente cette sécurité informelle existant autour de soi qui varie selon les personnes. Entrer dans la bulle d'une patiente via sa sphère gynécologique est particulièrement intrusif alors qu'il est possible d'entrer dans cette bulle en approchant latéralement pour, par exemple, palper son abdomen. Ce sont certes des petits gestes, mais qui permettent de grands progrès vers la bientraitance;
- réchauffer les spéculums avant l'examen pour éviter cet inconfort connu de toutes les patientes;
- expliquer en quoi va consister l'examen et les gestes qui seront posés;
- ne pas forcer un vaginisme (fermeture réflexe du vagin) qui est très souvent l'expression, soit d'une violence sexuelle ou gynécologique, soit d'une grande peur. Lorsqu'on force un vaginisme, on l'aggrave sans nulle doute. L'expression habituelle entendue par toutes les femmes «détendez-vous Madame», ne servira jamais à relâcher un vaginisme;
- refuser de faire mal: par exemple en refusant de poser un stérilet sans anesthésie.

Tous ces gestes basiques permettent la bientraitance dans la pratique de la gynécologie courante et ordinaire de consultation.

Dans le même ordre d'idées, les mots de la bientraitance sont, entre autres:

- reconnaître les mots blessants, moqueurs, dénigrants;
- éviter les remarques relatives au physique (trop ou pas assez de poids, trop forte pilosité, etc.) qui peuvent être blessantes. Le rapport au corps est particulièrement cru durant les examens gynécologiques. Les femmes sont en effet sans défense dans les rapports à leur corps durant ces examens. Les mots choisis et leur expression présentent donc une importance à ne jamais négliger;
- ne pas reprendre une faute de français, de syntaxe;
- éviter de couper la parole;
- éviter le présupposé hétérosexuel;
- accepter les non-dits, l'indicible;
- éviter l'inutile: «détendez-vous Madame».

4) Formation à la gynécologie médicale extrahospitalière

Mme Roynet estime qu'une formation à la gynécologie médicale extrahospitalière serait extrêmement importante à mettre en place en Belgique. Il s'agit d'une gynécologie non chirurgicale et non obstétricale. Elle est pratiquée en première ligne de soins dans les centres de planning familial ou en maisons médicales et est une gynécologie accessible à tous, peu onéreuse, géographiquement et temporellement accessible. Pour rappel, actuellement, les délais d'obtention d' un rendez-vous en gynécologie en hôpital sont de plusieurs mois. En privé, les délais sont plus courts mais c'est également beaucoup plus coûteux.

La gynécologie médicale extrahospitalière représente une possibilité de répondre à cette problématique des violences gynécologiques et obstétricales qui est de plus surtout intrahospitalière. Cette formation existe en France, à cela près qu'elle ne doit pas être reproduite à l'identique dans notre pays. Le but du propos de Mme Roynet étant de former des gynécologues médicaux qui travaillent dans des structures externes aux hôpitaux.

Mme Roynet souligne qu'au sein des quatre-vingts centres de planning familial en Wallonie, les trois quarts ne disposent pas de médecin ou ont des médecins généralistes qui ne possèdent pas de formation en gynécologie-obstétrique. Pour rappel, les centres de planning familial sont des structures médicales, de prévention et d'accueil bienveillants, subventionnés, de proximité, avec un public potentiellement important et qui ne permettent malheureusement pas d'être utilisés sur le plan médical par manque de médecins formés.

La gynécologie apprise dans le cursus universitaire des étudiants en médecine ne correspond pas à la gynécologie extrahospitalière. Mme Roynet évoque les structures hospitalières bruxelloises qu'elle connait tels que l'Hôpital Erasme, le CHU Saint Pierre ou encore le CHU Brugmann. Dans ces hôpitaux, un étudiant en stage de gynécologie durant trois mois n'aura la possibilité de poser un speculum qu'à cinq reprises tout au plus. Dans ces conditions, l'intervenante s'interroge sur la manière dont un étudiant en médecine pourrait apprendre à poser un speculum ou procéder à un frottis de col de l'utérus. Ce genre de gestes doivent être enseignés et appris au sein d'un programme précis qui, au demeurant, ne demanderait pas beaucoup de moyens. D'autant qu'il existe suffisamment de structures extrahospitalières en Belgique (polycliniques, CPF, etc.) pour effectuer des stages intéressants dans le cadre de cette formation.

D. Exposé de Mme Sophie Evrard et Mme Milena Jarosik, département paramédical de la Haute école de Namur-Liège-Luxembourg (Hénallux)

Afin de répondre aux questions du Sénat, les intervenantes ont réalisé une analyse AFOM (atouts, faiblesses, opportunités et menaces) du cursus de sage-femme enseigné au sein de la haute école de Namur-Liège-Luxembourg (Hénallux). Pendant leur intervention, elles ne s'attarderont pas au contenu de la formation dans son entièreté, mais se focaliseront sur les éléments en lien avec les violences gynécologiques et obstétricales ainsi que l'autodétermination. L'infographie ci-dessous est projetée en séance:

FORCES

- **B1: Consentement libre et éclairé** (Loi du patient, 2002) intégré dans les techniques de soins, Loi qualité, accompagnement de la douleur de la naissance (non-pharmacologique et pharmacologique)
- **B2:** Soins de santé primaire, **handicap**
- **B3:** Débat sur les violences obstétricales, violences conjugales, MGF, etc.
- **B4**: Publics **«Vulnérables»**
- **Transversalité dans les différentes unités de cours:**
  - Interculturalité, communication, approche holistique de la femme, Soins respectueux (OMS, 2022), communication patiente/sage-femme **(autodétermination)**
  - Diversité des cas de simulations
  - *Evidence-based*
  - Santé mentale: VGO sont identifiées comme ayant un impact sur la santé mentale lors de la naissance par césarienne, etc.
  - Éducation à la santé: **autodétermination**
  - Débriefing des stages en nationaux et internationaux partage des bonnes pratiques

FAIBLESSES

- contenus peu développés:
  - **LGBTIQA+**
  - Partenariat pluridisciplinaire et en réseau
  - Notion de genre et approche intersectionnelle
  - Littéracie en santé: **autodétermination**
- Situations cliniques: peu de diversité dans les profils: **LGBTIQA+, handicap, publics vulnérables**.
- **(peu développé)**
- Formation des enseignantes et enseignants en genre, communication, MGF, interculturalité, etc.

OPPORTUNITÉS

- Collaborations Cepip, «*Born in Belgium*»
- **Reflexion masterisation** d'où valorisation l'autonomie de la sage-femme, *leadership*, travail en réseau, décision Clinique. Ce qui permettra le *soutien* (*advocacy*) *des femmes*, afin de développer l'auto détermination, droits des LGBTQ, etc.

MENACES

- Peu de mise en pratique lors de stages du soutien à l'autodétermination des femmes (protocoles, etc.)
- Financement à l'acte des accouchements (prix de l'acte différent gynéco *vs* sage-femme)
- Limitation de l'autonomie de la sage-femme
- Temps hospitalier >< Temps de la naissance
- Méconnaissance et manque de visibilité de la profession auprès de la population belge
- Place du genre dans la société (patriarcat)
- Baccalauréat en quatre ans (niveau 6 européen)

1) Les forces

Mme Jarosik énumère les éléments qui constituent les forces de la formation de sage-femme au sein de l'Hénallux. Les deux premières années sont consacrées aux aspects physiologiques et eutociques de la naissance. Les aspects pathologiques sont enseignés dans un deuxième temps. Mme Jarosik indique que, dès la première année, l'accent est mis sur le consentement libre et éclairé. Cette démarche est importante pour ne pas dissocier, dans les enseignements et la pratique, l'acte du soin et le consentement. Dès la première année, l'accompagnement de la naissance et la gestion de la douleur de façon (non-) pharmacologique sont au cœur des enseignements. En deuxième année, les étudiants et étudiantes peuvent réaliser des stages dans des milieux extrahospitaliers. Cette «sortie» des hôpitaux permet aux stagiaires d'aller à la rencontre des familles, de se rendre compte des besoins réels du terrain et ce, dans une approche holistique. Durant cette même année, la question du handicap est abordée. Les violences gynécologiques et obstétricales sont traitées en troisième année lors des cours de communication. La quatrième année aborde, quant à elle, la question des publics vulnérables dans les situations cliniques.

Tout au long du cursus, des thèmes en lien avec les VGO et l'autodétermination sont abordés de façon transversale. Cette approche n'est pas manifeste vu les habitudes existantes de travailler «par tiroir». C'est pourquoi les coordinatrices pédagogiques du cursus de sage-femme veillent à une approche intégrée des soins sans dissocier la femme de son enfant et de la famille.

Mme Jarosik énumère les aspects transversaux qui sont traités au sein des cours:

– l'interculturalité, la communication, l'approche holistique de la femme, la communication patiente-sage-femme et l'autodétermination. Les différents modèles de soins de l'OMS concernant les soins respectueux en périnatalité sont enseignés (34) (35);

– la diversité dans les cas de simulations de situations cliniques. Dans certains cas, des doulas y participent;

– tous les actes techniques sont vus sous l'angle de l'*evidence-based*. Cette approche est illustrée par la présentation d'un schéma reprenant la famille et la femme, le praticien et les recherches nouvellement publiées;

– la formation comprend également un volet concernant la santé mentale de la femme: les violences gynécologiques et obstétricales sont identifiées comme ayant un impact sur la santé mentale, par exemple lors de la naissance par césarienne. L'intervenante cite des chiffres français qui démontrent que le suicide est la deuxième cause de mortalité maternelle dans la première année après la naissance de l'enfant (36);

– les cours d'éducation à la santé ont lieu durant les différentes années du cursus. Le sujet de l'autodétermination y est abordé;

– un nombre d'heures de cours est dédié au compte-rendu des stages nationaux et internationaux ainsi qu'au partage de bonnes pratiques. Les VGO éventuellement observées lors du stage par les étudiant(e)s sont analysées avec l'objectif d'éviter le mimétisme de ces actes par les futures sages-femmes. Les étudiants et étudiantes ont également l'opportunité de témoigner des maltraitances qu'ils ou elles ont éventuellement subies lors du stage.

2) Les faiblesses

Mme Evrard évoque les faiblesses de la formation. Certains contenus sont peu développés. Il s'agit:

– des aspects en lien avec les personnes LGBTQIA+;

– du partenariat pluridisciplinaire et en réseau de soins;

---

(34) Organisation mondiale de la santé, communiqué de presse du 15 février 2018, «Pour que l'accouchement soit une expérience positive, il est essentiel d'apporter des soins individualisés», *https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241550215*.

(35) Organisation mondiale de la santé, *recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*, 30 mars 2022; *https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989*.

(36) Les maladies cardiovasculaires et les suicides premières causes de décès maternels en France en 2013-2015, *https://presse.inserm.fr/les-maladies-cardiovasculaires-et-les-suicides-premieres-causes-de-deces-maternels-en-france-en-2013-2015/41869/*.

– de la notion de genre et l'approche intersectionnelle;

– de la littéracie en santé, c'est-à-dire s'approprier un discours d'éducation à la santé vis-à-vis des femmes.

Selon Mme Evrard, les situations cliniques devraient être plus variées pour inclure davantage de diversité dans les profils, par exemple des personnes LGBTQIA+, des personnes en situation de handicap ou des publics vulnérables.

Le corps enseignant n'a pas eu l'occasion, dans son ensemble, d'être formés dans des sujets tels que le genre, la communication, les mutilations génitales féminines, l'interculturalité, etc.; ces sujets n'étant pas inclus dans leur formation initiale.

3) Les opportunités

Mme Jarosik détaille les différentes opportunités identifiées:

– la collaboration avec le Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP) (37) permet de connaître différentes statistiques de la périnatalité. La collaboration avec la plateforme «*Born in Belgium Professionals*» (38) permet un travail en réseau et des échanges avec les pairs;

– une réflexion autour de la masterisation de la formation a été lancée. Selon Mme Jarosik, un tel processus permettrait d'étendre les champs de compétences afin d'inclure des compétences telles que: le *leadership*, le travail en réseau, la décision clinique, etc. Cet élargissement des compétences permettra de renforcer le plaidoyer en faveur des droits des femmes et de l'autodétermination, des droits des personnes LGBTQIA+, etc.

4) Les menaces

– la première menace concerne le consentement libre et éclairé. Bien que ce principe soit intégré dans le cursus, il n'est pas toujours mis en pratique sur le terrain lors des stages, ce qui crée un écart entre l'enseignement théorique et les réalités de terrain. Les tensions entre le protocole médical et l'autonomie de la femme sont également perturbantes pour les étudiants;

– les risques médicaux-légaux et les craintes des médecins qui guident les pratiques.

5) Recommandations

Mme Evrard termine son intervention en proposant quelques recommandations:

– la masterisation de la formation de sage-femme augmenterait l'autonomie des praticiens. Elle permettrait également d'inclure des sujets supplémentaires dans le cursus tels que le leadership, le plaidoyer en faveur des droits des femmes, etc.;

– le renforcement de la formation continue des sage-femmes: il serait pertinent d'inclure des sujets en lien avec le consentement libre et éclairé, le genre et le droit à l'autodétermination et les violences gynécologiques et obstétricales dans la formation continue (les sage-femmes doivent se former pendant septante-cinq heures tous les cinq ans).

---

(37) Le Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP) est une association sans but lucratif (ASBL) interuniversitaire francophone, voir: *https://www.cepip.be/home.php*.

(38) *Born in Belgium Professionals*, voir : *https://borninbelgiumpro.be/fr/*.

E. Échange de vues

À l'attention de Mme Roynet qui rencontre des personnes issues de milieux socio-économiques divers, Mme Durenne souhaiterait savoir si elle constate une différence de traitement de la part du personnel soignant vis-à-vis des patientes précarisées.

Mme Roynet indique que, selon elle, les patientes issues de milieux précarisés sont effectivement moins bien traitées que d'autres. Les raisons sont multiples à ce constat. Ces patientes, de par leur statut précarisé, sont notamment forcées de fréquenter les hôpitaux puisqu'elles n'ont pas les moyens de s'adresser à des structures privées.

Mme Durenne a retenu des différentes auditions que les relations entre le personnel soignant et les patientes souffrent parfois d'un déficit de communication. Elle s'interroge sur l'attention accordée par Hénallux à cet aspect et se demande si le cursus a évolué positivement avec le temps sous l'angle de la communication.

Mme Evrard précise que le cursus comprend des cours de psychologie, sociologie, philosophie et anthropologie lors desquels la communication entre les soignants et les patients est abordée, y compris la communication non-violente et l'interculturalité. À cet égard, des séances de simulation et des interviews avec des personnes physiques sont organisées. Il y a également un partenariat avec les médiatrices et médiateurs interculturels des hôpitaux.

Mme Ryckmans constate que les représentantes d'Hénallux mettent en avant la «masterisation» de la formation de sage-femme. Elle se demande si ce processus qui rendrait la formation des sage-femmes plus importante, plus longue et plus complète permettrait également de résoudre les faiblesses et menaces évoquées lors de l'exposé. Par ailleurs, elle souhaite savoir comment les contenus abordés dans les forces du cursus peuvent faire partie du socle de base de la formation des sage-femmes tout en respectant la liberté académique.

Mme Jarosik explique que l'Académie de recherche et d'enseignement supérieur (ARES) donne un cadre pour le contenu de la formation, sans pour autant imposer les différents thèmes transversaux qui sont laissés au libre choix pédagogique de l'école (39). Dans tous les cas, l'Hénallux prône une approche intégrée des soins.

Mme Ryckmans souhaiterait connaitre les recommandations de Mme Roynet sur la manière de rendre la formation en obstétrique et gynécologie actuelle plus centrée sur les comportements, gestes et paroles de la bientraitance tels qu'identifiés durant son intervention. À défaut de développer une formation spécifique en gynécologie extrahospitalière, le cursus actuel est-il perfectible dans ce sens ou l'intervenante considère-t-elle que c'est inapplicable?

Mme Roynet considère qu'actuellement il est impossible d'entrevoir des modifications dans le cursus de médecine. Des modifications structurelles ou systémiques à l'intérieur des hôpitaux sont impensables dans l'immédiat. Il serait ardu et vain d'essayer de changer ces structures qui sont hospitalo-centrées voire même «hospitalo-universito-centrées».

Mme Masai s'interroge sur l'encadrement des stages qui constituent un moment charnière pour questionner les pratiques du terrain. Elle souhaiterait connaitre les bonnes pratiques en la matière. De plus, elle s'enquiert de la manière dont sont gérés les expériences et retours des stagiaires ainsi que sur l'existence d' organes de concertation ou de représentation des étudiants.

Mme Jarosik évoque l'existence de groupes de travail de stagiaires qui se mettent en place au sein des hôpitaux: ces derniers souhaitent connaître le vécu des stagiaires et identifier des pistes d'amélioration. Par ailleurs, depuis cette année, l'Hénallux a mis en place des évaluations des services hospitaliers par les étudiants. Ainsi, lors des réunions de partenariat entre les écoles et les hôpitaux, la responsable de stage peut relayer les synthèses des stages et indiquer les bonnes pratiques et les points d'attention éventuels. Un autre rôle à ce sujet est pris en charge par les maîtres de formation pratique qui accompagnent les étudiants en stage. Ceux-ci établissent une jonction entre les instituts de formation et les hôpitaux. Ces enseignants peuvent mettre en évidence certaines pratiques non recommandées et se basent sur les principes d'*evidence based*.

---

(39) L'Académie de recherche et d'enseignement supérieur (ARES) est la fédération des établissements d'enseignement supérieur francophones de Belgique. Son rôle est d'assurer la coordination globale de leurs activités et de susciter entre eux le développement de collaborations. Voir: *https://www.ares-ac.be/fr/*.

Les stages quant à eux se veulent très variés: il peut s'agir de stages dans différents lieux en Belgique ou à l'étranger (par exemple en France, avec le programme européen Erasmus+). Cette variété permet d'exposer les stagiaires à des pratiques diverses. Dorénavant, tous les stages étrangers sont encadrés par des enseignants qui sont formés à l'interculturalité afin de combattre les stéréotypes et de gérer les chocs culturels.

Mme Roynet ajoute que pour inciter à plus de diversité dans les lieux de stages, il faudrait éviter que ces derniers ne se déroulent dans des structures hospitalières. La diversification des postes de stages en dehors du réseau hospitalier permettrait, selon elle, que les stagiaires en médecine appréhendent une manière différente de soigner et traiter les patients et patientes. Des hôpitaux périphériques, des polycliniques ou autres structures de ce type leurs permettraient d'être plus proches des personnes.

*

* *

VI. AUDITIONS DU 20 JUIN 2022

– Professeure Anne Delbaere, directrice du service de Gynécologie-Obstétrique et de la docteure Clotilde Lamy, directrice de la Clinique d'obstétrique, Hôpital Erasme, ULB;

– Mmes Greet Jorissen, Kaatje Keppens et Madhi Sysmans, Haute école Thomas More, formation des sages-femmes.

A. Exposé de la professeure Anne Delbaere, service de Gynécologie-Obstétrique et de la docteure Clotilde Lamy, Clinique d'obstétrique, Hôpital Erasme, ULB

Mme Delbaere précise que son domaine d'expertise est la procréation assistée tandis que Mme Lamy est gynécologue obstétricienne. Mme Delbaere interviendra en sa qualité d'enseignante en médecine à l'ULB et tentera de répondre aux diverses questions relatives au cursus des étudiants.

1) La notion de consentement éclairé du patient et droit à l'autodétermination

Ces notions sont abordées en troisième année de bachelier de médecine (bloc 3) dans le cadre du cours de bioéthique et de déontologie. Ces thématiques sont également envisagées en master 2 (bloc 5) dans l'activité d'apprentissage de médecine légale.

L'enseignement de la gynécologie-obstétrique de master 2 (bloc 5) fait partie de l'Unité d'enseignement de gynécologie-obstétrique et génétique. L'enseignement de la gynécologie-obstétrique y est divisé en trois activités d'apprentissage (cours): la gynécologie médico-chirurgicale, l'obstétrique et l'endocrinologie de la reproduction. La notion de consentement et celle de droit à l'autodétermination sont mentionnées spécifiquement au sein des unités d'apprentissage de l'endocrinologie de la reproduction et de l'obstétrique. Le contexte légal concernant le consentement est particulièrement évoqué dans les parties relatives à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ou la procréation assistée.

Des séminaires abordent également ces notions dans les «grandes cliniques» (40) de gynécologie-obstétrique.

En master de spécialité, Mme Delbaere indique que des séminaires abordant une thématique spécifique sont prévus une fois par mois pour l'ensemble des gynécologues-obstétriciens en cours de spécialité. Par exemple, cette année, un séminaire en soirée a été consacré aux transidentités avec trois orateurs invités. Toutefois, ces thèmes plus larges ne sont pas abordés chaque année.

2) Les violences gynécologiques et obstétricales

Les violences gynécologiques et obstétricales ainsi que leurs conséquences sur la santé physique et mentale des patientes sont évoquées en master 2 dans le cours d'obstétrique. Y sont abordées:

– la définition des violences obstétricales;

– l'approche de la problématique dans la littérature scientifique;

– l'inscription dans la loi au Venezuela;

– la définition de l'Organisation mondiale de la santé;

– divers témoignages de patientes;

– etc.

(40) Il s'agit de séances cliniques en petits groupes permettant d'échanger avec les étudiants sur les aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques des affections gynécologiques et obstétricales. Il y a quatre grandes cliniques de trois mois chacune: gynécologie-obstétrique, pédiatrie, chirurgie et médecine interne.

La manière dont les violences obstétricales sont perçues par des soignants est également envisagée par le biais de témoignages. Ceux-ci évoquent avoir vécu ces situations de manière déstabilisante et puis progressivement ont évolué dans la reconnaissance de l'existence des violences obstétricales.

L'intervenante souligne que le cours d'obstétrique en master 2 dure dix-huit heures. Durant cette durée extrêmement restreinte, sont enseignés la médecine fœtale, l'obstétrique et les pathologies obstétricales. Ce cours consacre une seule heure aux violences obstétricales et à leurs conséquences: sentiment de dévalorisation, d'humiliation, d'infantilisation, le sentiment de n'être réduite qu'à un corps, le vécu d'isolement, d'abandon, la peur de la mort, etc.

Les formations continues permettent également d'étudier ce sujet particulier notamment par le biais des réunions pluridisciplinaires au sein du groupe du GIC (Groupe interdisciplinaire de périnatalité). Ces dernières regroupent des psychiatres, psychologues, sages-femmes, gynécologues et obstétriciens et sont concentrées sur la périnatalité. Elles ont lieu deux à trois fois par an.

Par ailleurs, des initiatives plus spécifiques à certains hôpitaux sont également mises en place. Au sein de l'hôpital Erasme, un projet interdisciplinaire de psycho périnatalité, intitulé NATUS, a été initié par une pédopsychiatre. Ce projet concerne la prise en charge des problématiques psycho périnatales selon le concept assez large des «mille jours». Cette période correspond donc la fois à l'anténatal, à la naissance et au postnatal. Tout le vécu traumatique obstétrical est dès lors discuté au cours de ces réunions spécifiques.

Se plus, la thématique est étudiée lors de la grande clinique de gynécologie-obstétrique pour l'accueil des internes. Mme Delbaere rappelle que chaque étudiant en médecine passe trois mois de stage dans un service de gynécologie-obstétrique durant son internat (41). L'une des principales problématiques réside dans le fait que les étudiants sont répartis à travers plusieurs hôpitaux qui disposent chacun d'un titulaire différent de grande clinique. Cela implique dès lors un manque d'uniformité de l'enseignement durant ces grandes cliniques. L'intervenante suggère qu'une formation de base avec un socle commun soit envisagée pour l'ensemble des étudiants au cours de ces grandes cliniques. Ce projet pourrait se traduire par des ateliers de simulation, en incluant la communication au patient. Toutefois, elle ajoute que ce type de projet demande des ressources humaines et du temps.

3) L'accueil et les soins des publics LGBTQIA+, vulnérables ou porteurs de handicaps

Mme Delbaere a elle-même dispensé, jusqu'à cette année, un cours d'introduction à la reproduction humaine en deuxième année de bachelier de médecine (bloc 2). Il s'agit d'un cours d'une durée de douze heures qu'elle avait voulu assez intégratif. Ce dernier aborde à la fois la physiologie de la reproduction mais aussi une série de questions sociétales majeures associées. À titre d'exemple, deux heures de cours sont accordées au déterminisme sexuel avec les bases génétiques, hormonales qui induisent le sexe assigné à la naissance. Après quoi, une réflexion avec les étudiants est portée sur l'identité et l'expression du genre, l'orientation sexuelle, les divers états intersexués, etc. Les étudiants disposent de documents produits par l'ASBL Genres pluriels tels qu'un lexique de base pour les transidentités (42) ou encore la charte du réseau psycho médicosocial trans et inter belge (43). En revanche, Mme Delbaere précise que faute de temps nécessaire pour détailler précisément ce type de thématique, elle se contente de transmettre ces documents sans les aborder en cours.

En deuxième année de bachelier en médecine, l'intervenante convie Mme Christine Gilles, directrice du service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Saint Pierre, à venir parler des violences gynécologiques. Mme Gilles a été très impliquée dans la mise en place du centre de prise en charge des violences sexuelles adossé à l'Hôpital Saint Pierre. Son intervention est consacrée à la notion de consentement, à la façon d'aborder les femmes victimes de violences sexuelles ainsi qu'au temps et à la parole à confier aux patientes.

Enfin, en troisième année de bachelier en médecine, Mme Nadine Kacelenbogen propose un cours de médecine générale qui aborde les violences sexuelles, principalement entre partenaires. Toutefois, en master 2 spécialisé gynécologie et obstétrique, dans le cadre du cours d'endocrinologie de la reproduction, Mme Delbaere aborde précisément les violences sexuelles avec un côté pratique. Elle regrette cependant que, faute de temps, des

(41) Pour sa grande clinique de gynécologie-obstétrique.
(42) *https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/terminologies_-_brochure_genres_pluriels.pdf.*
(43) *https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/190309_charte_reseau_pms_trans_et_inter_belge_fr.pdf*.

thèmes tels que l'accueil des personnes issues de la communauté LGBTIQA +, la façon d'aborder les patients transgenres plutôt que cisgenres, etc. ne soient abordés de manière spécifique au cours des études de médecine.

4) Les causes et conséquences des violences obstétricales et gynécologiques

Mme Delbaere estime que les causes et origines de ce type de violences s'expliquent avant tout par un manque de moyens dans un système de soins de santé qui est plus en plus exigeant en matière de rentabilité. Il est évident également qu'un manque de formation des professionnels de la santé induit des violences obstétricales. L'ULB espère combler progressivement ce déficit mais pour pouvoir former efficacement via des ateliers ou des simulations, il faut disposer de ressources humaines et de temps. La formation en psycho périnatalité est essentielle mais elle manque cruellement de moyens.

Les conséquences de ces violences obstétricales sont abordées dans le cadre du cours en master 2. Toutefois, peu d'études existent à ce jour concernant l'impact de ces violences spécifiques dans la construction de la relation mère-enfant, ni sur la manière dont elles sont vécues par les partenaires. Mme Lamy précise que ce domaine est en développement à l'heure actuelle. De premières études issues de France examinent le vécu traumatique, mis en parallèle avec un syndrome de stress post-traumatique responsable de dépressions, de troubles psychologiques ou psychiatriques qui peuvent être sévères durant le post-partum.

5) Les leviers de changement pour lutter contre les violences gynécologiques et obstétricales

Les intervenantes plaident pour le développement d'une formation multidisciplinaire du personnel soignant. Des exemples en France sont considérés comme des bonnes pratiques inspirantes. Le CEGORIF (Cercle d'étude des gynécologues obstétriciens d'Ile de France) a élaboré une charte des droits et devoirs des soignants, des patients partenaires et une pré-alliance thérapeutique. Le CRGOLFB présentera à la rentrée une charte qui sera disponible pour les maternités. La maternité des Bruyères du CHU de Liège a publié en juin 2021 une charte de bienveillance obstétricale (44) qui reprend les principaux éléments. Sont également mis à disposition des films pédagogiques pour la formation du personnel soignant et pour l'initiation aux réflexions inter équipes. Ces exemples pourraient devenir des outils de bientraitance au niveau gynéco-obstétrical.

B. Exposé de Mmes Greet Jorissen, Kaatje Keppens et Madhi Sysmans, Haute école Thomas More, campus Lierre, formation des sages-femmes

1) Les expériences et la motivation d'une sage-femme en formation

Mme Sysmans se présente en tant que sage-femme, auteure d'un mémoire de bachelier intitulé «*Mag ik?*» et ancienne élève de Mme Keppens et de Mme Jorissen, toutes deux impliquées en tant que chargées de cours dans la formation de sage-femme à la Haute école Thomas More à Lierre. Mme Keppens travaille également comme sage-femme indépendante.

Mme Sysmans entame son exposé en présentant quelques résultats frappants de l'étude qu'elle a effectuée dans le cadre de son mémoire de bachelier:

– 44 % des étudiants en maïeutique ignoraient avant de participer à cette étude ce qu'était la violence obstétricale et la manière dont elle se manifeste;

– neuf étudiants sur dix ont indiqué qu'ils avaient déjà été témoins de violences obstétricales pendant leur stage;

– 13 % des étudiants respectent les procédures de consentement éclairé et les appliquent correctement.

Mme Sysmans trouve ces chiffres interpellants, mais n'en est pas étonnée lorsqu'elle pense à ses propres expériences de stage. Elles ont parfois été fort choquantes, d'autres fois moins; quoi qu'il en soit, Mme Sysmans a estimé qu'il était important d'en tirer parti et elles ont donc servi d'amorce à son mémoire de fin d'études.

---

(44) *https://www.chuliege.be/jcms/c2_23983679/fr/bientraitance-obstetricale?id=c2_23983679&preview=true*.

Les expériences de Mme Sysmans en matière de violences obstétricales étaient très diverses: les violences pouvaient émaner d'une sage-femme, d'un gynécologue ou parfois même d'un autre prestataire de soins, comme un anesthésiste.

Un incident révélateur pour Mme Sysmans est celui lors duquel elle a été amenée, conjointement avec la sage-femme sous la supervision de laquelle elle effectuait son stage, à devoir maintenir les jambes d'une femme en train d'accoucher dans les supports de jambe, afin que le gynécologue et son assistant aient une bonne vision de l'accouchement. Sachant que cette femme avait été victime de violences sexuelles par le passé, Mme Sysmans dit en avoir éprouvé un profond malaise.

Un autre incident est celui lors duquel un toucher vaginal fut effectué de manière très brutale sur une jeune fille de quinze ans qui était en train d'accoucher. Le prestataire de soins est entré, ne s'est pas présenté, n'a pas expliqué ce qu'il était venu faire, et encore moins demandé un quelconque consentement. La parturiente a hurlé de douleur et a demandé à plusieurs reprises d'arrêter, mais le prestataire de soins a continué comme si de rien n'était.

Il s'agit de deux exemples extrêmes de violences obstétricales qui, heureusement, sont rares selon Mme Sysmans. Il n'en reste pas moins qu'elle a été confrontée bien plus souvent, pour ne pas dire quotidiennement, à des faits de moindre gravité. Quelques exemples:

– annoncer d'emblée à la femme enceinte qu'on va lui donner des médicaments pour accélérer l'accouchement, sans lui demander son accord;

– employer un langage infantile ou dégradant. Un jour, Mme Sysmans a entendu une sage-femme dire au partenaire d'une parturiente que celle-ci était très désobéissante et n'écoutait pas bien quand on lui disait de pousser;

– décharger complètement la parturiente ou son partenaire de toute tâche durant le processus parce que cela permet aux soignants professionnels de travailler plus vite. Mme Sysmans raconte qu'un jour, alors qu'elle était stagiaire, on lui a ordonné de donner le bain à un bébé. La mère voulait le faire elle-même, mais Mme Sysmans s'est sentie obligée de le faire à sa place. Par la suite, on lui a fait remarquer qu'elle devait faire preuve de plus de fermeté envers les parents et qu'elle devait se montrer plus assertive.

Mme Sysmans pense que les membres du comité d'avis peuvent bien imaginer à quel point pareilles expériences peuvent être négatives voire traumatisantes pour les parents. C'est quelque chose que Mme Sysmans dit aussi avoir mal vécu en tant que sage-femme stagiaire et dont elle a amplement parlé à son partenaire pour pouvoir se soulager.

Elle s'est efforcée d'adapter son comportement face à ces expériences et en a discuté aussi avec ses maîtres de stage, mais cela n'a guère fait évoluer les choses, ce qu'elle déplore. En consacrant son mémoire de bachelier au problème des violences obstétricales, Mme Sysmans espère contribuer à donner une impulsion dans la bonne direction.

2) Soins de maternité respectueux dans les formations de sage-femme en Flandre

Mme Jorissen explique de quelle manière la violence obstétricale est abordée dans la formation de sage-femme.

L'obstétrique part d'une optique plus positive: des soins de maternité respectueux, à la lumière de l'expérience subjective de la manière dont l'intimité des femmes est abordée. Différents praticiens sont impliqués à cet égard.

«Soins de maternité respectueux» sont des termes reconnus au niveau international, entre autres par l'*International Childbirth Initiative.* Les soins de maternité respectueux consistent à prévenir et éviter toutes les formes d'irrespect, y compris les formes plus subtiles que la violence proprement dite. Toutes les formations et organisations professionnelles de sages-femmes soulignent l'importance de ces soins. Un mémoire de bachelier plus théorique a ainsi été consacré à la violence obstétricale dès 2018 à la Haute école Artesis Plantijn d'Anvers.

Il apparaît pourtant, entre autres à la lumière des statistiques que vient de présenter Mme Sysmans, que la violence obstétricale est un phénomène fréquent en Flandre.

Comment ce sujet est-il abordé dans les formations de bachelier en maïeutique en Flandre?

En 2014, le *Vlaamse Onderwijsraad* (Conseil flamand de l'enseignement) a dressé le profil de la formation des sages-femmes en Belgique à travers douze acquis d'apprentissage à atteindre. La connaissance de la violence obstétricale n'y figure pas parmi les objectifs d'apprentissage, pas plus que les soins de maternité respectueux. Cependant, ces soins constituent un principe fondamental qui transparaît dans les différents objectifs et acquis d'apprentissage et dans les indicateurs comportementaux, tout au long de la formation de sage-femme.

Mme Jorissen énumère quelques domaines de formation, dont il ressort ce qui suit:

– physiologie: fort heureusement, dans la plupart des cas, la naissance est encore un processus physiologique. La surveillance et l'accompagnement de ce processus est une des tâches importantes des sages-femmes. Lorsque l'accouchement s'opère de manière physiologique, il n'est guère nécessaire d'intervenir. Différentes études ont montré que, dans ce cas, la satisfaction de la parturiente et de son partenaire était beaucoup plus élevée;

– contexte psychosocial: celui-ci occupe une large place dans les formations. L'accent est mis sur les soins axés sur le patient, approche dans laquelle les sages-femmes tiennent compte des besoins de la patiente;

– des soins professionnels, de qualité supérieure et sûrs, fondés sur des preuves scientifiques;

– promotion de la santé: cela implique notamment que les sages-femmes puissent donner des informations correctes et soutenir les parents pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées. Le consentement éclairé et le soutien de l'autonomie sont des éléments centraux de cette approche;

– talents de communication;

– capacités de réflexion: la capacité des sages-femmes de réfléchir à ce qu'ils/elles vivent, à leurs propres actes, durant leur stage et après leur formation.

Les différentes hautes écoles offrent également des possibilités de formation continue axée sur les soins de maternité respectueux. La Haute école *Karel de Grote* d'Anvers dispense, par exemple, un cours de perfectionnement «Accouchement à ma mesure». La Haute école Thomas More organise des mises en situation qui mettent nettement l'accent sur le respect dans les soins de maternité; des personnes extérieures peuvent également y participer.

Mme Jorissen juge les observations faites dans le mémoire de bachelier interpellantes et certain récits franchement choquants. La prise de conscience et la conscientisation sont donc capitales; le fait que 44 % des étudiants ne connaissent rien du thème des violences obstétricales est révélateur. Traiter autrui avec respect semble une évidence, mais ce n'est hélas pas toujours le cas. Ce respect suppose une approche individuelle, attentive aux besoins personnels et aux antécédents de chaque patient. Ce principe sous-tend l'ensemble de la formation, tant les cours théoriques que la pratique.

Le thème de la violence obstétricale est en outre abordé explicitement dans la formation dispensée par la Haute école Thomas More, sur le campus de Lierre: en première année de la formation de bachelier en maïeutique, dans le cours de «Développement personnel» et, en troisième année, dans le cours de «Qualité des soins».

Mme Keppens aborde la question de l'intégration des connaissances et aptitudes en matière de violence obstétricale dans les autres cours.

À la Haute école Thomas More, cette intégration se fait d'abord à travers les cours relatifs à la physiologie. Les sages-femmes qui connaissent bien le déroulement de l'accouchement physiologique et savent comment agir en appui de la physiologie peuvent faire en sorte que des interventions ne soient pas nécessaires. En général, ce sont les interventions qui ont le plus d'impact sur l'expérience de la mère et de l'enfant en matière de soins, comme le toucher vaginal.

En mettant l'accent sur la physiologie, les formateurs entendent aussi promouvoir l'autonomie du couple. Plus une mère se sent bien physiquement, plus son expérience sera positive et plus l'attachement à son enfant sera solide. Cette année justement, un autre étudiant de la Haute école Thomas More a consacré son mémoire de

bachelier à une étude montrant qu'à long terme, les pères sont aussi beaucoup plus enclins à développer une dépression si la mère est en dépression, par exemple à la suite d'une expérience de violence.

Dans les cours relatifs à la communication, les étudiants travaillent activement avec le modèle Calgary Cambridge, basé sur un dialogue devant permettre de recueillir le plus d'informations possible. Les étudiants tentent ainsi de comprendre l'expérience de la mère et de la famille, avant même qu'un quelconque conseil ou soin ne soit donné.

Par le biais du cours axé sur les rapports avec le client, la formation met aussi fortement l'accent sur les soins centrés sur le client et sur le consentement éclairé. Il existe évidemment des protocoles, mais il importe de placer la mère et l'enfant au centre de l'attention et de les aborder avec une grande flexibilité en tenant compte de leurs besoins spécifiques et surtout de leur ressenti. Dans leur communication, les prestataires de soins ne se contentent donc pas de donner des informations ou de faire des annonces du style «Madame, je vais procéder maintenant à un examen vaginal», ils demandent aussi un consentement en disant «Madame, puis-je effectuer ceci ou cela?»

Une telle approche demande aussi évidemment un peu plus de temps en termes de formation et de dispensation de soins. Mme Keppens souligne à plusieurs reprises que la durée de la formation, qui est de trois ans, et la manière dont la dispensation des soins et l'accompagnement des stages sont organisés, ne laissent qu'une marge limitée pour l'apprentissage et la mise en pratique de tous les aspects d'une prise en charge respectueuse de la naissance.

Dans la formation, une attention particulière est accordée aussi à la psychologie périnatale et à l'importance des mille et un premiers jours de la vie de l'enfant et ce, afin de faire prendre conscience aux étudiants que pendant la grossesse et l'accouchement, il n'y a pas de différenciation entre la mère et l'enfant. Tout ce que la mère ressent, le bébé le ressent aussi. Si une mère a le sentiment de subir un traitement brutal ou un acte de violence obstétricale, telle sera aussi la première impression dans la vie de l'enfant. Thomas Verny, un psychiatre, déclare à ce sujet que l'écologie de l'utérus est l'écologie du monde. Si quelque chose ne va pas au début de la vie, cela aura une incidence tout au long de la vie.

3) Les défis pour les dispensateurs de formations en obstétrique

Mme Keppens félicite Mme Sysmans d'avoir contribué à la prise de conscience du fait qu'il faut encore améliorer la sensibilisation à des soins de maternité respectueux et à la problématique des violences obstétricales.

À la haute école, une réflexion est en cours sur la manière de sensibiliser davantage les étudiants en maïeutique à cette problématique et de les amener à poser les bonnes questions:

- Quel l'objectif veux-tu atteindre?
- Quelle intervention vas-tu réaliser et comment vas-tu t'y prendre?
- Quelle incidence tes actes et ton approche auront-ils sur la jeune famille?
- Comment gères-tu tes expériences et quelle est ta réflexion à cet égard?

Mais Mme Keppens souhaite aussi que les formateurs et les accompagnateurs de stage fassent leur autocritique. Lors de la préparation du présent exposé, les oratrices se sont demandé ce qu'un accompagnateur de stage fait, peut faire et devrait faire lorsqu'un étudiant relate des expériences comme celles que Mme Sysmans a exposées. Cette problématique reste généralement cantonnée aux échanges entre l'accompagnateur de stage et l'étudiant, ce qui est dû notamment à l'influence de la hiérarchie dans laquelle les sages-femmes et les sages-femmes stagiaires travaillent.

Comment l'environnement de stage et de travail peut-il faire en sorte que les étudiants et leurs accompagnateurs nouent une relation sécurisante? Dans ce contexte, comment peuvent-ils entamer un dialogue ouvert?

Mme Keppens souligne aussi la médicalisation croissante des soins de maternité actuels. Les études scientifiques montrent que lorsque les soins sont pilotés par des sages-femmes, le ressenti des parents sera meilleur. À long terme, cela a également un effet positif sur l'enfant.

Comment faire pour que les étudiants adhèrent à une telle approche? Comment les formateurs et les accompagnateurs peuvent-ils leur faire comprendre que la dispensation de soins respectueux est plus qu'une simple question de droits et de devoirs?

Enfin, Mme Keppens, conjointement avec Mme Jorissen et Mme Sysmans, souhaite rappeler à chacun que les droits humains valent aussi dans le cadre de la naissance. Chacun a droit à des soins de qualité, sur mesure et exempts de discrimination, au respect et à la dignité, à la vie privée et à la confiance, à une information complète et à la liberté de décider.

C. Échange de vues

Mme Yigit adresse une question à Mme Sysmans. La professeure Delbaere a mentionné brièvement le manque d'études scientifiques, de formation et de moyens pour dresser un état des lieux en matière de violences obstétricales et pour les réduire, et elle a aussi souligné que cela nécessitait une approche multidisciplinaire.

Quels instruments pourrait-on d'ores et déjà fournir aux sages-femmes en formation et à leurs accompagnateurs? Lorsque des étudiants en maïeutique sont confrontés à des actes de violence obstétricale durant leur stage, que peuvent-ils faire? Et comment pourrait-on les aider à réfléchir à cette problématique et à en discuter en toute sécurité?

Durant son stage, Mme Sysmans a dû compléter chaque jour un formulaire d'évaluation pour y enregistrer tous les actes qu'elle posait en tant que sage-femme stagiaire et y jeter un regard critique. Elle ignore toutefois si cette pratique existe dans toutes les hautes écoles.

Ces formulaires pourraient contenir des questions explicites sur les situations dans lesquelles les limites personnelles de la patiente n'ont pas été respectées, sur la manière dont le stagiaire appréhende ces situations et sur les leçons à en tirer. Mme Sysmans pense qu'en amenant les étudiants à réfléchir à ces situations chaque jour de leur stage, on favorisera automatiquement l'ancrage de cet aspect dans la conscience et les actes des sages-femmes.

Il faudrait par ailleurs développer une procédure type permettant de signaler au maître de stage les situations traumatisantes vécues par la parturiente, par son partenaire ou par les sages-femmes stagiaires eux- ou elles-mêmes. Le maître de stage devrait alors soumettre le cas en question au ou à la sage-femme en chef et en discuter avec lui ou elle. Généralement, le maître de stage a des contacts informels avec le ou la sage-femme en chef. Celui ou celle-ci peut servir de relais vers les autres sages-femmes, les gynécologues et les autres dispensateurs de soins pour que ceux-ci puissent également apporter une amélioration en réponse à l'incident.

Mme Sysmans juge cela important; permettre aux sages-femmes stagiaires de s'exprimer et considérer que l'affaire est close ne suffit pas.

Mme Keppens ajoute que le mémoire de bachelier de Mme Sysmans a eu pour effet que, dans tous les travaux et rapports qu'ils doivent faire, les étudiants sont désormais invités à réfléchir au respect avec lequel une personne a été abordée. La haute école entend ainsi susciter la prise de conscience dès la première année.

Mme Lamy souligne que le moment clé pour les spécialistes réside dans le débriefing à la fois avec les patientes mais également durant les réunions pluridisciplinaires qui regroupent les médecins, les sages-femmes et les psychologues. Certains cas sont analysés à plusieurs reprises et longuement car, parfois, les soignants doivent exprimer leur ressenti qui peut émerger tardivement. Mme Lamy indique que tout soignant autour de la périnatalité est conscient de la problématique des violences gynécologiques et obstétricales. L'intervention de la Haute école Thomas More concernant les retours des étudiants en stage qui ont été témoins de violences, l'a particulièrement interpellée. Il arrive que les soignants soient démunis face à certaines situations. Il est donc important d'entendre ces soignants et de leur laisser la place d'exprimer ces ressentis. En fonction de l'origine de la violence, tel qu'abordé précédemment, certains soignants peuvent être confrontés eux-mêmes à de la violence. L'intervenante évoque par exemple des situations au cours desquelles le soignant est remis en question dans ses compétences par des vécus qui ont été complexes pour les patientes alors que le soignant a tout mis en œuvre selon les bonnes pratiques médicales.

Mme Yigit a travaillé plusieurs années comme interprète sociale turc-néerlandais, y compris lors de consultations en gynécologie. Elle a, à cette occasion, été témoin de beaucoup de malentendus et de cas de violence

obstétricale encore amplifiés par le fait que les personnes pour qui elle interprétait ne maîtrisaient pas le néerlandais et venaient d'une autre culture. Mme Sysmans a-t-elle constaté, dans son étude, des choses semblables chez les personnes allophones ou chez d'autres personnes vulnérables? Peut-elle formuler un avis ou des suggestions quant aux moyens spécifiques d'y remédier?

Mme Sysmans confirme que, dans son travail, elle doit souvent se débrouiller avec des couples parlant une autre langue, par exemple. Grâce à *Google Translate*, elle a pu apprendre quelques phrases et mots types. Il faudrait toutefois que les brochures et feuillets d'information relatifs à l'allaitement, par exemple, soient également disponibles dans les langues étrangères les plus courantes.

Pour sa part, Mme Sysmans s'efforce de donner préalablement aux couples qui ne comprennent pas bien le néerlandais un maximum d'explications adaptées, en s'aidant d'un matériel de support le plus concret possible. Cela n'est évidemment pas toujours faisable dans des situations aiguës. C'est pourquoi il conviendrait d'insister davantage encore, dans la formation, sur la nécessité de réfléchir à la préparation à l'accouchement et à la communication, y compris pour les personnes qui ont des difficultés avec cela. Quels moyens peut-on déployer dans ce cas pour fournir quand même des soins de qualité à ces personnes?

Concernant les personnes issues de l'immigration et qui ne maîtrisent pas une des langues nationales, Mme Delbaere indique qu'il est important de disposer d'interprètes pour que ces patients puissent s'exprimer dans leur propre langue et que la communication soit claire. Au niveau des consultations pour la procréation assistée, l'Hôpital Erasme propose les formulaires de consentement traduits en différentes langues. Toutefois, il est impossible de disposer de ces documents dans toutes les langues vu la diversité importante à Bruxelles. Les équipes sont toutefois multiculturelles dont beaucoup sont multilingues.

Mme Durenne interroge les représentantes de la Haute école Thomas More concernant les stages de fin de cursus en Belgique ou à l'étranger. Des différences fondamentales sont-elles identifiées dans les pratiques ou les manières de fonctionner selon le pays dans lequel le stage est effectué? Elle souhaiterait savoir de quels types sont ces variations.

Mme Jorissen explique que les stages des étudiants en obstétrique se déroulent tout au long de la formation de trois ans, même s'ils connaissent leur point d'orgue durant la dernière année.

Le programme de formation comprend six semaines de stage pendant la première année, quatorze semaines en deuxième année et dix-huit semaines en troisième année. Au cours de cette dernière année, les étudiants peuvent aussi effectuer un stage à l'étranger dans des endroits fort différents: en Europe, mais aussi dans des pays africains. Les stagiaires et les formateurs constatent en effet de grandes différences entre ces pays. Elles sont dues non seulement aux possibilités matérielles, mais aussi à l'attitude des gens.

Les étudiants qui se sont rendus au Danemark ont pu observer une approche beaucoup plus physiologique et basée sur les besoins des personnes, contrairement à ce qui est le cas pour les étudiants qui ont accompli leur stage en Afrique.

Mme Jorissen indique toutefois qu'il ne faut pas se rendre à l'étranger pour observer de grandes différences. Il y a aussi des différences considérables entre les hôpitaux flamands, tant dans les procédures, qui divergent légèrement, que dans les expériences moins techniques que les étudiants acquièrent. Cela vaut aussi bien pour les contacts entre les étudiants et les sages-femmes que pour les contacts entre les sages-femmes et les gynécologues et entre les étudiants et les gynécologues. Il en va de même pour les contacts avec les patients.

En troisième année, les étudiants effectuent un stage de dix semaines en salle d'accouchement. Durant cette longue période, ils adoptent quasi spontanément les usages en cours sur leur lieu de stage, parfois dans un sens favorable, mais parfois aussi dans un sens moins favorable. C'est pourquoi Mme Jorissen pense qu'il est important d'apprendre aux étudiants à réfléchir et à porter un regard critique. Cela est possible, entre autres, lors des retours à l'école, moments qui sont formellement prévus pendant les stages.

Mme Jorissen indique que cette réflexion reste toutefois cantonnée au dialogue entre le formateur et l'étudiant; il n'y a pas de *feedback* vers le lieu de stage. L'une des raisons en est la protection de la vie privée des étudiants, qui doivent quand même s'exposer face à leurs formateurs.

Mme Delbaere souligne également, à l'instar des intervenantes de la Haute école Thomas More, que d'importantes différences au niveau des pratiques sont évidemment relevées lors des stages à l'étranger, mais ce constat est également valable en Belgique, entre régions.

Une grande attention aux partenaires et conjoints est accordée au sein de la maternité de l'Hôpital Erasme. Mme Durenne s'intéresse à la manière dont cet intérêt se traduit concrètement. Par ailleurs, elle s'interroge sur la communication au sein des services. Une évolution au fil du temps a-t-elle été constatée? Des changements ont-ils éventuellement été problématiques?

Concernant l'attention à porter aux conjoints ou partenaires, la plupart des hôpitaux aujourd'hui en Belgique sont soit labellisés «amis des mamans» ou «amis des bébés», explique Mme Lamy**.** Le label «amis des papas ou partenaires» devraient voir le jour. Toutes les maternités, du fait du séjour qui a été drastiquement raccourci, ont inclus le papa, l'accompagnant ou co-parent dans les soins ou la prise en charge de la naissance et du post-partum car ce sont des personnes ressources sur lesquelles s'appuyer. Mme Lamy regrette qu'en Belgique, l'accompagnant, du fait du statut et du type de chambre dans laquelle la patiente se trouve, ne puisse rester séjourner la nuit en maternité. Or, la nuit est souvent un moment charnière pour les nourrissons ou les jeunes mères. Mme Lamy estime que cette mesure devrait être modifiée pour permettre à toutes les mamans, dans toutes les maternités en Belgique, de séjourner dans une chambre dans laquelle elles peuvent être accompagnées de la personne de leur choix.

L'une des recommandations formulées par l'ensemble des intervenantes du jour portait sur la mise en œuvre de formations multidisciplinaires. Mme Masai s'enquiert de la nature des besoins et des lacunes aujourd'hui en Belgique, en vue de mettre en place davantage de pluridisciplinarité dans la formation ou les stages. En effet, elle s'interroge sur la manière d'apprendre en équipe, les uns des autres, pour, par la suite, favoriser le travail efficace en équipe sur le terrain.

Mme Keppens indique que le plan de formation actuel pour les bacheliers en maïeutique ne prévoit pas d'initiatives de collaboration pluridisciplinaire.

Elle pense que les scénarios de cas avec une équipe pluridisciplinaire apporteraient assurément une grande valeur ajoutée. Non seulement les sages-femmes et les étudiants en maïeutique, mais aussi les gynécologues, les anesthésistes et les pédiatres, en formation ou non, pourraient participer à ces formations comportant des simulations de situations réalistes. Il faudrait surtout mettre l'accent sur la communication.

Toutefois, la collaboration est possible aussi durant des congrès et des journées d'étude. Il faudrait une offre d'initiatives beaucoup plus large afin de permettre aux sages-femmes et à d'autres prestataires de soins, à commencer par les gynécologues, de collaborer.

Plus généralement, Mme Keppens entrevoit davantage de possibilités dans une approche qui laisserait aux sages-femmes beaucoup plus d'espace et de temps pour accompagner les femmes sur le plan physiologique, le gynécologue se concentrant sur la pathologie. Mme Keppens a travaillé seize ans en Allemagne, où cette approche est monnaie courante. Les sages-femmes s'occupent de l'admission des patients à l'hôpital et fixent la stratégie à suivre en concertation avec les gynécologues. Les sages-femmes peuvent aussi effecteur elles-mêmes les accouchements. Les gynécologues ou les assistants se tiennent aux côtés des sages-femmes, mais tant que l'accouchement se déroule de manière physiologique, ils n'interviennent pas activement.

Cette approche fut, pour Mme Keppens, une manière très agréable de collaborer. Elle espère qu'elle sera une source d'inspiration pour concevoir l'obstétrique d'une manière différente et plus respectueuse en Flandre également.

Mme Lamy rejoint les propos des intervenantes de la Haute école Thomas More relatifs à la prévention des violences obstétricales et gynécologiques. Elle souscrit entièrement à la recommandation indiquant que la meilleure prévention réside dans la connaissance de la physiologie. Dans le cursus médical, en raison du temps limité, les enseignements se concentrent essentiellement sur la reconnaissance et la prise en charge des pathologies, or la connaissance précise de la physiologie est tout autant primordiale dans l'exercice d'une fonction de soignant. Certains hôpitaux travaillent de plus en plus avec une multidisciplinarité entre les sages-femmes et les obstétriciens au sein des maternités. Des structures telles que «le Cocon» à l'Hôpital Erasme permettent aux étudiants en spécialisation d'obstétrique d'échanger avec d'autres soignants et favorise l'apprentissage de bonnes pratiques. L'intervenante indique que «le Cocon» est un gîte de naissance intra-hospitalier géré uniquement par des sages-femmes.

Par ailleurs, Mme Lamy rappelle que le contexte de violences se greffe à une violence intrinsèque liée à la naissance. Une femme qui accouche se trouve dans un état de fragilité et d'exposition physique, psychologique, émotionnelle et affective accrues. De ce fait, le moindre élément ne se déroulant pas comme prévu ou annoncé,

peut avoir des conséquences énormes. La problématique du vécu des patientes importe également puisque ces violences s'inscrivent dans des contextes différents:

– il existe des situations où une négligence ou une malveillance a clairement eu lieu et qui, peuvent relever de plaintes d'ordre pénal;

– d'autres situations surviennent au cours desquelles des actes ne relevant pas de l'*evidence based medecine* sont pratiqués. Les différences entre les pratiques selon les établissements (entre régions ou pays), comme évoqué précédemment, peuvent également avoir une forte prévalence dans ce ressenti des patientes;

– certaines situations exigent des soins qui sont médicalement nécessaires ou urgents mais pour lesquels l'acte n'est pas bien expliqué ou l'information insuffisante;

– enfin, on peut également rencontrer des situations qui se sont déroulées correctement au niveau médical mais la patiente aura un mauvais vécu.

Au final, la gestion des vécus traumatiques tient une place importante dans la problématique des violences obstétricales qui sont générées dans des situations variables.

Concrètement, sur le terrain, chaque jour dans tous les hôpitaux, des réunions sont organisées pour débriefer les cas complexes. Des échanges de vues ont lieu en équipe afin d'analyser le déroulé des événements et sont particulièrement intéressants pour les étudiants en formation.

Par rapport aux mesures concrètes, les ateliers en simulation sont des apprentissages essentiels au niveau de la formation multidisciplinaire en vue de favoriser le travail en équipe. À ce sujet, Mme Delbaere note que l'apprentissage du travail en équipe durant les études de médecine est mis à mal depuis que le cursus a été réduit à six ans. Chaque année, les consignes demandent de réduire les heures de cours car les programmes sont extrêmement chargés. Ces ateliers de simulation bien qu'indispensables seraient impossibles à mettre en place dans le cursus actuel de médecine générale. En revanche, ces sessions sont organisées dans le cadre du master de spécialisation en gynécologie et obstétrique dès la première année et à intervalles réguliers. Elles permettent aux étudiants d'appréhender de nombreuses situations d'urgence et sont extrêmement formatrices. Toutefois l'investissement en temps et en ressources humaines demeure important vu la difficulté de réunir l'ensemble des parties prenantes.

*

* *

VII. AUDITIONS DU 4 JUILLET 2022

- Mme Marie Debelle, autrice du mémoire de fin d'études: «Approche féministe et juridique des violences obstétricales», Faculté de droit et criminologie, UCLouvain;
- Mme Miriam Ben Jattou, présidente et directrice de l'ASBL «Femmes de Droit, droit des femmes»;
- Mme Élise De Saint Moulin, avocate spécialisée en droit médical, droit de la responsabilité et des assurances, barreau de Bruxelles.

A. Exposé de Mme Marie Debelle, autrice du mémoire de fin d'études: «Approche féministe et juridique des violences obstétricales», Faculté de droit et criminologie, UCLouvain

Selon l'intervenante, le monde médical n'échappe pas au sexisme et au patriarcat. Ce constat est d'autant plus criant dans les services de gynécologie et d'obstétrique où la violence est banalisée: propos stigmatisants, non-prise en compte de la douleur, actes médicaux effectués sans consentement.

Lors de son intervention, Mme Debelle se penchera sur les voies de recours dont disposent les victimes de violences gynécologiques et obstétricales. Ensuite, elle abordera les pistes de solution pour lutter contre ces violences.

La personne victime de violences peut recourir à la médiation ou se tourner vers les procédures judiciaires. Le droit belge est techniquement bien outillé pour lutter contre les violences gynécologiques et obstétricales (la responsabilité civile, contractuelle ou extracontractuelle, ainsi que la responsabilité pénale du praticien sont susceptibles d'être engagées), mais il existe un décalage entre le droit et la pratique. Autrement dit, même si les recours judiciaires existent, ils sont peu utilisés – et «utilisables» – dans la pratique.

1) La médiation

Si les patientes le souhaitent, il leur est possible de régler leur litige à l'amiable 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. Précisons cependant que, sauf erreur de sa part, ce second service examine seulement les litiges financiers et non pas les aspects médicaux. Notons que le médiateur doit faire preuve de neutralité et d'impartialité tout au long de la procédure. Nous pouvons toutefois nous demander, lorsqu'il est employé par l'hôpital, ce qui est généralement le cas, si la médiation n'est pas biaisée. En effet, cette personne étant employée et payée par l'établissement médical même pour gérer les conflits, elle n'est pas complètement neutre ou indépendante. Si les parties arrivent à un accord, le dossier de médiation peut être clôturé. À défaut d'une solution trouvée entre les différentes parties, ces dernières sont orientées vers une autre forme de règlement de conflit, comme un autre service de l'hôpital, l'Ordre des médecins, les tribunaux, etc.

2) L'action en justice

Si les patientes, victimes de violences obstétricales, ne souhaitent pas passer par la phase de médiation, elles ont la possibilité d'introduire une action en justice pour défendre leurs droits**.** La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient impose une série de règles au corps médical dans leurs rapports avec celles-ci. Elle ne prévoit cependant pas de sanction. C'est donc le régime juridique général qui s'applique, à savoir la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire et les spécificités propres à chaque action.

Néanmoins, il convient d'être réaliste. Jusqu'à présent, aucune condamnation pour violence obstétricale n'a abouti devant les tribunaux belges. Les chances de succès étant faibles, peu de femmes introduisent une action en justice.

a) La procédure pénale

En ce qui concerne la procédure pénale, les violences obstétricales ne figurent pas, à ce jour, dans le Code pénal. Il faut donc se référer à d'autres infractions à l'instar des coups et blessures (la césarienne sans raison médicale ou l'expression abdominale), du viol (touchers vaginaux non consentis), de la mutilation sexuelle (épisiotomie), etc. Les victimes peuvent soit déposer plainte au commissariat de police qui les renverra au procureur du Roi, soit adresser une lettre recommandée à ce dernier. Cette seconde solution est préférable, puisqu'elle permet de décrire en détail les actes commis et de joindre une copie de l'ensemble du dossier. À la suite de cela, le procureur décide soit de classer la plainte sans suite, soit 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.

b) La procédure civile

Pour introduire une action devant les tribunaux civils, les victimes doivent prouver qu'elles ont subi une faute en lien causal avec leur dommage. 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 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 la vie sexuelle, etc.) que l'auteur devra rembourser ainsi que les frais de procédure. Pour porter plainte, les victimes doivent introduire une saisine devant le tribunal de première instance. 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, aucune affaire pour violence obstétricale n'a cependant abouti aujourd'hui. La procédure n'est pas aisée étant donné que les victimes doivent prouver la faute, le dommage et le lien causal, ce qui n'est pas évident, notamment en raison de la «cascade d'interventions».

En effet, chaque geste médical posé perturbe le processus de l'accouchement et entraîne de nouveaux actes médicaux en réponse à ces perturbations. Ces actes supplémentaires engendrent à leur tour leur lot de complications nécessitant encore d'autres interventions, et ainsi de suite. Cette cascade d'interventions rend difficile la preuve du lien de causalité entre l'acte posé par le soignant et le dommage subi. Il est par exemple compliqué de convaincre les soignants que les blessures périnéales ont en réalité été causées par une épisiotomie qui aurait pu être évitée, dans la mesure où c'est la position couchée et imposée à la parturiente qui a empêché la bonne progression du bébé et qui a rendu nécessaire l'épisiotomie pour extraire celui-ci plus rapidement.

c) La procédure disciplinaire

La procédure disciplinaire est celle introduite auprès du Conseil provincial de l'Ordre des médecins de la province où le médecin est inscrit. Les patientes déposent alors une lettre qui consiste en un dépôt de plainte dans laquelle elles doivent demander explicitement une sanction ou une condamnation du soignant mis en cause. La sanction peut prendre la forme d'un avertissement, d'un blâme, d'une interdiction d'exercer pouvant aller jusqu'à trois ans ou d'une radiation. Ces formes de sanction peuvent toucher plus sévèrement les médecins; une radiation étant par exemple plus sévère qu'une amende. Toutefois, le fonctionnement et la composition de l'Ordre des médecins questionnent l'impartialité et l'indépendance des jugements rendus. Hormis quelques juristes et présidences qui sont assurées par un magistrat, il est composé quasi exclusivement de médecins.

3) Pistes de solution

a) Informer et être informé

Pour éviter au mieux cette situation d'inégalité entre médecin et patient, il est recommandé aux patientes de s'informer sur le fonctionnement de leur corps, sur les procédures médicales ainsi que sur leurs droits. Elles pourront, de ce fait, anticiper le déroulement de la consultation, évaluer les actes médicaux, demander

clairement ce qu'elles désirent et s'adresser à d'autres professionnels au besoin. Les soignants doivent être à leur tour informés pour prendre conscience de la problématique et adapter leur comportement.

b) Former les soignants sur le bien-être des patientes et revoir le programme académique pour y accorder une place importante à l'apprentissage du consentement libre et éclairé, ainsi qu'à la physiologie de l'accouchement

Par une formation davantage axée sur le bien-être des patientes et non sur le rendement et la technique, ces dernières seront replacées au cœur du processus décisionnel du système de soins. Les actes médicaux seront alors effectués dans l'intérêt commun des mères et de leurs bébés et non plus au profit de l'enfant uniquement, du médecin ou de l'institution. Pour ce faire, la formation, tant initiale que continue, du personnel de santé doit inclure des cours dédiés à la relation médecin-patient, à la bientraitance, à l'importance de la notion de consentement, à l'écoute active, à l'égalité entre les hommes et les femmes. Il serait d'autant plus efficace de confronter ces enseignements théoriques à l'expérience et au vécu des patientes qui pourraient intervenir dans les facultés de médecine et s'appuyer sur leur cas pour identifier les défaillances et améliorer les pratiques.

c) Renforcer les moyens humains et financiers des maternités

La gestion d'un service et l'organisation des soins doivent être pensées en fonction des besoins de sécurité affective, psychique et médicale des femmes. Or, la surcharge de travail des soignants contribue à la maltraitance. C'est la raison pour laquelle il paraît primordial de prévoir une augmentation des ressources humaines en service de gynécologie et de maternité et *de facto*, une hausse des moyens financiers de celles-ci.

d) Établir des normes visant à sanctionner les violences obstétricales

Nous avons vu que les violences obstétricales ne figurent pas dans le Code pénal belge. Les femmes doivent donc se référer à d'autres infractions, au risque de voir leur action déboutée. Légiférer sur le sujet apporterait une réelle reconnaissance et visibilité de la maltraitance vécue par les femmes dans leur suivi obstétrical ainsi qu'une sécurité juridique de par la sanction que l'article lui conférerait.

e) Faciliter la possibilité pour les femmes d'accoucher à domicile

Pour contrer les maltraitances au sein des maternités, les futures mères peuvent préférer un accouchement moins médicalisé et une prise en charge moins précipitée en donnant naissance à leur domicile ou en maison de naissance. Les femmes accoucheraient à leur propre rythme, dans la position qu'elles souhaitent, sans actes médicaux inutiles qui pourraient perturber la mise au monde de leur enfant et avec une sage-femme qui leur serait entièrement dédiée tout le long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. La sage-femme est formée à ce type d'accouchement et a pour rôle de repérer toute potentielle complication et d'organiser, au moindre doute, un transfert des parturientes vers l'hôpital.

Contrairement à la croyance populaire et selon les données scientifiques récentes, l'accouchement à domicile ou en maison de naissance est bienveillant et ne présente pas davantage de risques que de donner naissance à l'hôpital, tout du moins pour les grossesses à bas risques de complications. De plus, l'Union Professionnelle des Sages-femmes belges propose une charte (45) afin de donner les recommandations minimales à suivre lors d'une naissance à domicile, en maison de naissance ou en gîte intra-hospitalier. Ce document permet également de garantir la sécurité et la bientraitance des parturientes. Contrairement à la France, la charte belge impose, notamment, à la sage-femme de souscrire une assurance professionnelle, ce qui lui permet de ne pas indemniser la famille avec sa fortune personnelle, en cas d'action en responsabilité à son encontre. Grâce à cette assurance, un plus large panel de sages-femmes auront tendance à exercer dans un environnement extrahospitalier et de permettre des accouchements à domicile ou ailleurs.

(45) Voir: *https://sage-femme.be/*.

B. Exposé de Mme Miriam Ben Jattou, ASBL «Femmes de Droit, droit des femmes»

1) Cadre de l'intervention

Mme Ben Jattou explique que l'association est spécialisée dans les violences faites aux femmes et se situe du point de vue des victimes. Les victimes de violences gynécologiques et obstétricales sont, selon l'intervenante, en premier lieu les patientes qui subissent les violences, également les proches, lorsque par exemple la patiente ou le bébé décèdent, mais également les soignantes et les soignants. Les violences gynécologiques et obstétricales sont au croisement de deux types de violences: les violences de genre, y compris le sexisme et les stéréotypes sexistes qui existent dans le monde médical d'une part et les violences institutionnelles, notamment les conditions de travail d'autre part.

2) La loi de 2002

L'intervenante souhaite attirer l'attention sur certains éléments importants de la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002.

Premièrement, le patient a le droit à une information claire et précise sur son état de santé et son évolution possible et probable. Cela signifie concrètement que le médecin est tenu d'expliquer quel est votre état de santé, quels sont les différents traitements disponibles, quels sont les avantages et les inconvénients de ne pas se soigner et de l'ensemble des traitements disponibles. Cela permet le consentement libre et éclairé, deuxième élément important de la loi du 22 aout 2002. Cette dernière permet également le libre choix du praticien ou de la praticienne de santé. La patient a également le droit à la prise en charge de la douleur. Pour terminer, cette loi permet de porter plainte auprès d'une fonction de médiation compétente.

En cas de non-respect des dispositions, aucune sanction n'est prévue dans cette loi. Nous devons donc nous référer au droit commun et plus précisément au droit civil. La responsabilité civile est encadrée par les articles 1382 et suivants du Code civil et implique de prouver trois critères, que l'intervenante transposera au cas de l'épisiotomie à titre d'exemple. Il s'agit d'une incision de l'ouverture de la vulve pour accélérer la sortie du bébé. Cette pratique augmente les risques de déchirures graves et n'est plus recommandée mais encore beaucoup pratiquée. Pour information, un hôpital en France a baissé le taux d'épisiotomies à moins de 1 %, tandis que certains hôpitaux en Belgique en sont à 60 %. Cet hôpital français a également le taux de déchirures de niveau 3 le plus faible de toute la France. Il y a trois niveaux de déchirures:

– niveau 1: ne nécessite pas de points de sutures;

– niveau 2: nécessite quelques points mais peu graves pour la parturiente;

– niveau 3: nécessite de nombreux points et peut potentiellement mettre la vie de la parturiente en danger, notamment quand une ouverture est faite entre le système urinaire et le système digestif et que ce n'est pas soigné correctement. Suite à des déchirures de niveau 3, certaines femmes doivent porter une poche de coloscopie à vie.

Pour limiter les déchirures, les actes possibles sont:

– éviter la position couchée sur le dos, jambes relevées;

– permettre à la parturiente de choisir la position qui lui semble la plus adaptée sur le moment;

– éviter de pousser en forçant et accompagner le corps lors des poussées.

L'intervenante applique les trois critères du Code civil à un cas concret en lien avec l'épisiotomie:

– La faute
  Imaginons le cas d'une femme qui informe son gynécologue de son refus d'épisiotomie lors de son accouchement, mais qu'il en pratique quand même une. Dans ce cas la faute sera relativement facile à prouver puisqu'il s'agirait du non-respect du consentement de la parturiente et subséquemment d'une violation de la loi du 22 aout 2002.

- Le dommage
  Le dommage sera également relativement facile à prouver, il peut s'agir de points de sutures imposés par l'épisiotomie; une éventuelle déchirure supplémentaire, des douleurs, les soins nécessaires, une sexualité plus difficile, etc.

- Le lien de causalité entre la faute et le dommage
  Pour pouvoir démontrer le lien de causalité entre la faute et le dommage, il va falloir prouver que c'est à cause de la faute que le dommage a eu lieu et que, sans la faute, le dommage n'aurait pas eu lieu. Or, ce cas se situe dans le domaine du préventif: un accouchement peut donner lieu à des déchirures de niveau 3. On ne peut pas prouver que sans l'épisiotomie, il n'y aurait pas eu de déchirure et de ce fait, l'article 1382 ne pourra pas être invoqué devant les cours et tribunaux. Or, dans la plupart des cas les femmes consomment des soins médicaux dans le cadre préventif et non pas dans le cadre curatif. Par conséquent, elles n'ont pas ou que très peu accès à des voies de recours judiciaires.

3) Les voies de recours

La première voie de recours concerne la médiation telle qu'elle a été prévue par la loi relative aux droits du patient de 2002. L'oratrice exprime quelques réserves par rapport à cette voie de recours. Premièrement, le médiateur ou la médiatrice doit être neutre, or quand son employeur est aussi l'employeur du médecin dont il ou elle doit traiter le cas, sa neutralité n'est plus assurée. Pour les patientes, le biais est présent; ce qui vient fausser le principe de la médiation. Par ailleurs, nous savons que lors d'une relation asymétrique, la médiation se fait toujours au profit de la personne qui a le plus de poids. Dans la relation patient-soignant, c'est ce dernier qui a le plus de poids, par conséquent, la médiation se fait souvent au profit du soignant. Quand les victimes ont seulement besoin d'être entendues, la médiation proposée est largement suffisante, mais quand les victimes ont besoin d'une réelle réparation, elle ne l'est pas.

La deuxième voie comprend un recours auprès de l'Ordre des médecins. Cette voie est problématique dans le sens où la patiente n'obtient aucune information sur la décision prise par l'Ordre vu ses règles de confidentialité.

La troisième voie est la plainte pénale, mais très peu de plaintes sont déposées. Dans les travaux parlementaires de la nouvelle loi relative aux violences sexuelles, les violences gynécologiques et obstétricales ont été exclues explicitement de la définition du viol.

4) La judiciarisation

Contrairement à ce que certaines personnes affirment, nous n'observons pas d'augmentation de condamnations de soignants sur base de motifs liés aux VGO. Il faut donc relativiser l'affirmation de la judiciarisation de la société, d'autant plus que le nombre de faits a augmenté: les violences gynécologiques et obstétricales sont liées aux conditions des soignants qui ont empiré ces quarante dernières années. Malgré cela, nous n'observons pas d'explosion des recours judiciaires et encore moins de condamnations de violences gynécologiques et obstétricales.

5) La formation

Les médecins sont informés de la judiciarisation à travers les formations qu'ils ou elles suivent. Il s'agit de formations continues données presque exclusivement par des compagnies d'assurance. Or, l'intérêt des ces compagnies n'est ni le bien-être de la patiente, ni le bien-être du soignant. C'est pourquoi Mme Ben Jattou souhaite introduire le droit médical dans la formation de base des soignants.

6) Les voies du changement

L'oratrice énumère quelques recommandations afin de lutter contre les VGO:

- le droit médical ne fait pas partie du cursus de base ni des sages-femmes, ni des médecins, mais il serait souhaitable de l'y inclure afin de pouvoir analyser les différents cas selon une approche académique et non exclusivement par le prisme des compagnies d'assurance;
- les conditions de travail des soignants devraient être améliorées, y compris: le temps de travail (*cf*. par exemple les gardes de 10-14 heures); une revalorisation des salaires des sages-femmes et autres soignants; une reconnaissance globale de ces métiers et la mise en application du principe: «une parturiente = une sage-femme»;
- il faudrait introduire une modification législative pour obtenir des voies de recours effectives;
- les choix non-médicalisés pour les grossesses et les accouchements non-pathologiques devraient être valorisés. Selon l'OMS ceux-ci représentent 90 % des cas;
- une information des patientes sur leurs droits, leur permettant de mieux prendre en mains leur propre santé, est indispensable.

Pour terminer, Mme Ben Jattou remercie les sénatrices pour leur initiative qui contribue à sortir du tabou autour des violences gynécologiques et obstétricales.

C. Exposé de Mme Élise De Saint Moulin, barreau de Bruxelles

Mme De Saint Moulin est avocate en droit de la responsabilité médicale et remplace maître Muylaert qui avait été sollicité en premier lieu par le comité d'avis pour intervenir lors de l'audition.

1) Mise en contexte

Elle constate que les dossiers en matière de gynécologie-obstétrique représentent une partie importante du contentieux au sein du cabinet.

L'oratrice relève quelques points communs dans les dossiers pris en charge:

- tout d'abord, il s'agit d'une spécialisation à haut risque. En effet, du point de vue assurantiel, ce sont les gynécologues qui paient les primes d'assurance les plus élevées parmi toutes les spécialités parce que leur pratique est à haut risque. Lorsqu'un accouchement se déroule mal et mène à un bébé handicapé, les indemnisations peuvent être excessivement importantes;
- outre le contexte à haut risque, les accouchements se caractérisent également par des situations d'urgence. Ce contexte d'urgence va *de facto* avoir un impact sur la communication entre le ou la gynécologue, les sages-femmes et la parturiente;
- enfin, dans les dossiers, il y a souvent des discordances entre le vécu de l'événement par les prestataires de soins et le vécu de l'événement par la patiente.

Mme De Saint Moulin confirme que certains des dossiers qu'elle traite peuvent entrer dans le vocable de «violences obstétricales»: par exemple, l'oubli d'une compresse à l'issue d'une césarienne ou le cas d'une patiente qui consulte pour se faire enlever des tissus utérins cancéreux et qui, suite à une complication lors de l'intervention, subit une hystérectomie, alors qu'elle avait seulement marqué son accord pour l'ablation de la tumeur.

La difficulté, c'est que le terme de «violence obstétricale» est relativement large et peut couvrir des circonstances de faits très diverses pouvant aller de la simple parole malencontreuse jusqu'à une erreur médicale au sens strict du terme ou à un défaut de consentement du patient parfois sans conséquence sur le plan de l'intégrité physique.

Les dossiers qui mènent à une procédure judiciaire concernent généralement des cas où il y a eu des lésions corporelles. Cette action devant les cours et tribunaux est motivée par la volonté de voir les responsabilités établies et la volonté d'obtenir une réparation financière. Les préjudices moraux mènent plus rarement à des procédures judiciaires car ils sont moins faciles à prouver tant en termes d'existence que d'étendue.

2) Cadre légal

Il est vrai qu'il n'y a pas de cadre légal spécifique aux violences gynécologiques et obstétricales, mais un cadre légal déjà relativement complet existe qui peut être mobilisé.

a) Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

Outre le droit à des prestations de qualité (article 5), la loi relative aux droits du patient de 2002 consacre le droit au consentement libre et éclairé (article 8). Dès lors, tout acte médical qui serait réalisé sans le consentement du patient est constitutif d'un manquement et peut donner lieu à une mise en cause de la responsabilité du prestataire de soins.

Cette même loi stipule également que pour être agréé, chaque hôpital doit disposer d'une fonction de médiation (article 11). À ce sujet, l'intervenante rejoint certaines des réserves exprimées par Mmes Ben Jattou et Debelle lors de leur intervention, pas tellement celles relatives à l'intégrité du médiateur, mais plutôt le regret que cette médiation ne présente pas les mêmes garanties que la médiation instituée par le Code judiciaire, notamment en termes de confidentialité. La médiation sera souvent idéale pour les patientes qui souhaitent s'exprimer et être entendues quand le problème est plutôt d'ordre communicationnel. Ainsi, la médiation intra-hospitalière sera pertinente pour restaurer le dialogue entre le prestataire de soins et la patiente dans des dossiers aux conséquences plutôt limitées. Par contre, dès que les conséquences physiques sont plus lourdes, il faut savoir que la médiation n'est généralement pas le lieu de mise en cause des responsabilités ou le lieu d'obtention d'une indemnité financière, notamment parce que, dès lors qu'il y a une mise en cause de la responsabilité, c'est l'assurance qui prend la direction du litige et le médecin n'est plus libre de faire et dire ce qu'il veut dans ce processus de médiation qui en outre ne s'avère pas confidentiel.

b) Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé

Outre la loi relative aux droits du patient, l'intervenante rappelle l'existence de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé du 22 avril 2019 (46) qui permet également de protéger le patient. Cette loi ne contient pas non plus de dispositions spécifiques aux violences gynécologiques et obstétricales, mais contient des dispositions qui visent à promouvoir la qualité des soins et qui pourront être mobilisées par les patients.

Une des solutions pour permettre de diminuer les violences gynécologiques et obstétricales et obtenir un meilleur respect du droit à l'autodétermination de la femme, notamment dans le cadre de son accouchement, sont les maisons de naissance et la possibilité d'accoucher à domicile. Selon l'intervenante, il s'agit d'une bonne piste de solution mais elle attire l'attention sur le fait qu'il faut rester prudent en termes de responsabilité pour les prestataires de soins. Elle renvoie notamment aux articles 14 et 18 de la loi qui obligent les prestataires de soins à bien connaître les limites de leurs compétences. Ainsi, la loi oblige le prestataire de soins 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. Selon l'oratrice, il existe un danger concernant les accouchements difficiles en termes de responsabilité *a posteriori*, dans le cas par exemple de transferts tardifs de parturientes en cours de travail de leur domicile à l'hôpital. À cet égard, les maisons de naissance existant au sein-même des hôpitaux ou accolées à ceux-ci permettent de mieux respecter les dispositions légales de la loi «qualité».

(46) Loi «Qualité» – entrée en vigueur intégrale depuis le 1er juillet 2022.

c) Loi du 21 mars 2022 modifiant le Code pénal en ce qui concerne le droit pénal sexuel (47)

L'oratrice aborde le volet pénal en précisant que la loi du 21 mars 2022 qui modifie le Code pénal est entrée en vigueur depuis le 1er juin 2022 et vise à réprimer davantage toute atteinte à l'intégrité sexuelle. Le nouveau Code pénal tel que modifié précise bien que, lorsque les atteintes à l'intégrité sexuelle émanent d'un professionnel de la santé, cela constitue un facteur aggravant (articles 417/21 et 417/23).

En conclusion, nous retrouvons donc dans les textes légaux récents une véritable volonté de protection du patient.

3) Fondements d'action et conditions de la responsabilité

Comme indiqué par les oratrices précédentes, il existe déjà, dans le système juridique actuel, diverses voies de recours pour les personnes victimes de violences gynécologiques et obstétricales. Pour la patiente, se pose plutôt la question de savoir quels sont les avantages et les inconvénients de chacune des voies et lesquelles sont les plus efficaces. Il y a la voie pénale et la voie classique de la responsabilité civile (contractuelle ou extracontractuelle) mais également la procédure spécifique instituée devant le Fonds des accidents médicaux. La procédure devant le Fonds est surtout pertinente en cas d'accident médical sans responsabilité ou à défaut de ressources financières suffisantes dans le chef du patient puisqu'il s'agit d'une procédure gratuite.

Les oratrices précédentes affirmaient qu'aucun dossier n'a jamais abouti pour reconnaître les violences obstétricales, mais Mme De Saint Moulin souhaite nuancer ce propos. Cela dépend du manquement qui est allégué. Pour rappel, il existe trois conditions pour mettre en cause la responsabilité d'un tiers en droit commun: il faut une faute, un dommage et un lien causal entre la faute et le dommage. Pour toute une série de dossiers, un manquement technique sera allégué à l'appui de l'action en responsabilité. En guise d'exemples, une épisiotomie a été effectuée alors que ce n'était pas indiqué, ou il a été recouru à la césarienne de manière trop tardive. Indépendamment des questions de consentement, le patient est en présence d'un manquement aux règles de l'art. Pour les avocats, ce sont alors des dossiers de responsabilité tout à fait classiques qui donnent lieu à une réparation dans le chef des victimes dès le moment où la faute à l'origine du dommage est démontrée.

Les victimes parviendront généralement à démontrer la faute médicale via le recours à une expertise judiciaire. Celle-ci est généralement diligentée par un médecin de la spécialité incriminée, ou, le cas échéant, par un médecin licencié en médecine d'expertise entouré d'un spécialiste. Avant d'entamer le débat de fond devant le juge, cette expertise en amont permet de savoir si le prestataire de soins s'est comporté comme un prestataire de soins normalement prudent et diligent. L'objectif de cette expertise est de savoir si un autre prestataire de soins, placé dans les mêmes circonstances, aurait agi de la même manière. Les choses peuvent se complexifier quand il y a des divergences d'écoles. Ainsi, en matière de violences gynécologiques et obstétricales, il est interpellant de lire, en termes de recours à l'épisiotomie, de recours à la césarienne, de calcul du terme, etc., que les pratiques diffèrent au sein même d'un hôpital, ou entre le Nord et le Sud du pays ou encore entre la Belgique et l'étranger. L'appréciation de la faute est rendue plus compliquée, car l'expert cherchera à connaître les *guidelines* médicaux applicables pour le cas qui lui est soumis et la difficulté va être de savoir ce qui est reconnu dans ces *guidelines* comme l'attitude optimale à avoir face à une patiente X.

En d'autres termes, si vous avez un dossier avec un dommage composé de lésions corporelles consécutives à un manquement technique, il s'agit d'un dossier classique de responsabilité et la victime aura droit à la réparation intégrale de ses lésions. L'intervenante rappelle qu'en Belgique, tous les dommages sont réparables qu'il s'agisse d'un simple dommage moral, d'une incapacité économique, ménagère, de préjudices esthétiques, sexuels, etc., et ce, de manière temporaire comme permanente. La somme des différents postes de dommages réparables peut donner lieu à des dossiers aux enjeux financiers considérables.

(47) Loi modifiant le Code pénal en ce qui concerne le droit pénal sexuel du 21 mars 2022.

4) Consentement

En pratique, à la lecture des décisions de jurisprudence, il apparaît que le parcours de la patiente est en revanche plus difficile lorsque seul le droit au consentement libre et éclairé est violé, mais qu'il n'y a pas eu de conséquences d'un point de vue physique. Pourquoi?

a. d'abord parce que la charge de la preuve du défaut de consentement repose sur la patiente: elle doit démontrer qu'elle n'a pas été suffisamment informée et rapporter ainsi la preuve d'un fait négatif. Il est opportun de rappeler qu'en droit belge, recueillir le consentement préalable du patient est une condition de licéité de toute intervention médicale, mais il n'y a pas d'obligation que celui-ci soit consigné par écrit. Il existe ainsi des dossiers médicaux qui sont totalement muets par rapport au consentement. Quand l'intervenante dispense des formations dans les hôpitaux ou autres, elle ne peut qu'encourager tous les médecins à garder une trace écrite des informations dispensées au patient et de son consentement. Il faut savoir que le patient peut exiger que les informations qui lui sont données et son consentement soient consignés par écrit (article 7, § 2, et 8, § 1er, de la loi du 22 août 2002), mais ceci est peu mis en pratique. Le médecin prend souvent l'initiative de mettre une petite note dans le dossier du patient indiquant que ce dernier a été informé mais sans plus de détails. Selon le type d'interventions et les hôpitaux concernés, il existe également des «formulaires types» plus longs qui mentionnent tous les risques à propos desquels le patient est informé, ce qui peut être utile par la suite en termes de charge de la preuve;

b. ensuite, parce qu'en droit belge, il est prévu d'indemniser le défaut de consentement uniquement en cas de réalisation d'un risque tu.

Prenons par exemple un accouchement qui se passe mal: la maman développe une complication et agit en justice pour obtenir réparation des lésions en découlant, pensant que celles-ci ont pour origine une faute du prestataire de soins. En cours d'expertise, on se rend compte qu'il s'agit en réalité d'un aléa thérapeutique et qu'il n'y a pas de faute médicale à proprement parler. La patiente va alors indiquer ne pas avoir été avisée de ce risque qui s'est réalisé et vouloir obtenir réparation pour défaut de consentement. À l'heure actuelle, les patientes ont droit à une indemnisation pour violation de leur droit au consentement libre et éclairé uniquement si elles parviennent à démontrer que, si elles avaient été informées de l'existence du risque qui s'est réalisé, elles n'auraient pas subi l'intervention chirurgicale ou l'acte médical litigieux et le risque en question ne se serait dès lors pas réalisé. En termes de charge de la preuve, c'est un travail divinatoire auquel se livrent les juges puisqu'ils doivent entrer dans le psychisme de la patiente pour décider si elle se serait soumise ou non à l'intervention pleinement informée.

Il y a peut-être une évolution à faire en jurisprudence sur ce point quant à la question de savoir si la violation du droit au consentement éclairé devrait donner lieu à une indemnisation d'un préjudice moral autonome. Autrement dit, les patientes, au lieu de réclamer les séquelles physiques qui ont eu lieu suite à la réalisation du risque qui n'a pas été déclaré, peuvent-elles se prévaloir d'un dommage moral propre du seul fait de ne pas avoir été informées? Sur ce point, la Belgique n'est pas au même niveau que la France qui a été un pas plus loin dans la reconnaissance du préjudice d'impréparation. Il s'agit d'une piste d'amélioration possible. Il existe de nombreux auteurs doctrinaux qui plaident, à l'heure actuelle, pour une reconnaissance de l'indemnisation d'un préjudice moral autonome suite au défaut de consentement libre et éclairé. Selon l'intervenante, il y a peut-être bien là un vide juridique en la matière mais Mme De Saint Moulin n'est pas certaine qu'il incombe au législateur de le combler; cela relève peut-être plutôt du travail d'interprétation des cours et tribunaux.

5) Pistes de réflexion

Mme De Saint Moulin rejoint les pistes d'amélioration non juridiques indiquées lors des auditions précédemment réalisées:

– effectuer des modifications structurelles; très souvent, les médecins sont désemparés parce que s'ils avaient plus de temps et plus de moyens à consacrer aux patients, des difficultés de communication n'auraient pas lieu. Or, très souvent, ce sont ces difficultés de communication qui sont à l'origine de procédures en justice;

– introduire davantage de multidisciplinarité: les patientes placent souvent beaucoup (voire trop) d'attentes dans le chef du prestataire de soins alors que chacun a ses compétences – un chirurgien obstétricien a comme priorité première de vérifier que, d'un point de vue technique, la santé de la maman et du bébé soit

assurée, alors que la maman a peut-être besoin de plus d'écoute et d'accompagnement. La multidisciplinarité entre les sages-femmes, infirmières, gynécologues, etc., est donc essentielle;

– établir des *guidelines* plus clairs contribuerait à une meilleure sécurité juridique pour les prestataires de soins et les patients. Les procès commencent souvent après que la patiente ait été consulter un autre médecin à l'issue de sa mésaventure, qui va lui indiquer qu'il aurait préconisé une toute autre approche. Ce n'est pas pour autant que les pratiques sont fautives, mais il y a des divergences d'école parfois difficilement compréhensibles en pratique.

D'un point de vue juridique:

– il existe déjà un cadre légal relativement complet mais qui pourrait être mobilisé davantage;

– il faut promouvoir davantage l'information des patientes sur leurs droits, éventuellement par le biais de prospectus ou de brochures. Il ne faut pas non plus oublier que le service de médiation intra-hospitalier a pour mission non seulement de résoudre les litiges, mais aussi d'informer les patients sur leurs droits et sur la voie qui est la plus adéquate pour rencontrer leurs souffrances. Pour la rédaction du rapport d'information concernant le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales, une source d'information qui pourrait être intéressante est la Commission fédérale Droits du patient (48) qui a, parmi ses différentes missions, celle de récolter toutes les données fédérales et de rendre des avis sur le respect du droit des patients. Il serait sans doute intéressant d'interroger cette Commission spécifiquement au sujet des violences gynécologiques et obstétricales. Enfin, en tant que praticien-avocat, que ce soit pour les avocats des victimes ou des médecins, il est nécessaire de réfléchir à la reconnaissance du préjudice d'impréparation comme voie de réparation du non-respect du droit au consentement éclairé?

D. Échange de vues

Mme Gahouchi remercie les oratrices. Elle rappelle que la problématique des violences gynécologiques et obstétricales est peu abordée. C'est pourquoi le comité d'avis pour l'Égalité des chances s'en est saisi. Il était important de prendre le temps et d'auditionner de multiples experts concernés par ces violences. Elle salue l'initiative des ministres de l'Égalité des chances francophones qui ont lancé un appel à projets en lien avec cette thématique. Elle exprime l'espoir que le rapport d'information puisse aider à la compréhension de la problématique et à trouver des solutions. Elle estime important d'inclure les hommes également dans la lutte contre les VGO car ils assistent aussi à la grossesse et à l'accouchement. Elle se demande si les personnes concernées par les violences gynécologiques et obstétricales ont le courage et la faculté de déposer plainte. Elle constate que les femmes connaissent peu leurs droits et subissent les actes médicaux sans se poser de questions.

Mme Masai remarque que les pistes de solution proposées par les oratrices sont congruentes avec celles proposées par d'autres experts auditionnés telles que les questions d'information, de formation et les considérations structurelles. Elle a retenu des auditions qu'il y a peu de plaintes et se demande s'il y a une manière de les quantifier et à quel organisme il faut s'adresser pour avoir accès à des données chiffrées. En ce qui concerne la médiation, elle imagine que certains rapports sont disponibles auprès du service de médiation fédéral, mais l'analyse de ces rapports s'annonce complexe du fait que le terme «violences gynécologiques et obstétricales» recouvre des dimensions très multiples et larges. Elle souligne l'importance d'un travail académique autour de ce thème, y compris sous le prisme du genre, tel que le travail de fin d'étude de Mme Debelle. Il serait utile que ce travail puisse s'effectuer dans d'autres facultés que celle de droit, telles que la sociologie, l'histoire, etc., pour nourrir le travail politique. Elle adresse une question à Mme Debelle: qu'est-ce qui l'a étonnée lors de ses recherches?

Mme Debelle répond que l'élément qui l'avait le plus interpellée concerne la banalisation des violences gynécologiques et obstétricales: un grand nombre de femmes en sont victimes sans forcément en parler et les VGO sont presque normalisées.

(48) Voir *https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-federale-droits-du-patient*.

Mme De Saint Moulin précise, en ce qui concerne la quantification des plaintes, que les avocats connaissent principalement des dossiers avec des lésions corporelles et que ce n'est donc pas vraiment représentatif pour obtenir des données chiffrées précises concernant le nombre de cas de violences gynécologiques et obstétricales. En revanche, les services de médiation intra-hospitaliers sont les services de proximité qui se veulent à l'écoute des patientes et patients et peuvent tenir un cadastre des plaintes. La loi prévoit en outre déjà que le service de médiation fédéral a pour mission de rédiger des rapports annuels adressés à la Commission fédérale «Droits des patients». S'appuyer sur ce dispositif existant permettrait peut-être de quantifier VGO de manière plus précise.

Elle indique par ailleurs que la décision des victimes de violences gynécologiques et obstétricales d'introduire une plainte ou non dépend aussi, outre du courage, des résultats espérés. En pratique, une plainte sera plus vite déposée si la victime recherche une réparation et une mise en cause des responsabilités. Dans ce cas, les assurances protection juridique peuvent intervenir et l'aider, à tout le moins financièrement, dans l'introduction d'une procédure judiciaire. Certaines victimes sont également motivées par la volonté que le cas ne se reproduise pas chez autrui à condition que le processus ne soit pas trop douloureux et trop difficile. Dans ce cas, le service de médiation intra-hospitalier devrait être le premier point de contact car il s'agit du lieu propice pour le rétablissement du dialogue et l'implémentation de solutions pérennes et constructives.

Mme Yigit aborde le cadre de violence structurelle dans la société, évoqué par les oratrices, notamment le problème préoccupant des conditions de travail des prestataires de soins. Elle rappelle également l'impératif de rentabilité qui pèse sur les médecins qui, dans certains cas, sont payés en fonction du nombre d'accouchements pratiqués; c'est pourquoi, elle préconise une rémunération fixe et équitable pour les médecins. En ce qui concerne l'épisiotomie, elle se demande comment les patientes sont informées à ce sujet et s'il existe un cadre légal à cet égard. Les exposés ont montré qu'en général, la médiation tourne à l'avantage des prestataires de soins et Mme Yigit aimerait savoir comment l'on pourrait légalement y remédier. Elle trouve que la piste de l'accouchement à domicile, qui a été mise en avant, est intéressante, mais elle se demande s'il existe en Belgique un cadre légal à cet effet.

Mme Ben Jattou explique qu'elle a suivi une formation de doula d'accompagnement à la naissance et qu'elle a donc une double casquette: celle de juriste, mais également de doula. Dans sa pratique, toutes les femmes n'ont pas vécu de violences gynécologiques et obstétricales. En revanche, les femmes qui ont accouché en milieu hospitalier en ont vécues. Sans vouloir généraliser, elle constate qu'il s'agit de violences institutionnelles et elle plaide pour un accouchement à domicile. À ce jour, il n'existe pas de cadre juridique pour les accouchements à domicile, le principe étant le suivant: ce qui n'est pas interdit est permis. Les sages-femmes ont bien des lignes-directrices et sont formées à l'accouchement eutocique, qui n'est pas pathologique et à repérer les signes de danger. Elle souhaite nuancer les remarques de Mme De Saint Moulin concernant le transfert vers l'hôpital des patientes qui développent des difficultés lors de leur accouchement à domicile, car selon elle, il s'agit plutôt d'un problème d'accueil de certains hôpitaux qui se montrent défavorables à l'accouchement à domicile. Elle constate que des bonnes pratiques existent en termes de soins gynécologiques et obstétricaux et espère que celles-ci sont davantage répandues.

Pour quantifier les recours, au sein de l'ASBL «Femmes de Droit», plus de 95 % des personnes qui demandent conseil ne s'adressent pas à un avocat parce que les violences qu'elles ont subies ne sont pas jugées juridiquement suffisamment graves pour mener à une condamnation. C'est la raison pour laquelle il y a très peu de recours par rapport à la quantité de violences subies.

Par rapport à la médiation, elle souhaite nuancer que le système de médiation dans les hôpitaux fonctionne grâce aux compétences des médiateurs et médiatrices qui appliquent des techniques de résolution de conflits. Il faut donc garder ce mécanisme, mais le renommer pour éviter les confusions avec le terme «médiation» au sens strict qui implique la neutralité totale du médiateur.

En ce qui concerne l'épisiotomie, selon la loi relative aux droits du patient de 2002, les patientes doivent être informées des risques de l'épisiotomie et des situations dans lesquelles une épisiotomie pourrait être appliquée. Elle observe que parmi les personnes qui consultent son association, la plupart n'avaient pas été informées de la pratique de l'épisiotomie avant leur accouchement.

Mme De Saint Moulin indique que ce n'est pas tellement en aval qu'il faut chercher des solutions, parce qu'il y a déjà pas mal de mécanismes en place. C'est plutôt en amont qu'il convient de trouver des solutions afin d'éviter que les violences gynécologiques et obstétricales ne se reproduisent, notamment au niveau de la

formation et de la communication en incluant un volet juridique, psychologique et sociétal dans le cursus des obstétriciens, gynécologues, sages-femmes, doulas, etc.

En ce qui concerne la question de Mme Yigit relative à l'épisiotomie, le contexte d'urgence fait parfois que l'obtention du consentement n'est pas évidente et nécessite de faire très rapidement la balance des risques pour la maman et le bébé entre sa réalisation ou non. Elle se rallie aux propos de Mme Ben Jattou selon lesquels l'information sur l'épisiotomie ne devrait pas se faire uniquement lors de l'accouchement, mais surtout en amont afin de donner la possibilité à la parturiente de pouvoir se prononcer sur certaines lignes de conduite à adopter le jour venu. D'un point de vue institutionnel, un formulaire-type concernant l'épisiotomie pourrait être développé à l'attention des patientes reprenant les risques et son consentement ou non. Ce formulaire pourrait être remis aux patientes en cours de grossesse afin de leur laisser suffisamment de temps pour en prendre connaissance, pour poser des questions complémentaires et avoir un retour informatif complet. Une telle démarche permettrait d'éviter les problèmes de communication et de les déjudiciariser.

Mme De Saint Moulin constate dans sa pratique que certains hôpitaux n'ont pas de gynécologue de garde en permanence sur place mais des gynécologues de garde «rappelables». Même si les sages-femmes ont les compétences suffisantes pour définir si un accouchement est pathologique ou non, le temps que le gynécologue, appelé en urgence, arrive sur place peut parfois se révéler critique. Se pose donc la question de savoir s'il faudrait imposer, dans chaque hôpital, la présence sur place d'une ou un gynécologue et pédiatre de garde, ce qui permettrait également un meilleur accueil des femmes qui accouchent à domicile et doivent se rendre à l'hôpital.

Mme Gahouchi constate que dans certains cas, les femmes sont confrontées aux violences gynécologiques ou obstétricales sans le savoir. En ce qui concerne la prévention, elle se demande si l'information des femmes ne devrait pas arriver en amont, en début de grossesse afin d'expliquer ce que sont les VGO et quelles sont les voies de recours possibles. En aval, les difficultés peuvent aussi se présenter (longtemps) après l'accouchement. Elle exprime l'espoir que les travaux du comité d'avis pour l'Égalité des chances puissent contribuer à améliorer les conditions des femmes, mais aussi des prestataires de soins; ces derniers étant aussi confrontés à l'urgence et aux tensions extrêmes.

Mme Ryckmans évoque l'intérêt de mettre en place un formulaire et d'obtenir le consentement en amont. Elle se demande si le projet de naissance a une valeur juridique et s'il serait pertinent d'y ajouter un volet plus formel lié au consentement en amont?

Mme Ben Jattou souhaite rappeler que le projet de naissance a été mis en place à l'initiative des femmes et non des hôpitaux et que son introduction a été mal vécue initialement. Aujourd'hui, le projet est presque devenu une norme. Dans sa pratique, Mme Ben Jattou n'a jamais pu utiliser un projet de naissance pour amener la preuve d'un consentement ou d'une absence de consentement.

Mme De Saint Moulin estime que**,** dans l'absolu, rien n'empêche d'utiliser un projet de naissance pour apporter la preuve de la volonté de la patiente. Elle précise que la preuve de la violation du défaut de consentement peut être apportée par toute voie de droit, que ce soit par écrit ou par des témoignages. Le dossier médical n'est pas la seule source d'information. À son avis, un projet de naissance pourrait être utilisé à cette fin également. Cependant, celui-ci ne fait pas partie du dossier médical en tant que tel; tout l'enjeu est dès lors de savoir dans quelle mesure le prestataire de soins qui serait incriminé aurait bien eu connaissance ou non de ce projet de naissance. Une solution pourrait être de le joindre systématiquement au dossier médical afin de s'assurer que le prestataire de soins ait connaissance de la volonté de la patiente. *A posteriori*, en cas de litige, le projet de naissance constituerait ainsi un élément de preuve comme un autre.

La question de l'institutionnalisation de formulaires d'information, quant à elle, est à double tranchant. Le fait de remettre un formulaire aux patients peut être perçu par ces derniers comme une manière pour le prestataire de soins de se déresponsabiliser. Il existe une méfiance de la patientèle vis-à-vis des formulaires qui peut se comprendre par le fait que, en arrivant à l'hôpital, les patients doivent déjà remplir une série de formulaires et il faut donc éviter un phénomène de surcharge administrative. D'une certaine manière, le formulaire permettra certes d'apporter une preuve de ce qui a été dit au patient, mais en revanche, pour le prestataire de soins, il pourrait en être déduit que tout ce qui n'est pas dans le formulaire n'aurait alors pas été dit avec les conséquences que cela implique d'un point de vue juridique. C'est probablement une des raisons pour lesquelles dans la loi (relative aux droits du patient), le devoir d'information ne doit pas nécessairement être effectué par écrit, afin de permettre une certaine souplesse en pratique. D'autant plus que l'étendue du devoir d'information

dépend également de la personnalité du patient: parfois informer le patient de tous les risques possibles en amont n'est pas une bonne chose, car certains patients sont angoissés et doivent, au contraire, plutôt être rassurés.

Mme Ben Jattou souligne qu'il est très important de s'adapter aux parturientes car certaines d'entre elles sont très anxieuses. Il pourrait être utile de mener une réflexion par le personnel soignant en collaboration avec les associations de patientes pour se mettre d'accord sur un socle commun d'informations à transmettre à chaque parturiente qui soit accessible à toutes les femmes peu importe leur degré d'éducation. Mme Ben Jattou indique être sceptique par rapport à l'idée d'un formulaire écrit, car celui-ci ne peut pas recouper toutes les situations. En outre, un consentement doit pouvoir être retiré à tout moment. Selon l'un des principes du monde associatif féministe, le meilleur traitement de la violence est de la prévenir et de l'éviter. Il faut donc travailler en amont pour que les violences gynécologiques et obstétricales n'arrivent pas et cela passe par la communication, l'établissement de relations de confiance et l'information, y compris de savoir à qui se référer en cas de problème ou de question, par exemple concernant l'allaitement, l'accouchement, etc.

Mme Gahouchi rappelle qu'il y a déjà eu quelques avancées ces vingt dernières années, comme le suivi par les sages-femmes avant et après l'accouchement. Elle remercie les trois oratrices pour leur contribution et clôture la séance des auditions.

*

* *

VIII. ACRONYMES UTILISÉS

BMA:	*Belgian Midwives Association*
CEGORIF:	Cercle d'étude des gynécologues obstétriciens d'Ile de France
CEpiP:	Centre d'épidémiologie périnatale
CHU:	Centre hospitalier universitaire
CRGOLFB:	Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique
EBM:	*evidence based medicine*
ENCMM:	Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
EhB:	*Erasmus Hogeschool Brussel*
EMA:	*European Midwives Association*
EMDR:	*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*
EVRAS:	Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle
FPS:	Femmes prévoyantes socialistes
GIP:	Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité
INAMI:	Institut national d'assurance maladie-invalidité
KCE:	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
KNOV:	*Koninklijke Nederlandse Organisatie van verloskundigen*
LGBTIQA+:	personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres, intersexuées, queer et/ou asexuelles, ainsi que les personnes ayant d'autres orientations sexuelles et romantiques, d'autres genres et d'autres sexes
MUNet:	*Midwifery Unit Network*
OMS:	Organisation mondiale de la santé
ONE:	Office de la naissance et de l'enfance
ONU:	Organisation des Nations unies
SSPT:	syndrome de stress post-traumatique
SWOT:	*strenghts, weaknesses, opportunities, threats*
UCLouvain:	Université catholique de Louvain
ULB:	Université libre de Bruxelles
UMC:	*universitair medisch centrum*
UZ:	*universitair ziekenhuis*
VBOV:	*Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen*
VGO:	violences gynécologiques et obstétricales
VUB:	*Vrije Universiteit Brussel*
VVOG:	*Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie*
WAIMH:	*World Association for Infant Mental Health*

I. HOORZITTINGEN VAN 25 OKTOBER 2021

- Mevrouw Régine Tierens, medewerkster, en mevrouw Lavina Giudice, coördinator van NASCI vzw - Dienstencentrum voor het kind;
- Mevrouw Anissa D'Ortenzio, verantwoordelijke voor de onderzoeken over de gezondheid van vrouwen bij de *Femmes prévoyantes socialistes*;
- Mevrouw Noëmi Willemen, assistent bij EFSA – *École de sexologie et des sciences de la famille* aan de *UCLouvain*;
- Mevrouw Florence Guiot, voorzitster en mevrouw Marie-Hélène Lahaye, jurist, auteur en oprichtster van het *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée*.

A. Uiteenzetting met mevrouw Régine Tierens en mevrouw Lavina Giudice, NASCI vzw – Dienstencentrum voor het kind

NASCI is een dienstencentrum voor het kind. De doelgroep zijn kansarme moeders die geen inkomen hebben en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen. Het zijn deze moeders die door de mazen van het net vallen: ze hebben geen recht op een werkloosheidsuitkering, geen vast inkomen en geen ziekenfonds. Soms zijn het jonge koppels die uit het zuiden komen en naar België zijn verhuisd, zonder kansen op werk te hebben, soms zelfs zonder de taal te spreken of erkende diploma's te bezitten. Het centrum biedt hun materiële hulp (kinderkleding, gezondheidsproducten voor kinderen, enz.). NASCI is ook een sociaal huis dat moeders probeert te helpen die in armoede leven en geïsoleerd zijn. Voor deze doelgroep worden geregeld opleidingen, uitstappen en uitwisselingsmomenten georganiseerd. Wekelijkse bijeenkomsten («*Mama's Power*» genoemd) bieden de deelneemsters de gelegenheid om in vertrouwen te praten en van gedachten te wisselen met mensen die in hetzelfde schuitje zitten. Er wordt ook een programma voor eerstelijnszorg aangeboden. De vereniging werkt in dit verband samen met andere partners. NASCI biedt bijvoorbeeld diensten of zorg aan, zoals het invullen van medische kaarten. Het team houdt zich ook bezig met preventie op het gebied van anticonceptie, organiseert raadplegingen voor het plaatsen van contraceptiva, enz.

B. Uiteenzetting met mevrouw Anissa D'Ortenzio, bij de *Femmes prévoyantes socialistes*

De *Femmes prévoyantes socialistes* (FPS) zijn een feministische, progressieve, mutualistische en seculiere beweging die binnenkort honderd jaar bestaat. De FPS maken deel uit van het netwerk van verenigingen van het ziekenfonds Solidaris. De vereniging is werkzaam in de permanente vorming in Wallonië, maar ook in Brussel. Het doel is te informeren, te sensibiliseren en te mobiliseren rond de thema's die alle vrouwen in België aanbelangen. Het betoog van vandaag zal voornamelijk gaan over de gezondheid van vrouwen.

Sinds 2018 werken de FPS rond het thema obstetrisch geweld, waarbij zowel gynaecologisch als obstetrisch geweld wordt aangekaart. Er zijn verschillende analyses, brochures en evenementen uitgewerkt, waaronder rondetafelgesprekken met burgers die het slachtoffer zijn geworden van obstetrisch geweld, maar ook met een aantal gezondheidswerkers die hun medewerking hebben toegezegd (artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, huisartsen, enz.). Spreekster legt uit dat het relatief moeilijk is om gezondheidswerkers te bereiken als het gaat om deze vormen van geweld. Toch hebben ze een reële impact op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van vrouwen, vooral bij de bevalling of tijdens de zwangerschap.

1) Context

Sinds 2014 zijn er veel getuigenissen van obstetrisch geweld opgedoken met bijvoorbeeld *hashtags* als *#payetonutérus* of *#monpostpartum*. Historisch gezien kan men, gebaseerd op verschillende boeken en contexten, stellen dat de gynaecologische wetenschap in het leven werd geroepen om de seksualiteit en de voortplanting van de vrouw te controleren. Na de Tweede Wereldoorlog heerste er in België een natalistisch beleid dat geen rekening hield met de geestelijke of lichamelijke gezondheid van vrouwen en ervan uitging dat vrouwen

dienden om het land opnieuw te bevolken. Dit was natuurlijk een ander tijdperk, maar mevrouw d'Ortenzio wijst erop dat er nog steeds sporen uit dat verleden te vinden zijn.

2) Definitie

Obstetrisch en gynaecologisch geweld kan als volgt worden gedefinieerd: het geweld dat vrouwen kunnen ondervinden tijdens gynaecologische en verloskundige consultaties. Vrouwen bevinden zich in een relatief kwetsbare positie en kunnen tijdens onderzoeken het slachtoffer worden van seksisme, vernederingen of lichamelijk geweld.

Als we het over vrouwen hebben, bedoelen we alle vrouwen, ongeacht hun leeftijd. Wanneer het specifiek over obstetrisch geweld gaat, hebben we het over vrouwen op vruchtbare leeftijd. Daarom moeten het zelfbeschikkingsrecht en het recht op lichamelijke integriteit van vrouwen tijdens medische raadplegingen en meer in het algemeen in de gezondheidssector worden gewaarborgd. Het gaat hier om een reële uitdaging voor de volksgezondheid, vanwege de ernstige gevolgen ervan.

3) Enkele cijfers en voorbeelden

– episiotomie: volgens het KCE (49) is dit een 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. Deze praktijk lijkt echter veel vaker te worden toegepast dan het KCE en de WGO aanbevelen. Deze instellingen hekelen het overmatige gebruik van deze praktijk en pleiten voor een percentage van 10 %. Volgens de laatste cijfers wordt in Vlaanderen bij 42 % van de patiënten een episiotomie verricht, in Wallonië bij 25 % en in Brussel bij 20 %. Dit komt overeen met één op de drie bevallingen. Bij een eerste bevalling is dat gemiddeld een op de twee. Deze cijfers zijn enorm in vergelijking met de internationale aanbevelingen. Mevrouw D'Ortenzio herinnert eraan dat een episiotomie wordt aanbevolen om een ernstige inscheuring te voorkomen. Een natuurlijke inscheuring van het perineum is een snede in de huid, terwijl een door een gezondheidswerker uitgevoerde episiotomie een insnijding van enkele centimeters in de spier van het perineum is. Deze procedure is veel pijnlijker en traumatischer omdat de wondheling langer duurt;

– niet-vrijwillige keizersnede: in België wordt een op de vijf kinderen geboren door middel van een keizersnede. Het medisch profiel van de moeders of hun wensen verantwoorden deze praktijk echter niet altijd. Logistieke, financiële of organisatorische factoren verklaren de toepassing van keizersneden; bijvoorbeeld om de bevalling te bespoedigen en zo sneller naar een andere patiënte te kunnen overgaan. Het gaat hier met andere woorden om doelstellingen inzake rentabiliteit;

– fundusexpressie: oftewel drukken op de buik van de patiënte om de geboorte te bespoedigen. Deze praktijk is echter volstrekt verboden door de WGO en andere internationale instanties. Hij heeft geen enkele medische waarde en enkel negatieve effecten. Toch bestaat deze handeling nog steeds in België. Men kan ribben breken, zenuwbeschadigingen veroorzaken, in het ergste geval organen scheuren, om nog maar te zwijgen van de psychologische gevolgen.

4) Gevolgen voor de geestelijke en lichamelijke gezondheid

De gevolgen voor de volksgezondheid zijn dan ook talrijk. Spreekster zegt dat na een dergelijk trauma twee belangrijke tendensen naar voren komen:

– het afzien van gynaecologische zorg bij sommige patiënten. Om dit trauma niet opnieuw te beleven of uit angst opnieuw geweld te ondergaan, hetzij door dezelfde beoefenaar, hetzij in het algemeen, volgen sommigen een vermijdingsstrategie. De vertrouwensrelatie met het artsenkorps of de beoefenaar wordt verbroken wanneer de patiënte zich realiseert dat ze geweld heeft ondergaan. Deze zorgvermijding zal nefaste

(49) Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, *https://kce.fgov.be/nl.*

gevolgen met zich meebrengen, zoals zich niet laten screenen op baarmoederhals- of borstkanker, of het ontbreken van medische *follow-up* in het algemeen;

– bijkomende medicalisering: de bevalling is een fysiologisch trauma en brengt een nieuwe gezinsorganisatie met zich mee die niet altijd gemakkelijk te verwezenlijken is. Tegen deze achtergrond van structurele en fysieke veranderingen veroorzaakt obstetrisch geweld posttraumatische stress en postnatale depressie. Wanneer deze pathologieën worden behandeld, geven ze aanleiding tot bijkomende behandeling met geneesmiddelen, wat de hechting van de moeder met haar kind kan belemmeren. Eén moeder op drie in België kampt met posttraumatische symptomen na de bevalling.

Mevrouw D'Ortenzio citeert Ingrid Bayot, een Franse vroedvrouw en auteur, die zegt dat als vrouwen beter ondersteund zouden worden, de periode na de bevalling niet zo vaak rampzalig zou verlopen als wordt beschreven. De cijfers zijn nu al veelzeggend en op sociale netwerken vindt men gemakkelijk tal van getuigenissen.

Daarnaast zijn er ook gevolgen voor het zorgpersoneel. Deze vormen van geweld kunnen op verschillende manieren worden verklaard. Enerzijds worden een aantal verouderde praktijken of protocollen nog steeds uit gewoonte toegepast. Dit is niet systematisch kwaad bedoeld, maar een kwestie van gewoonte of gebrek aan voortdurende bijscholing in deze veeleer deontologische kwesties. Beseffen dat deze praktijken niét normaal zijn, is al een belangrijke stap. Maar wanneer sommige beroepsbeoefenaars beseffen welk geweld zij mogelijk hebben veroorzaakt, ontstaat er een professioneel onbehagen en desillusie over het beroep. Uit sommige internationale studies blijkt dat obstetrisch en gynaecologisch geweld vaker voorkomt wanneer bepaalde praktijken deel uitmaken van een proces van schaalvergroting, standaardisering, maximalisering van de efficiëntie of rationalisering.

Ook het begrip «toestemming» staat in deze problematiek centraal. In de 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 (50) pleit echter voor geïnformeerde toestemming op grond van alle beschikbare informatie. Wanneer gezondheidswerkers over dit onderwerp worden bevraagd, blijken slechts weinigen van hen op de hoogte van deze wet, laat staan dat ze de wet volledig toepassen.

5) Pandemie

Mevrouw D'Ortenzio wijst op de bijzondere situatie voor zwangerschapsmonitoring en bevallingen tijdens de pandemie. In twee jaar tijd zijn de omstandigheden in bepaalde ziekenhuizen verslechterd, wat blijkt uit talrijke getuigenissen. De pandemie blijkt bepaalde praktijken of situaties die lijken op gynaecologisch en obstetrisch geweld, te hebben verergerd. De opgegeven redenen hebben vaak te maken met het voorkomen van infecties. Voor sommige mensen of bevallingen hebben deze praktijken echter negatieve gevolgen gehad. Het is belangrijk dat de zorg zowel in normale tijden als in tijden van pandemie correct wordt verleend.

6) Oplossingen

Mevrouw D'Ortenzio geeft aan dat tijdens de rondetafels die in 2018-2019 door de FPS werden georganiseerd, een brochure voor het publiek is gemaakt waarin goede praktijken hierrond werden belicht. Deze praktijken zijn toegankelijk en niet ingewikkeld. Zij vergen een continue opleiding van de gezondheidswerkers, maar zij worden mogelijk gemaakt. Ook moet een goede vraagstelling en evaluatie van de praktijken worden ontwikkeld. Daartoe is een gezonde samenwerking met beroepsbeoefenaars van essentieel belang.

(50) Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, bron: *https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet*.

C. Uiteenzetting van mevr. Noëmi Willemen, EFSA – *École de sexologie et des sciences de la famille* aan de *UCLouvain*

Mevrouw Willemen heeft in het kader van haar werk bij de EFSA en als illustrator de afgelopen jaren talrijke getuigenissen verzameld van vrouwen die te maken hadden met verloskundig en gynaecologisch geweld. Dit geweld is een systemisch probleem dat bekend is bij gezondheidswerkers. Bovendien zijn er steeds meer onderzoekers die zich over deze kwestie buigen. Verslagen die in 2019 door internationale organisaties zoals de Verenigde Naties (VN) (51) of de Raad van Europa (52) zijn bekendgemaakt, behandelen dit thema. In Vlaanderen werkt men steeds meer rond dit onderwerp via het Platform «Samen voor een respectvolle geboorte», dat getuigenissen verzamelt.

Het probleem van verloskundig en gynaecologisch geweld wordt vaak in verband gebracht met onderbezette ziekenhuizen of klinieken in het zuiden. De buurlanden van België en ons land hebben echter ook met dit probleem te maken. Het heeft lang geduurd voor dit aan het licht kwam omdat deze praktijken zo normaal zijn geworden dat men er nog nauwelijks bij stilstaat. 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.

Zij die er zich wel over uitdrukken bijvoorbeeld via de ombudsdienst van het ziekenhuis of tijdens een postpartumafspraak, 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.

Er bestaan geen officiële cijfers over het probleem in België, deze dienen dus verzameld te worden. Een voorstel zou kunnen zijn om een onafhankelijk meldpunt op te richten voor meldingen betreffende grensoverschrijdende zorg, procedures of discriminatie. Het meldpunt zou los moeten staan van de ziekenhuizen omdat de meldingsdrempel daar blijkbaar nog erg hoog ligt. In Nederland bijvoorbeeld werd een project opgestart met vertrouwenspersonen die instaan voor nazorg, wat zeker niet overbodig lijkt na een melding waarbij pijnlijke ervaringen opnieuw worden opgerakeld.

Er bestaat dus een duidelijke nood aan data. Belangrijk hierbij is om niet enkel de inbreng te verzamelen van verenigingen zonder winstoogmerk (vzw) en belangenorganisaties, maar ook van humane wetenschappers, psychologen, sociologen, historici, antropologen, enz. Er bestaat ontzettend veel academisch onderzoek over hoe onze geboortezorg en gynaecologische zorg ontstaan is en evolueert, maar dat onderzoek duikt zelden op in de medische literatuur of bereikt de zorgverleners nauwelijks, er bestaat weinig overlap tussen deze studiegebieden.

Spreekster vindt het belangrijk om te herhalen wat eerder werd aangehaald: gynaecologisch geweld is breed: het gaat over een grensoverschrijdend fenomeen in de gynaecologische en reproductieve zorg, over zorg betreffende pijnlijke menstruaties, over contraceptie, abortus, gynaecologische aandoeningen, seksuele gezondheidszorg, fertiliteitstrajecten; het gaat over een gebrek aan menselijke toets, over ervaringen bij de menopauze: «ik heb te weinig informatie, ik heb klachten maar ik vind het heel moeilijk om dat bespreekbaar te maken, ik voel me weinig gehoord, enz.».

Mevrouw Willemen stipt vervolgens het aspect veiligheid aan binnen de discussie rond gynaecologisch geweld. Heel veel mensen zijn tevreden over de zorg die ze krijgen. We kunnen bogen op een performant zorgsysteem waar kwaliteitsvolle zorg geboden wordt. De cijfers betreffende geboortezorg in België, behoren tot de beste van de wereld: ze worden ook steeds geciteerd voor wat betreft mortaliteit en morbiditeit. Maar daarnaast beschikken we niet over cijfers betreffende discriminatie op basis van etniciteit. Buitenlands onderzoek (53) toont aan dat er op dat vlak grote problemen zijn; dus als er in België onderzoek wordt verricht over discriminatie op de arbeidsmarkt, woningmarkt of in het onderwijs, lijkt het volgens mevrouw Willemen dan ook essentieel dat er ook nagegaan wordt hoe mensen met een migratieachtergrond, uit geracialiseerde of gemarginaliseerde groepen hun zorg ervaren: data hierover zijn nog niet beschikbaar en moeten aangemaakt worden.

---

(51) *Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences concernant 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, juillet* 2019, *https://undocs.org/fr/A/74/137*.

(52) *https://pace.coe.int/fr/files/28108/html#_TOC_d19e113*.

(53) Onderzoek verricht in de VS en het VK.

Noodzaak is ook om «veiligheid» breder te definiëren: de cijfers waarmee we ons op de borst kloppen, handelen over fysieke veiligheid. Er zijn echter heel wat mensen die aangeven dat ze zich niet veilig gevoeld hebben in de desbetreffende zorg. Er moet volgens spreekster meer aandacht, zowel in onderzoek als in beleid, besteed worden aan mentaal en emotioneel welzijn. Dit is noodzakelijk voor het schetsen van een totaalbeeld van de gezondheidszorg. Gezondheid gaat niet alleen over de afwezigheid van fysieke problemen. In dat opzicht zijn de cijfers – gebaseerd op het onderzoek van de Nederlandse gynaecoloog Stramrood – over traumatische bevallingen veelzeggend: 10 tot 20 % (ander onderzoek heeft het zelfs over 30 %) ervaart een bevalling als traumatisch. Voor België betekent dit bijvoorbeeld voor de 113 739 baby's die in 2020 geboren werden (54), dat 11 000 tot 22 000 van de bevallingen als traumatisch worden ervaren. Als we dit doortrekken naar het gegeven van posttraumatische stress, zitten we tussen de 1 000 en 3 400 mensen. Het betreft hier heel hevige effecten die worden ervaren met de eraan gekoppelde risico's van medische complicaties maar ook van psychische klachten en trauma in de voorgeschiedenis. Opvallend is dat veel ondervraagden aangeven dat de interpersoonlijke factoren extreem belangrijk waren. De getuigenissen gaan op zichzelf beschouwd niet over fysieke dwang, maar heel vaak over het zich onder druk gezet voelen, weinig informatie, weinig steun of weinig inspraak krijgen. 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. Het is volgens mevrouw Willemen dan ook essentieel om de problematiek expliciet – de Europese Raad doet dat ook in navolging van het Verdrag van Istanbul – te kaderen als gendergebaseerd geweld.

Stilstaand bij de cijfers die wel beschikbaar zijn, moeten we er volgens mevrouw Willemen van uitgaan dat veel van de mensen die over de drempel van een consultatieruimte stappen, al een trauma met zich meedragen. Toch is er amper aandacht tijdens de opleiding van zorgverleners over het omgaan met mensen met een trauma. Er is met andere woorden amper *trauma-informed care* in ons zorgsysteem ingebed en er is veel te weinig aandacht voor het recht op zelfbeschikking. Spreekster vindt het belangrijk dat het fenomeen bestempeld wordt als een vorm van «institutioneel» geweld: het gaat dus niet over het verwijderen van een paar rotte appels, dan wel over een systeem van grensoverschrijdend handelen dat de drempel daartoe verlaagt. Oorzaak hiervan ligt in het feit dat onze zorg tijdens de 20e eeuw heel erg geamerikaniseerd werd. De zorg verhuisde vanuit de sociale huiselijk omgeving van de plaatselijke vroedvrouw naar een ziekenhuis waar de patiënt, onder leiding van een arts, bevalt tussen onbekenden. Dit leidde tot een sterke standaardisering waarin ook de infrastructuur bepaald wordt door de technologie en waarin er praktijken ontwikkeld zijn die vandaag nog altijd doorwerken, ook al zijn ze niet per se empirisch onderbouwd.

Het is eveneens belangrijk aan te geven dat gynaecologisch geweld ook de zorgverleners treft. De term «geweld» ligt trouwens ontzettend moeilijk bij zorgverleners: niemand ziet zichzelf graag als een dader en al zeker niet de zorgverleners, die, zo bleek ook nog overduidelijk tijdens de Covid-19-pandemie, gepassioneerd hun beroep kiezen en uitvoeren, niet zelden tot ver over het randje van de *burn-out*.

Veel geboortewerkers geven zelf aan dat ze last hebben van de huidige organisatie van de zorg waar weinig ruimte rest voor persoonlijke contacten en overleg. Gynaecologen zien vaak tot tientallen mensen per dag, *a rato* van tien minuten per patiënt, koppelen dit schema nog aan administratieve taken en dragen tezelfdertijd een grote verantwoordelijkheid. Vroedvrouwen geven bij uitstek aan dat het heel moeilijk is om een persoonlijke invulling te geven in een systeem met hoge werkdruk, waar ze van verloskamer naar verloskamer hollen en een onvoorspelbaar gegeven als geboorte moeten begeleiden. Heel vaak kennen ze de mensen niet die binnenkomen en moet het persoonlijk contact gelegd worden tussen de weeën door, moet er ondertussen nog gerapporteerd, informatie gedeeld en gerustgesteld worden en moeten noden worden gedetecteerd.

De inkorting van de ligdag op de materniteit heeft een duidelijke impact op wat er moet doorgegeven worden aan informatie binnen een – ingekort – tijdsbestek. In Vlaanderen bestaat er immers geen uitgewerkt systeem van kraamzorg of van eerstelijnsvroedvrouwen die ondersteuning bieden aan huis; mensen worden vaak «de jungle ingestuurd» waardoor ze, als ze slechte ervaringen hebben, ze die ook nog alleen moeten verwerken. Het is kortom erg moeilijk, gezien de context waarin er gewerkt wordt, om individuele zorg te bieden:

– vaak wordt teruggegrepen naar gestandaardiseerde procedures, ook al omdat dit vanuit medicolegaal standpunt handig is – stel dat er een klacht volgt –;

(54) Volgens Statbel: *https://statbel.fgov.be/nl/nieuws/aantal-geboorten-daalt-sterk-2020* (geraadpleegd op 23 november 2021).

– vaak zijn zorgteams heel hiërarchisch georganiseerd waardoor het voor stagiairs en jonge zorgverleners moeilijk is om problemen aan te kaarten. Bijna elke zorgverlener die getuigt over de problematiek, is getuige geweest van geweld, heeft daar soms ook moeten aan meewerken of denkt dat hij betrokken was bij handelingen die over de grens gingen. Er is echter weinig ruimte om dit te bespreken, er heerst een soort zwijgcultuur en heel wat jonge zorgverleners, – dat blijkt alvast uit internationaal onderzoek (55), raken zelf ook getraumatiseerd, maar ook voor hen bestaat er geen nazorg.

De *conditio sine qua non* in heel de discussie is de noodzaak om te investeren in zorg en zorgverleners. Om voortdurende één-op-één zorg te kunnen bieden, moet de werkdruk naar beneden en moet er nagedacht worden over schaalverkleining.

Er moet ook veel meer duidelijkheid zijn over het zorgaanbod – waar kan je (kosteloos) terecht? – zeker voor mensen die onderaan de socio-economische ladder staan. Vaak gaan mensen rechtstreeks naar de gynaecoloog. Een bepaald segment van het publiek doet aan overconsumptie – te veel onderzoeken en te veel behandelingen – terwijl anderen vaak niets krijgen of vragen en zich voor het eerst manifesteren in het ziekenhuis. Er moet meer werk gemaakt worden van een zorgpad met meer opties, ook post partum. Enerzijds worden mensen aangemoedigd om poliklinisch te bevallen, maar anderzijds worden ze vaak al op dag drie na de bevalling, op het moment dat de stuwing inzet of dat de kraamtranen komen, alleen naar huis gestuurd. Er bestaat bijvoorbeeld interessant internationaal onderzoek over wijkgebonden zorg – dat werkt bijvoorbeeld goed in zwarte gemeenschappen – waarnaar gegrepen kan worden.

Bovenal moeten we collectief ingrijpen in gynaecologisch geweld, het zorgsysteem op zich moet aangepakt worden. Het handelt hier ook over een cultureel bepaald gegeven. Het is problematisch dat er nog heel veel ingrepen gebeuren waarbij de normen, volgens de WGO, ver overschreden worden. Hierbij kan bijvoorbeeld verwezen worden naar de episiotomie. Mevrouw Willemen haalt cijfers van 2019 aan: volgens de metingen zijn er 14,4 % knippen in Brussel, 18,6 % in Wallonië en 38,5 % in Vlaanderen (waarvan, in Vlaanderen, 58,5 % bij mensen die voor het eerst bevallen). Hierover bestaat ontzettend weinig transparantie. In Denemarken bijvoorbeeld bedraagt dit cijfer 7 % en vindt men dat er geen significante stijging is in het aantal rupturen om een andere aanpak te verantwoorden. Op basis van dezelfde internationale lectuur, gelden dus verschillende regels en gaan zorginstellingen en artsen anders handelen. De patiënt weet op dat vlak niet bij wie hij belandt, in tegenstelling tot bijvoorbeeld een ingreep aan het been waar alle scenario's die aan de orde zijn werden doorsproken en waarbij het de eigen arts is die behandelt. Bij een bevalling daarentegen kan men botsen op de gynaecoloog van wacht waarvan je niet weet of het iemand is die quasi nooit of eerder altijd knipt. Dat laatste geval in de overtuiging dat het beter hecht, ook al is die theorie al onderuitgehaald.

Meer transparante cijfers, die laten zien dat het om meer gaat dan exacte wetenschap en dat het ook een kwestie is van cultuur en gebruiken, zouden zeker zinvol zijn en zouden al toelaten om tot een soort kwaliteitscontrole te komen van de materniteiten betreffende het aantal episiotomieën, sectio's, enz. Feit is wel dat de data in kwestie gecorrigeerd moeten worden in die zin bijvoorbeeld dat bijvoorbeeld universitaire centra met meer pathologieën in aanraking zullen komen dan andere materniteiten.

Volgens mevrouw Willemen is het ook nog belangrijk om gynaecologisch geweld breder te bekijken dan het aspect van overmedicalisering – op zich het gevolg van medicolegale druk. De discussie gaat volgens haar bovenal over mensenrechten die het richtsnoer en het uitgangspunt moeten zijn van alles. Dit brengt de uiteenzetting van de spreekster bij de noodzaak van de vorming van de zorgverleners op het vlak van de rechten van de patiënt; meer bepaald omtrent de communicatie over en de toepassing van deze rechten, omtrent het juridisch kader waarbinnen de zorgverleners handelen en wat betreft het rechtssubject – *in casu* de zwangere vrouw –, rond de concepten *informed consent* en *informed refusal*, enz. De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt wordt (nog) te weinig toegepast. De patiënt heeft, onder meer, recht op volledige informatie, recht om in te stemmen, recht om neen te zeggen, recht op uitstel van behandeling, enz. «Volledige informatie» slaat in dezen op de kennis in verband met de voor- en nadelen van een behandeling en de mogelijke alternatieven. In de praktijk wordt hieromtrent heel weinig training over gegeven. Zorgverleners weten soms niet wat ze moeten aanvangen met een zwangere persoon die een bepaalde aanpak weigert: wat geldt in gelijk welk ander bed, geldt zeker ook in het kraambed: de patiënt beschikt over zijn eigen lichaam.

Gynaecologisch geweld is tenslotte ook epistemisch geweld. Geboorte wordt vaak hoofdzakelijk als een medisch gegeven benaderd en er gaat te weinig aandacht naar de geboorte als levensgebeurtenis. Een bevalling is

(55) Onder meer uit Australië.

per slot van rekening een gigantische belevenis in het leven van ouders, familie en van gemeenschappen. In de verloskamer worden niet gewoon lichamen fysisch uit elkaar gehaald, in een materniteit liggen lichamen niet gewoon te herstellen en wordt niet alleen borstvoeding aangeleerd. Het is dus duidelijk volgens mevrouw Willemen dat er overwegend een dominante medische blik wordt aangewend, maar volgens haar bestaat er ook nog een fundamenteel recht op een privéleven en familieleven en het recht om deze levensmomenten op eigen manier te mogen invullen. Eerder aangehaalde voorstellen om bijvoorbeeld de bezoekmogelijkheid op een materniteit drastisch in te perken, vergemakkelijken zeker het werk van de zorgverleners en komen zeker tegemoet aan de noden van sommige ouders, maar primordiaal moet de patiënt de kans krijgen om zelf zijn noden in te vullen en moet voor ogen worden gehouden dat niet iedereen het ziekenhuis als een warme en veilige plek ervaart.

D. Uiteenzetting van mevrouw Florence Guiot, en mevrouw Marie-Hélène Lahaye van het *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée*

Het *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée* is een vereniging die in 2014 werd opgericht en burgers en zorgverleners verenigt die opkomen voor het recht van vrouwen om te kiezen in welke omstandigheden zij willen bevallen en in het bijzonder obstetrisch en gynaecologisch geweld willen bestrijden.

1) Omschrijving van verloskundig en gynaecologisch geweld

Er zijn wereldwijd heel wat definities voor gynaecologisch en verloskundig geweld. Al die definities hebben wel enkele gemeenschappelijke punten. De meeste omvatten:

– het probleem van de niet-naleving van de rechten van de patiënt (wet van 22 augustus 2002 (56));

– nodeloze medische handelingen. Hier wordt verwezen naar de principes van *evidence based medicine* (57) die helemaal niet worden nageleefd;

– een gebrek aan waardigheid en menselijkheid tegenover de patiënt;

– geen rekening houden met pijn;

– ongepast gedrag in een zorgrelatie.

Spreeksters tonen tijdens de zitting een afbeelding van de piramide van gradaties van gynaecologisch en verloskundig geweld die in de wetenschappelijke literatuur wordt gehanteerd:

Vertaling piramide:

Agressie
opgelegde ingreep, gebruik van fysiek geweld, wettelijke verplichting, verbod op vaginale bevalling, ingreep zonder voorafgaande vraag

Aantasting
pesterijen, intimidatie, dreigementen met betrekking tot de veiligheid van de baby, spotten met de pijn of het leed, niet-naleving van het geboorteproject, negeren van vragen, verzoeken of wensen, druk om een ingreep uit te voeren na verschillende weigeringen

Normalisering
routine voorgesteld als noodzakelijk, geen toestemming vragen alvorens de zwangere vrouw aan te raken, dwang via vertekend medisch advies, vijandigheid tegenover doula's, grapjes over een geboorteproject dat leidt tot een keizersnede, taalgebruik over «toelaten / toestaan» van een zwangere vrouw, zwangerschap en bevalling als pathologie beschouwen, vreselijke verhalen over bevallingen en grapjes over de pijn of het verlies van waardigheid tijdens de bevalling, «het belangrijkste is te bevallen van een gezonde baby».

(56) *https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet.*
(57) *https://kce.fgov.be/nl/het-belgische-evidence-based-practice-netwerk.*

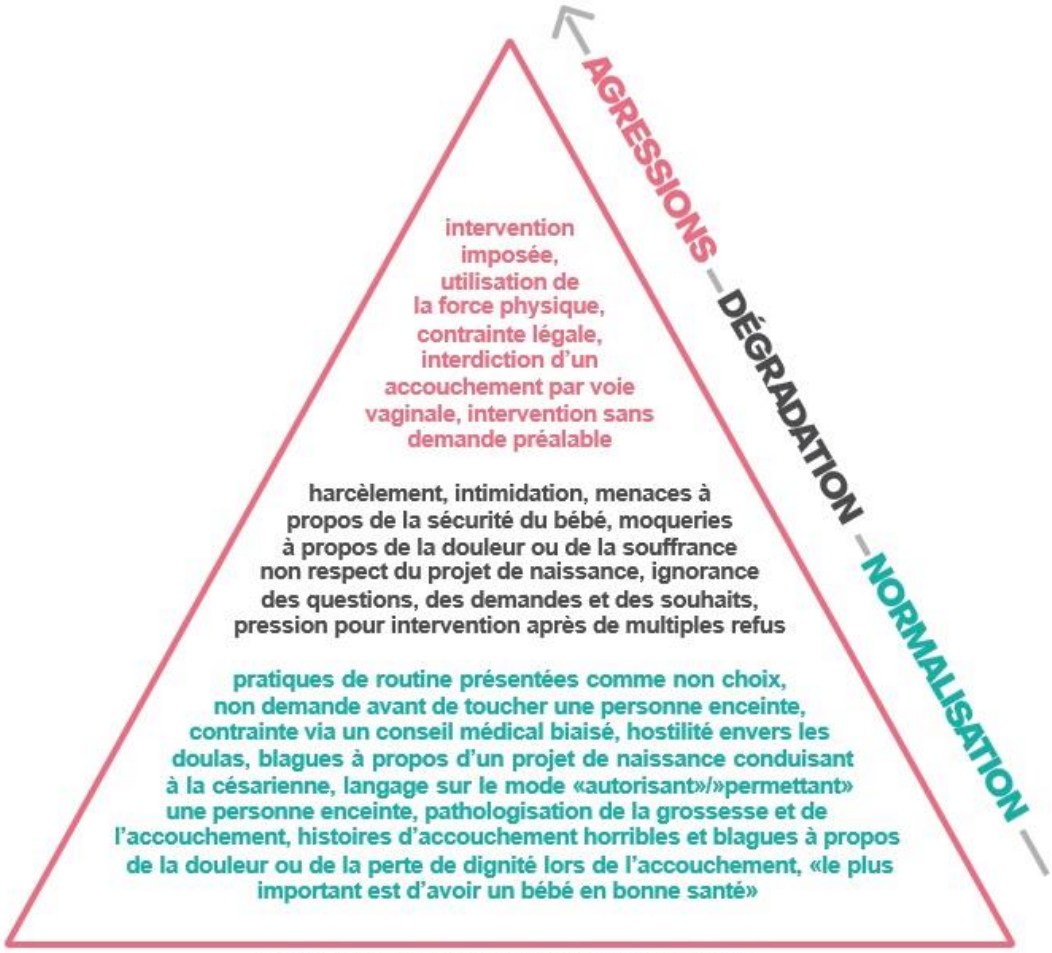


FIGURE 1 Pyramide de la violence obstétricale - © 2021 Birth Monopoly

3

2) Wat is de oorsprong van verloskundig en gynaecologisch geweld?

Het gaat om een combinatie van verschillende vormen van geweld:

–Ten eerste is er seksistisch geweld met stereotyperingen zoals «Vrouwen zijn zwak, broos, onbekwaam, irrationeel, onbeduidend, enz.». Die stereotyperingen vloeien voort uit de geschiedenis van de geneeskunde die in de eerste plaats patriarchaal is en uiterst vijandig staat tegenover vrouwen. Mevrouw Lahaye vermeldt ook onwetendheid over de fysiologie van de bevalling. Heel wat zorgverleners beseften pas wat een bevalling was toen ze zelf moesten bevallen en begrepen hoezeer zij vroeger patiëntes mishandelden door onwetendheid. Tot slot vermeldt spreekster de opeenstapeling van vormen van discriminatie (racisme, *fatshaming*, handicap, enz.) of intersectionaliteit. Seksueel geweld moet ook worden vermeld omdat er getuigenissen zijn van vrouwen over dit soort geweld door zorgverleners toen zij zwanger waren of bevallen waren;

– spreekster heeft het vervolgens over institutioneel geweld dat ook Fordisme of Taylorisme van de bevalling wordt genoemd. Mevrouw Willemen heeft dit kort aangestipt in haar uiteenzetting toen ze sprak over vroedvrouwen die van de ene patiënt naar de andere lopen met standaard medische handelingen. De financiering per handeling blijkt ook institutioneel geweld te zijn. De noodzakelijke zorgzaamheid en tijd voor een vrouw die bevalt, worden niet gefinancierd, in tegenstelling tot medische handelingen. Tot slot, is het overwicht van gynaecologen ten koste van vroedvrouwen ook institutioneel geweld in België. Die opvatting leidt ertoe dat de bevalling noodgedwongen gemedicaliseerd is. Verschillende getuigenissen van patiëntes gaan over verloskundig geweld door gynaecologen, vroedvrouwen, maar ook door anderen, zoals anesthesisten die niet altijd een passende houding hebben;

– tot slot wordt met de vinger gewezen naar gebreken in het zorgonderwijs. Spreekster heeft het over elitair en selectief onderwijs met als houding «omdat ik vroeger heb afgezien, ga ik jou nu ook laten afzien». Een

verschijnsel van trapsgewijze mishandeling in de medische hiërarchie heeft ook gevolgen voor studentes en patiëntes.

Die drie factoren kunnen worden gecombineerd en tot verloskundig geweld leiden.

3) Enquête

Het *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée* heeft in de zomer van 2021 een *online*-enquête gehouden, die gefinancierd werd via een projectoproep van de Franse Gemeenschap en *Alter Égales*. Op die enquête kwam een grote respons aangezien meer dan vierduizend vrouwen de volledige vragenlijst beantwoordden. De steekproef is dus uiterst representatief. In de enquête waren meer bepaald vragen opgenomen om vormen van discriminatie op te sporen. Deze enquête, «*Accoucher à Bruxelles et en Wallonie avant et pendant le Covid*» (58), is ook belangrijk en zonder precedent omdat er naar de ervaringen van de vrouwen wordt gepeild. Dit blijkt uit het aantal reacties van vrouwen op de open vragen. Dankzij deze enquête konden vrouwen vrijuit spreken. De volledige resultaten van deze enquête staan in het verslag.

a) Toestemming

Dit onderwerp houdt rechtstreeks verband met de rechten van de patiënt overeenkomstig de voornoemde wet van 22 augustus 2002. Volgens de cijfers van de enquête wordt de verrichte medische handeling slechts één keer op drie aan de patiënt uitgelegd en wordt bijna één keer op twee geen toestemming gevraagd. Uit die gegevens blijkt hoezeer de wet niet wordt nageleefd. Misschien is de wet bekend, maar wordt ze niet naar behoren toegepast. Op dit gebied is dus een hefboom voor verandering nodig.

b) Uiteenlopende praktijken in de verschillende ziekenhuizen.

Mevrouw Guiot stelt tijdens de vergadering de volgende tabel voor:

Chiffres en %	Nombre de femmes	Une des 6 formes de violence	Violence physique	Violence psycholo-gique	Violence verbale	Point du mari	Expression abdominale	Actes à vif	Instruments	Episioto-mie	Droit de boire oui si voie basse	Droit de manger oui si voie basse	Choix position Oui
référence maternité		41,87	2,8	27,53	6,23	6,29	9,24	8,13	12,31	20,48	64,54	28,68	42,37
Mat. 1	373	32,44	1,07	24,13	2,68	4,21	5,87	4,66	11,14	19,84	77,94	**61,76**	42,9
Mat. 2	71	38,03	1,41	16,9	4,23	6,56	11,59	8,57	**7,14**	21,74	56,6	16,98	43,1
Mat. 3	53	45,28	1,89	24,53	9,43	**13,04**	3,85	15,69	9,62	20,75	62,79	34,88	59,57
Mat. 4	87	40,23	2,3	32,18	8,05	2,78	4,76	9,2	6,98	**6,98**	58,33	28,33	39,92
Mat. 5	89	35,96	1,12	22,47	7,87	6,41	5,75	**3,45**	17,05	19,32	56,86	11,76	43,55
Mat. 6	97	**28,87**	2,06	18,56	5,15	1,23	1,06	4,12	8,42	7,29	73,24	42,25	**73,42**
Mat. 7	56	33,93	**0**	**7,14**	**1,79**	9,52	16,07	10,91	**7,14**	30,36	56,41	7,69	42,86
Mat. 8	177	50,85	2,82	27,68	6,78	7,35	**25,29**	7,02	12,57	31,25	60,8	33,6	25,87
Mat. 9	161	36,65	1,24	22,36	5,59	4,8	10,9	6,33	**22,5**	27,33	65,38	7,69	35,34
Mat. 10	62	41,94	**6,45**	27,42	9,68	6,38	3,23	6,67	12,9	17,14	88	44	43,1
Mat. 11	113	48,67	4,42	32,74	4,42	10,71	16,36	7,96	10,91	**37,17**	50	13,89	**12,2**
Mat. 12	54	48,15	1,85	29,63	**18,52**	**0**	13,46	**19,23**	14,81	9,26	**33,33**	**0**	51,28
Mat. 13	105	45,71	4,76	25,71	3,81	9,64	7,92	8,65	14,29	20,19	**81,58**	35,53	39,56
Mat. 14	76	**53,95**	2,63	**36,84**	13,16	6,56	13,89	6,94	10,81	29,33	56,82	20,45	33,33
Mat. 15	131	39,69	3,05	28,24	6,11	8,08	**2,38**	11,81	8,59	26,15	50,91	21,82	57,98

TABLEAU 1 Tableau reprenant les pourcentages des pratiques de certaines maternités (pour lesquelles plus de 50 femmes ont répondues et qui sont aux extrêmes de ces pratiques).

Vertaling tabel:

TABEL 1 – Tabel met de percentages van praktijken in een aantal kraamklinieken (waaraan meer dan vijftieg vrouwen hebben deelgenomen en die de extremen van deze praktijken vertegenwoordigen)

Cijfers in % – Aantal vrouwen – Eén van de zes vormen van geweld – Fysiek geweld – Psychologisch geweld – Verbaal geweld – Echtgenootsteek – Fundusexpressie – Onverdoofd ingrijpen – Instrumenten – Episiotomie – Recht om te drinken bij natuurlijke bevalling – Recht om te eten bij natuurlijke bevalling – Keuze houding

(58) *https://www.naissancerespectee.be/accoucher-a-bruxelles-et-en-wallonie-avant-et-pendant-le-covid-les-resultats/.*

Referentie kraamkliniek

Kr. 1, …

De eerste kolom betreft de verschillende kraamklinieken en de tweede het aantal vrouwen per kraamkliniek dat bevallen is en een getuigenis heeft afgelegd. Men heeft gekozen voor een minimum van vijftig bevallingen om over voldoende cijfermateriaal te beschikken en vergelijkingen te kunnen maken. De andere cijfers in de tabel zijn weergegeven in percenten.

De derde kolom verzamelt de zes vormen van geweld die in de daaropvolgende kolommen zijn weergegeven. Dit cijfer geeft dus het percentage vrouwen weer dat minstens één van deze zes vormen van geweld heeft meegemaakt. Gemiddeld gaat het om 41 % voor alle onderzochte kraamklinieken samen. De vormen van geweld zijn: fysiek geweld, psychologisch geweld en verbaal geweld. Dan volgen de funeste handelingen die de vorige sprekers hebben vermeld: de echtgenootsteek (waarbij na een episiotomie of scheuring strakker dan voordien wordt gehecht), fundusexpressie (op de buik drukken om de baby sneller tevoorschijn te laten komen) en onverdoofd ingrijpen (ofwel heeft de anesthesie niet gewerkt, ofwel is er geen anesthesie geweest voor het hechten van een episiotomie of een keizersnede, bijvoorbeeld).

Uit de tabel blijkt dat er een verscheidenheid is aan praktijken en realiteiten naargelang van het ziekenhuis. Er zijn ook grote verschillen. De cijfers in het groen zijn de beste cijfers van de kolom, die in het rood zijn de ergste.

De volgende kolommen betreffen de instrumenten en het uitvoeren van een episiotomie. Mevrouw Guiot wijst erop dat beide medische handelingen verantwoord zijn als zij op een doordachte manier worden gebruikt. De cijfers inzake episiotomie schommelen tussen 7 % en 37 %. Een dergelijke afwijking is niet logisch en roept vragen op. De laatste drie kolommen betreffen de autonomie die de patiënte heeft tijdens haar bevalling: kunnen drinken, kunnen eten, en de houding die men wenst voor het bevallen. Belangrijk om te weten is dat het wetenschappelijk aangetoond is dat deze drie criteria bevorderlijk zijn voor de bevalling.

Bij het lezen van de tabel stelt men vast dat sommige kraamklinieken op verschillende punten goed scoren en dat respect voor vrouwen dus deel uitmaakt van hun werkethos. Andere daarentegen zijn zich daar ofwel niet van bewust, of hebben er geen aandacht voor. Hoe dan ook stemt dit tot nadenken.

Het onderzoek heeft ook de plaatsen van bevalling onderzocht met betrekking tot de voornoemde geweldcijfers. Mevrouw Guiot stelt de volgende tabel voor:

Chiffres en %	Nombre de femmes	Une des 6 formes de violence	Violence physique	Violence psycholo-gique	Violence verbale	Point du mari	Expression abdominale	Actes à vif	Instru-ments	Episio-tomie	Droit de boire oui si voie basse	Droit de manger oui si voie basse	Choix position Oui
Ouverture plateau technique	56	21,43	1,79	16,07	5,36	0	0	11,32	7,14	5,36	90	70	88,89
Maison de naissance/ gîte intra-hospitalier	143	14,69	2,1	9,79	1,4	0,75	0,7	3,55	3,52	2,1	93,43	70,8	92,31
A domicile avec sage-femme	92	5,43	1,09	2,17	1,09	0	0	4,35	0	1,09	94,57	78,26	100
Maternité	3919	41,87	2,8	27,53	6,23	6,29	9,24	8,13	12,31	20,48	64,54	28,68	42,37

TABLEAU 2 Tableau reprenant les pourcentages par type de lieux d'accouchement

<u>Vertaling tabel 2:</u>

Tabel 2 Tabel met de percentages per plaats van bevalling

Cijfers in% – Aantal vrouwen – Eén van de zes vormen van geweld – Fysiek geweld – Psychologische geweld – Verbaal geweld – Echtgenootsteek – Fundusexpressie – Onverdoofd ingrijpen – Instrumenten – Episiotomie – Recht om te drinken bij natuurlijke bevalling – Recht om te eten bij natuurlijke bevalling – Keuze houding

Opening technisch plateau

Geboortehuis / verblijfplaats binnen ziekenhuis

Thuis met vroedvrouw

Kraamkliniek

De verschillende onderzochte plaatsen zijn: opening technisch plateau in een ziekenhuis, geboortehuis of verblijfplaats binnen een ziekenhuis, thuis met een vroedvrouw en in de kraamkliniek. Mevrouw Guiot geeft aan dat het geenszins de bedoeling van deze gegevens is om vrouwen aan te sporen tot een thuisbevalling in plaats van in de kraamkliniek. Dit wensen of vragen vrouwen immers niet. De tabel toont wel aan dat een andere aanpak mogelijk is, dat bevallingen zonder geweld voor vrouwen mogelijk zijn, en, ten slotte, dat deze praktijken voor verbetering vatbaar zijn.

Deze cijfers tonen aan dat het systeem herbekeken moet worden, zoals mevrouw Willemen heeft aangegeven. De vormen van geweld zijn inherent aan het systeem. Het *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée* verwerpt het idee dat het volstaat om enkele rotte appels eruit te halen om alles op te lossen. Het systeem moet volledig worden herzien.

Om dit te bereiken meent het *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée* dat het nodig is om:

– een systeem in te stellen dat uitgaat van de fundamentele behoeften van de vrouwen die bevallen, hen een centrale plaats te bezorgen in het systeem, dankzij onder meer respect voor de fysiologie, een veilig gevoel, obstetrische zorgzaamheid, enz.;

– vrouwen de vrije keuze te laten in de omstandigheden van de bevalling;

– medische handelingen van hoge kwaliteit te verrichten op basis van wetenschappelijke bewijzen (EBM: *evidence based medicine*);

– de tijd te nemen en te laten voor de toestemming en informatieverstrekking ter zake (financiering per handeling en niet naargelang van de tijdsduur, zoals nu);

– een globale en geïndividualiseerde begeleiding aan te bieden. Dit soort begeleiding is gangbaar bij thuisbevallingen of in geboortehuizen. Daarbij wordt de patiënt omkaderd en begeleid door éénzelfde vroedvrouw (of een kleine groep vroedvrouwen) tijdens de hele duur van de zwangerschap, tijdens de bevalling en het post partum. Deze zorgverleners zullen de patiënt goed kennen, een vertrouwensrelatie met haar opbouwen en optimaal gehoor kunnen geven aan haar wensen, noden en individuele kenmerken.

Het *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée* formuleert dan ook de volgende drie aanbevelingen voor het adviescomité:

– een observatorium voor de geboorte oprichten om de systeemverandering te begeleiden. Het ontbreekt vandaag aan een dergelijke instelling en de gegevens zijn slechts gedeeltelijk beschikbaar. De taken van het observatorium kunnen de volgende zijn:

  - gegevens vergaren om op grote schaal over cijfermateriaal te beschikken voor een representatieve steekproef;

  - het grote publiek, vrouwen en gezondheidswerkers informeren. Onderzoek uitvoeren aan de hand van deze gegevens en deze informatie verspreiden;

  - gezondheidswerkers steunen bij de overgang door bijvoorbeeld audits en opleidingen voor te stellen;

  - gynaecologisch en obstetrisch geweld voorkomen en de slachtoffers steunen. De slachtoffers begeleiden en klachten ontvangen;

– toegang verlenen tot informatie en cijfers om transparante praktijken te waarborgen. Het publieke debat wordt vandaag ingewikkeld gemaakt. Het is essentieel dat daar verandering in komt en dat de informatie wordt vrijgegeven, zodat vrouwen met kennis van zaken kunnen kiezen en obstetrische zorgzaamheid wordt aangemoedigd. Via pilootprojecten in andere landen weten wij dat de publicatie en verspreiding van deze gegevens gevolgen heeft voor het aantal gevallen van geweld;

– de opleidingscursus van beroepsbeoefenaars herzien, en er de volgende aspecten erin opnemen:

  - de fysiologie van de bevalling als fundamentele benadering;

  - de praktische uitvoering van het principe van de toestemming en van de rechten van de patiënt;

- voortgezette opleiding om de kennis van *evidence based medecine* te waarborgen;
- het ontwikkelen van obstetrische zorgzaamheid;
- het opnemen van partnerpatiënten.

In 2019 heeft het *Plateforme citoyenne* een memorandum opgesteld ter gelegenheid van de federale, gewestelijke en Europese verkiezingen. Het kan worden geraadpleegd op: *https://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2022/03/Rapport-1.pdf.*

Het verslag van de enquête «*Accoucher en Wallonie et à Bruxelles avant et pendant le Covid*» kan worden geraadpleegd op de website van het *Plateforme citoyenne* via de volgende link: *http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2021/11/Rapport-.pdf.*

E. Gedachtewisseling

Mevrouw Groothedde stelt dat de cijfers uit de uiteenzettingen, hoewel ze soms verschillen, toelaten om bepaalde principes naar voren te schuiven.

Spreekster richt zich tot de medewerkers van NASCI en hun ervaringen met hun doelpubliek. Om haar vraag te contextualiseren, verwijst ze naar twee recente rapporten van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE) die aantonen dat er een geprivilegieerde groep bestaat die veel perinatale zorg krijgt: het gaat om een groep die meestal behoort tot de middenklasse, aanspraak kan maken op rechten, financieel zelfredzaam is, goed geïnformeerd is en die beschikt over een sociaal vangnet. Deze groep krijgt gerichte informatie, bijvoorbeeld betreffende anticonceptie, en hanteert bepaalde reflexen: bijvoorbeeld als ze het niet eens is met een zorgverlener gaat ze op zoek naar een *second opinion*, ze aarzelt niet om vragen te stellen, ze dient van antwoord en beroept zich op fundamentele rechten van de patiënt. Hoe zit de situatie bij de doelgroep van NASCI? Krijgt dit publiek al zorg? Hoe zit het bijvoorbeeld met contraceptie en andere thema's: bevalling, zwangerschap, perimenopauze, menopauze? Waar kunnen zij terecht als ze een abortus wensen en wat is hun denkkader hieromtrent? Kennen zij hun rechten en weten ze hoe ze die, zowel moreel als praktisch, moeten uitoefenen? Hebben ze genoeg zorg, keuze in zorg en uiteindelijk toegang tot de zorg die ze willen?

Voorts stelt mevrouw Groothedde zich vragen rond de situatie van de jonge gezinnen en de impact van socioeconomische factoren binnen deze problematiek. Een belangrijk punt bij gynaecologisch geweld en gebrek aan lichamelijke zelfbeschikking is net het gebrek aan toegang tot zorg. Wat is er nodig opdat alle rechten, waarop aanspraak gemaakt kan worden, effectief ook kunnen worden uitgeoefend?

Vervolgens formuleert mevrouw Groothedde gegroepeerde vragen voor alle sprekers.

Ze knoopt aan bij wat mevrouw Willemen stelt aangaande onderzoek dat gevoerd wordt binnen de humane wetenschappen zonder direct gelinkt te worden aan de medische wetenschappen. Deze ontbrekende link is een belangrijk gegeven als de problematiek benaderd wordt vanuit het aspect opleiding voor zorg- en welzijnsverleners. Mevrouw Willemen stelt daarnaast ook dat mensenrechten het richtsnoer zouden moeten zijn: hoe kan dit bewerkstelligd worden en hoe kan dat geïntegreerd worden bij de aanpak van zorg- en welzijnsverleners? En hoe kunnen de patiënten hieromtrent beter geïnformeerd worden?

Er bestaat een tendens van zelfcensuur: men durft niet naar de gynaecoloog of naar de ombudsdienst te stappen, als men al een klacht indient, heeft men vaak het gevoel dat die wordt weggewuifd. Mevrouw Willemen stelt dat het vooral erkenning en menselijk contact is waar vraag naar is.

Deze constatatie kan ons leiden tot mogelijke oplossingen. Eén van de pistes zou kunnen zijn om te streven naar een systeem van meer juridische aansprakelijkheid, maar internationale voorbeelden bewezen net dat dit leidt tot een omgekeerd resultaat. We zouden daarnaast ook kunnen streven naar een systeem van zelfmonitoring, maar daar loopt het volgens de sprekers van de hoorzitting ook verkeerd. Zou een centrum rond lichamelijke zelfbeschikking, gynaecologisch geweld en *beinveillance gynécologique*, waar men terecht kan en dat proactief aan *monitoring* zou doen hier soelaas kunnen brengen?

De sprekers van het *Plateforme pour une naissance respectée* haalden aan dat er nood is aan meer *monitoring*. Is er nood aan diepgaander onderzoek op dat vlak? Indien ja, wie moet dat onderzoek uitvoeren?

Volgens mevrouw Groothedde toonden de uiteenzettingen aan dat de problematiek over meer gaat dan geboorte: het gaat bijvoorbeeld ook over het moment dat iemand begint te menstrueren, het moment dat men aan anticonceptie begint, enz.: op welke manier kan men op al die vlakken aan preventie doen – de problematiek dus opentrekken – met als finaal resultaat minder geweld?

Verschillende sprekers wezen op de impact van de sociale stratificatie van een groep: hoe anderstaliger, economisch zwakker, sociaal geïsoleerder, hoe – ruim gesteld – groter het risico op gynaecologisch geweld. Op welke manier kunnen we ervoor zorgen dat deze groepen worden meegenomen in een systeem van *bienveillance gynécologique*?

Er werden een paar pistes gesuggereerd voor verandering. Er werd ook gewezen op feit dat de toegang tot de zorgverleners niet altijd evident is, dat er nood is aan kleinschaligheid terwijl er de afgelopen jaren net een schaalvergroting plaatsvond op vlak van de gynaecologische zorg. Er werd gewezen op een verandering van het perinataal zorgpad die zich voltrok met inschakeling van de huisarts, de gynaecoloog en de vroedvrouw en gelinkt is aan concepten zoals wijkgeoriënteerde zorg. Deze gewijzigde aanpak lijkt echter nog niet echt door te dringen in de praktijk. Op welke manier kunnen we er wel voor zorgen dat de verschillende perinatale zorgpaden die er zijn, worden gerespecteerd?

Vervolgens staat mevrouw Groothedde stil bij processen en standaardisering en de impact ervan op de zorgverleners. Op welke manier kunnen de zorgverleners, als bondgenoten, mee vorm geven aan deze processen? De zorgverleners willen immers zorg verlenen aan iedereen, zorg die gewenst is en niet onnodig opgelegd wordt. Met andere woorden, op welke manier krijgen we alle bondgenoten aan dezelfde kant met als resultaat een systeem dat de mensen de zorg biedt die ze willen?

Op welke manier kunnen we ervoor zorgen dat er meer en duidelijke cijfers voor handen zijn? Tijdens de uiteenzettingen werden veel cijfers aangehaald, maar die verschillen soms al voor hetzelfde onderwerp, waardoor de indruk gewekt wordt dat er nog niet voldoende cijfers zijn. Zijn er landen waar data op een systematische manier worden bijgehouden? Wat zijn de *best practices* die we in België kunnen ten uitvoer leggen?

Tenslotte komt mevrouw Groothedde terug op de problematiek van de overmedicalisering. In deze context verwijst ze naar een vorm van gynaecologisch geweld die hier minder aan bod komt: de weigering om gewenste ingrepen uit te voeren: bijvoorbeeld het feit dat men bepaalde anticonceptie wil en dat die geweigerd wordt, het feit dat men bepaalde ingrepen tijdens de zwangerschap of geboorte wil en dat die geweigerd worden: hoe gaat men daar mee om? Met andere woorden een zorgverlener heeft misschien wel het recht om sommige handelingen niet te stellen, maar als iemand dan handelingen toch wil, hoe gaat men daar mee om?

Nu ze de cijfers en de data heeft gezien die bij de hoorzittingen werden bekendgemaakt, onder andere door het *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée*, wil mevrouw Durenne weten of de cijfers ook opgesplitst per verloskundige beschikbaar zijn. Zullen de resultaten van het onderzoek ook aan de alle betrokken kraamklinieken en ziekenhuizen worden bezorgd? De bekendmaking van het onderzoek zal waarschijnlijk tot bewustwording leiden en moet een impact hebben op de daling van het obstetrisch geweld.

Men heeft het soms over seksisme in de geneeskunde. Mevrouw Durenne onderstreept dat steeds meer vrouwen verloskundige worden. Volgens haar stelt men in sommige diensten vast dat de verhouding mannen versus vrouwen in de loop der tijd omgedraaid is. Ze wil dan ook weten of dat een invloed heeft gehad op de beleving en de ervaring van de patiënten en of er verschillen in behandeling zijn vastgesteld.

Verder vraagt mevrouw Durenne zich af wat de eventuele gevolgen waren van de sanitaire crisis en de maatregelen in de ziekenhuizen op het verloop van de zorg en de bevallingen, maar ook op het niveau van het obstetrisch geweld. Tot slot vraagt ze of uit de resultaten van het onderzoek of uit de getuigenissen is gebleken dat de relatie met de vroedvrouwen beter is dan die met de gynaecologen-verloskundigen.

Mevrouw Vanwalleghem onthoudt uit de uiteenzettingen dat de medisch culturele context, die genormaliseerde handelingen mogelijk maakt, soms leidt tot grensoverschrijdend gedrag.

Spreekster pikt in op het aspect van de beroepskwalificatie van de vroedvrouw. Uit onderzoek blijkt dat, als er gestreefd wordt naar een verhoging van de kwaliteit van de perinatale zorg, één van de middelen erin bestaat om de vroedvrouwen meer autonomie te garanderen bij de begeleiding van laagrisico zwangerschappen. Hoe kan het statuut van de vroedvrouwen opgewaardeerd worden voor wat betreft de opleidingen? Op dit ogenblik bestaan er immers discrepanties op regionaal niveau: in het Franstalige landsgedeelte duurt de opleiding

vroedkunde vier jaar, terwijl deze in Vlaanderen slechts drie jaar beslaat. Hoe valt dit te verklaren en moet er gestroomlijnd worden?

Aansluitend op deze vraag wil mevrouw Vanwalleghem ook weten hoe bewerkstelligd kan worden dat meer vroedvrouwen de weg naar de eerstelijnszorg vinden gezien de mank gelopen situatie, zeker sinds de ligdagen in het ziekenhuis werden ingekort.

Nederland hanteert een ander model van geboortezorg, met een duidelijke opwaardering van het statuut van de vroedvrouw: kunnen hieruit – of eventueel uit de aanpak van andere buurlanden – lessen getrokken worden? Heeft dit gegeven ook implicaties – bestaan er cijfers over? – op vlak van gynaecologisch geweld?

Voor wat betreft het gebrek aan zorgtraject, mogelijks gelinkt aan de socio-economische dimensie van de problematiek, hoe kan ervoor gezorgd worden dat de ongelijkheid in de geboortezorg teruggedrongen wordt? Hebben we nood aan een geijkt zorgtraject, met verschillende opties, om de over- en onderconsumptie aan te pakken? Hoe zou dergelijk zorgtraject er kunnen uit zien? Hoe vermijden we mogelijke corporatistische reflexen van de verschillende beroepsgroepen – iedereen zal wel een stukje van de taart willen –, die op zich ook kunnen leiden tot overconsumptie, en hoe vermijden we dat mensen gedwongen worden in een zorgpad dat niet is aangewezen?

Mevrouw Willemen haalde aan dat er weinig statistieken worden bijgehouden, laat staan over bepaalde doelgroepen en of de etnische achtergrond van slachtoffers: bestaan daar indicaties rond? Uit gegevens van de Angelsaksische wereld bijvoorbeeld blijkt dat vrouwen van kleur of migratieachtergrond vaker het slachtoffer worden van gynaecologisch geweld, en dan vooral op basis van een andere perceptie van de pijnervaring.

Hoe kan er meer gesensibiliseerd worden rond de rechten van de patiënt, zowel bij zorgverstrekkers als bij patiënten? Moet de wetgeving herbekeken worden of volstaat het huidig kader en is enkel een betere implementatie aan de orde?

Mevrouw Vanwalleghem verwijst in deze context nog naar de wijzigingen rond het seksueel strafrecht waarbij onder meer een definitie van het «gebrek aan toestemming» wordt voorgesteld. In een medische context belanden we wat dat betreft echter in een moeilijke grijze zone: er kan altijd sprake zijn van een «urgente medische situatie» waarbij in het belang van de bevallende gehandeld werd. Kunnen de sprekers hier inzichten aanreiken?

Mevrouw Vanwalleghem feliciteert het *Plateforme pour une naissance respectée* met de gerealiseerde dataverzameling die ook zorgt voor een *eyeopener*. Uit de uiteenzetting blijkt dat bepaalde organen en aparte zorginstellingen cijfers bijhouden maar dat die niet gepubliceerd worden. Vanuit de eerstelijnsverloskunde kwam hierop een tegenreactie met bijhouden van eigen statistieken. Vinden de sprekers het wenselijk om de cijfers per zorginstelling openbaar te maken?

Mevrouw Segers maakt terzijde de opmerking dat de huidige problematiek niet op de agenda zou beland zijn indien het Parlement uit enkel mannen of uit veel minder vrouwen was samengesteld.

Spreekster heeft een vraag betreffende het cijfermateriaal. Ze verwijst naar de tussenkomst van het *Plateforme pour une naissance respectée* dat een pleidooi hield ter oprichting van een observatorium, wat een ideaal scenario zou zijn. Als er hier echter al via kleinere stappen vooruitgang kan worden geboekt bijvoorbeeld door het inschakelen van reeds bestaande instanties, kunnen de sprekers aangeven welke instanties hiervoor in aanmerking zouden kunnen komen?

Mevrouw El Yousfi verklaart dat naast de inspanningen voor informatie en preventie, de ondersteuning van de patiënt haar even essentieel voorkomt. Ze wil weten wat de concrete mogelijkheden ter zake zijn.

Mevrouw Giudice geeft mee dat NASCI nog niet vaak geconfronteerd is geweest met deze thematiek. De medewerkers van NASCI zien de vrouwen meestal pas in een laat stadium – tot zelfs een maand na de bevalling –, een opvolging of de voorbereiding naar een bevalling toe, is dus meestal niet aan de orde.

De concrete problemen waarmee NASCI geconfronteerd wordt gaan bijvoorbeeld over:

– het gebrek aan / gebrekkige postnatale opvolging omdat het doelpubliek van NASCI buiten een circuit valt waar vrouwen, die er sterker voor staan, wel aansluiting bij vinden;

– het wegvallen van de ondersteuning van de vroedvrouw op het moment dat de stuwing op gang komt als gevolg van het ingekorte verblijf in de materniteit;

– het verlenen van bijstand bij het verwijderen van draadjes na een sectio, enz.

De gedetecteerde problematieken zijn veelal te wijten aan het feit dat de meeste mensen die aankloppen bij NASCI niet echt betrokken zijn bij de opvolgingscyclus omdat ze gefocust zijn op over-leven, zelf een *follow-up* in handen nemen is niet van ogenblikkelijk belang. Het doelpubliek van NASCI heeft meestal geen inspraak over de gang van zaken omdat bijvoorbeeld de keuze voor een ziekenhuis en gynaecoloog minder of niet aan de orde zijn bij medische urgentiehulp en ook omwille van het systeem van de medische kaart dat bepalend is voor de opvolging. Er werden wel al specifieke initiatieven opgestart, maar die geraken vaak niet tot bij het doelpubliek.

Een frequent voorkomend probleem is de gebrekkige taalkennis. Nog los van het feit dat de mensen zich misschien niet realiseren dat er geweld plaats vindt, beheersen de meesten de taal niet voldoende om geweld te kunnen aanklagen.

Door de verschillende culturele bagage of door een afkomst uit landen waar ziekenhuiszorgen helemaal anders verlopen, wordt er veel vertrouwen gelegd in de medische vooruitgang van de westerse landen en wordt er uitgevoerd wat er verlangd wordt door de gynaecoloog of vroedvrouw. Gezien de impact van hun precaire situatie op de uitoefening van basisrechten, staan ze er misschien niet bij stil dat bepaalde rechten niet gerespecteerd worden. Omdat ze in overlevingsmodus zitten, hebben ze vaak niet de tijd en mentale ruimte om bewust bezig te zijn met de planning van de bevalling; *grosso modo* leeft het gevoel dat de situatie en aanpak hier beter is dan in hun land van oorsprong.

Bij wijze van voorbeeld verwijst mevrouw Giudice naar een situatie waarbij NASCI te maken kreeg met een moeder die prematuur bevallen was van een tweeling, waarvan, door medische complicaties, één van de twee baby's in een ander ziekenhuis werd opgevolgd waardoor de moeder, om borstvoeding te kunnen geven, moest pendelen tussen twee ziekenhuizen. De vrouw in kwestie deed gewoon wat van haar gevraagd werd tegen beter weten in, ze greep / had de kans niet om aan te geven dat ze in één ziekenhuis wenste te blijven samen met haar tweeling: dergelijke situatie zou een vrouw in een comfortabelere positie niet of zelden overkomen.

Mevrouw Giudice staat tenslotte stil bij een paar aanbevelingen. Voor het doelpubliek van NASCI, dat al kwetsbaar is, zou de vereenvoudiging van het systeem van de medische kaart de situatie al een stuk vergemakkelijken. Daarnaast zou ook de positie van de vroedvrouwen, die veel vrijwilligerswerk verrichten bovenop een betaalde job, versterkt moeten worden: de steun die ze kunnen verlenen is ondergewaardeerd en onderbetaald.

Mevrouw D'Ortenzio heeft het over het probleem van de zwakke banden tussen de menswetenschappen en de medische wetenschappen in de academische opleidingen. Dat zou een tekort aan humaniteit bij de studenten veroorzaken, door onvoldoende vorming in menswetenschappen. Zoals de vorige spreeksters verwijst ze naar de medische cultuur, die problematisch kan zijn en die vervangen dient te worden door een cultuur van zorgzaamheid. Cursussen menswetenschappen organiseren aan de universiteit kan een interessante oplossing zijn, maar spreekster meent dat dit ontoereikend is. Historisch gezien werden de eerste faculteiten geneeskunde in de middeleeuwen opgericht, op basis van teksten uit de oudheid over de zorg voor patiënten. Tegelijk verstrekten in die tijd genezeressen, voorloopsters van de vroedvrouwen, al zorg en geneesmiddelen aan de bevolking. Die zogenaamde «vrouwelijke» kennis werd beschimpt en genegeerd ten gunste van oude filosofische teksten, die eeuwen voordien door «mannen van de wetenschap» geschreven waren. Volgens mevrouw D'Ortenzio bestaat er in de huidige medische cultuur nog steeds een soort hiërarchie van de kennis. Enerzijds is er de deskundige kennis uit de «harde» en natuurkundige wetenschappen en anderzijds is er de beleving van de patiënten waarover veel vooroordelen bestaan (minimalisering van hun pijn, veronderstelde onwetendheid van de wijze waarop het lichaam functioneert, enz.). De kennis die de menswetenschappen aanreiken, wordt eveneens geregeld verworpen of beschimpt. Mevrouw D'Ortenzio vermeldt de ervaring van een hoogleraar, die een cursus menswetenschappen gaf in het academische curriculum van toekomstige artsen. Op het einde van een les waarin zij de – seksistische – redenen had belicht waarom vrouwen meer risico op hart- en vaatziekten lopen, toonden de studenten zich uiterst sceptisch, want dat was nooit ter sprake gekomen in hun lessen cardiologie. Uit dat voorbeeld blijkt dus dat de mening van de *peers* of de ervaring op het terrein voorgaan op al de rest.

Wat de ondersteuning van de patiënten via een instelling betreft (Observatorium voor de geboorte of een andere vereniging), is het essentieel dat alle vrouwen er zo goed mogelijk toegang toe krijgen, ook vrouwen die geconfronteerd worden met verschillende vormen van discriminatie. De Covid-19-crisis heeft aan het licht gebracht hoe groot de digitale kloof is. Veel patiënten in een precaire of kwetsbare toestand moeten toegang krijgen tot dergelijke instellingen die informatie geven. Het is ook belangrijk dat men de gezondheidswerkers opleidt over alle soorten geweld en alle doelgroepen. Het is volgens mevrouw D'Ortenzio immers frequent dat bij het volgen van de zwangerschap partnergeweld of intrafamiliaal geweld aan het licht komt. Bij zwangere patiënten die in het verleden het slachtoffer geweest zijn van verkrachting is het essentieel dat de gezondheidswerkers opgeleid worden om hen gerust te stellen en zo elk bijkomend trauma, of erger nog, het ontstaan van een strategie van zorgvermijding, te voorkomen.

Ook de vorming rond seksuele geaardheid is van primordiaal belang. Lesbiennes die zwanger zijn of in een MBV-traject zitten, of meer algemeen vrouwen die in hun leven geweld hebben ondergaan, kunnen tijdens de gynaecologische of zwangerschapscontrole bepaalde angsten hebben ten aanzien van de zorg of het medisch korps, waarvoor ze begeleid en gerustgesteld moeten worden. Uit een aantal onderzoeken is immers gebleken dat bepaalde gezondheidswerkers meenden dat het bij lesbische patiënten niet nodig was te screenen op borstkanker of op kanker van het papillomavirustype of zelfs na een verkrachting vrijwillige zwangerschapsafbreking uit te voeren. Het is dus van het grootste belang dat men een transversale aanpak ontwikkelt voor de zwangerschapsmonitoring voor die specifieke doelgroepen: medische, psychologische, juridische ondersteuning en ondersteuning door het middenveld.

Feministische zelfverdediging kan dus een optie zijn, maar ze moet systemisch gebeuren en daarom is het noodzakelijk dat men over een waaier aan geschikte instrumenten beschikt. Mevrouw D'Ortenzio wijst er hierbij op dat die instrumenten moeten teruggrijpen naar de patiëntenwet van 2002 en aan de patiëntes moeten uitleggen dat zij bepaalde rechten hebben en keuzes mogen maken. Het gebeurt geregeld bij ontmoetingen rond het thema van gynaecologisch geweld dat mensen niet weten wat het basisprotocol is en niet kunnen zeggen of een bepaalde medische handeling, bijvoorbeeld een jaarlijks en systematisch vaginaal uitstrijkje, al dan niet normaal is. Die vaststelling geldt voor veel vrouwen uit diverse sociale en economische kringen. Er bestaan oplossingen om vrouwen te informeren en hun kennis uit te breiden. Aan de hand van de *éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle* (EVRAS) die meisjes in het secundair onderwijs krijgen, kan men heel wat informatie geven. Het is ook essentieel dat de patiënten tijdens het zorgtraject zoveel mogelijk informatie krijgen.

Tot slot bestaan er goede praktijken voor de gynaecologische en obstetrische *follow-up*, die geen grote middelen (financiële of op het gebied van opleiding) vergen. De FPS hadden een brochure gemaakt, na een rondetafel met de betrokken actoren, gezondheidswerkers en patiënten. Bij het debat waren heel wat goede praktijken en aanbevelingen voor de gezondheidswerkers tot stand gekomen:

– de privacy moet zoveel mogelijk geëerbiedigd worden (in de gynaecologiekabinetten een kamerscherm of een kleedhokje hebben);

– alleen de kleren uittrekken die nodig zijn voor het onderzoek. Als er een uitstrijkje moet worden gemaakt, is het niet nodig de kleren van het bovenlichaam uit te trekken. Dat zal de patiënten meer vertrouwen geven en geruststellen;

– andere posities voorstellen voor een gynaecologisch onderzoek of om te bevallen. Daardoor kan men de ervaringen van bepaalde vrouwen respecteren. Vrouwen die bijvoorbeeld het slachtoffer zijn geweest van verkrachting zullen misschien bepaalde posities verkiezen waarin ze zich veiliger voelen of die minder pijnlijk zijn (op hun zijde liggend of met een laken over zich, bijvoorbeeld);

– aansporen tot dialoog en informeren door te zeggen waarom en wanneer een medische handeling gesteld wordt. Het is noodzakelijk te herhalen op welke intellectuele en medische gedachtegang de praktijk van medische handelingen steunt en het biedt ook de gelegenheid om toestemming te vragen;

– een eenvoudige woordenschat gebruiken wanneer men de handelingen stelt. Het is primordiaal dat men vulgariseert, vooral wanneer de patiënten zich in een positie bevinden waarin ze zich onveilig of onbehaaglijk voelen.

Mevrouw Willemen benadrukt dat we in deze kwestie moeten vertrekken vanuit en ons laten leiden door het mensenrechtenkader, want deze rechten gelden voor iedereen. Op dit ogenblik zijn er hoogstwaarschijnlijk

nog te veel mensen die het gevoel hebben dat ze een andere aanpak voorstaan dan deze die hen wordt aangereikt. De geboden oplossingen zijn nog te veel gericht op de hoogopgeleide, witte middenklasse die in de mogelijkheid verkeert om alle – ingewikkelde – informatie uit te pluizen. Maar ook al beschik je over het nodige kapitaal (materieel, intellectueel), eens je in de verloskamer belandt, word je een ondergeschikte. En dat geldt bij uitstek voor mensen die kwetsbare posities innemen in de samenleving.

Er zijn indicaties die aangeven dat het nodig is om te onderzoeken hoe discriminatie op basis van etniciteit speelt. Onlangs werd onder meer een platform opgericht door jonge geneeskundestudenten – *Afromedica* – dat zich richt op diversiteit en discriminatie in de gezondheidszorg, onderzoek vanuit het Verenigde Koninkrijk (VK) toont aan dat er grote discrepantie is in zorgervaringen tussen mensen die al dan niet deel uitmaken van geracialiseerde groepen en Nederlands onderzoek wees ook al in die richting. Mevrouw Willemen stelt de retorische vraag waarom de problematiek hier niet zou spelen als we weten dat dit wel het geval is op de arbeidsmarkt, de woningmarkt en in het onderwijs? Er bestaat immers heel wat onderzoek betreffende mensen met een vluchtverhaal, mensen zonder papieren die uit een context komen waar er een totaal andere geboortecultuur heerst, dat aantoont dat zij vaak overdonderd worden door de aanpak in onze zorginstellingen.

Deze argumenten alleen al wijzen op het belang om de problematiek te benaderen vanuit de optiek van de mensenrechten. De wet betreffende de rechten van de patiënt (2002) is trouwens duidelijk op dat vlak, maar toch wordt er (te) weinig aandacht aan besteed tijdens de opleiding. Het rechtssubject is de zwangere persoon: die beslist over het eigen lichaam en beslist zo mee over de foetus, ook in moeilijke situaties waarin er bijvoorbeeld zorg geweigerd wordt door de patiënt. De fysieke integriteit van de zwangere patiënt kan niet buitenspel gezet worden, en hieromtrent bestaat weinig cultuur. Er bestaat met andere woorden geen echte reflex om te vragen naar een toestemming: meestal wordt een behandeling voorgesteld en gaat men er van uit dat de patiënt volgt. Bij een afwijzing door de patiënt worden zorgverleners ongemakkelijk zonder dat een echt gesprek volgt; in tegendeel, er wordt eerder druk uitgeoefend om te opteren voor een specifieke behandeling door te wijzen op de mogelijke risico's bij het uitblijven ervan en of het feit dat er weinig alternatieven voor handen zijn. Er is dus duidelijk nood aan een menselijk gesprek op menselijk niveau op zo'n ogenblik.

Hoe moet er gereageerd worden op zorgvragen die buiten de «richtlijn» (59) vallen? Er bestaan bijvoorbeeld indicatielijsten in Nederland waarop onze geboortezorg zou kunnen terugvallen, eigen richtlijnen voor dergelijke situaties ontbreken volgens mevrouw Willemen. Hoe bijvoorbeeld reageren op een verzoek voor een geplande sectio? Vaak botsen dergelijke aanvragen op een weigering omdat ze beschouwd worden als vormen van overmedicalisering. Voor een mogelijke aanpak van dergelijke situaties, verwijst mevrouw Willemen naar de Britse organisatie *Birthrights* (60). Die geeft onder meer juridische vormingen aan zorgverleners zodat ze beter gewapend kunnen omgaan met dergelijke situaties. In hun optiek moet er altijd ruimte zijn voor een luisterend oor en een gesprek. Als een patiënt bijvoorbeeld een sectio wil plannen, dan moet dit verzoek gehoor krijgen en opgevolgd worden, desnoods door een andere zorgverlener dan de behandelende arts als die laatste niet wenst in te gaan op het verzoek. Volgens *Birthrights* bijvoorbeeld ressorteert de voorkeur voor een sectio boven een vaginale bevalling onder de mensenrechten – de bescherming van de privacy –: de patiënt beschikt en beslist over het eigen lichaam op basis van argumenten die voor hem of haar belangrijk zijn. Net zoals pijnstilling moet aangeboden worden omdat dat zo hoort bij waardige zorg, is het volgens mevrouw Willemen belangrijk om dergelijke fundamentele keuzes mogelijk te maken.

Routinematige handelingen die gepaard gaan met de aankomst in een kraamkliniek, gaan vaak al in tegen de fysiologische bevalling die mensen in gedachten hadden; met andere woorden de infrastructuur is niet gericht op een fysiologisch proces. Mensenrechten handelen over wat het individu zelf wil: mensen maken vaak heel verschillende keuzes om net dezelfde redenen.

Mevrouw Willemen komt terug op het aspect opleiding van de zorgverleners. Fundamenteel komt het er volgens haar op neer dat de infrastructuur en de organisatie gericht moeten zijn op individuele zorg om te vermijden dat er zorgverleners worden opgeleid die van alles willen doen, maar dat uiteindelijk niet kunnen of mogen. Vorming rond mensenrechten is primordiaal, het grensoverschrijdend aspect is daarnaast ook belangrijk: er moet stil gestaan worden bij wat onder meer sociologen en medisch antropologen over geboortezorg te zeggen hebben; het zorgverlenersperspectief moet overstegen kunnen worden in dit debat.

---

(59) Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen / KCE (Federaal Kenniscentrum gezondheidszorg) *Reports 139A* (2010).
(60) *https://www.birthrights.org.uk/*.

Volgens mevrouw Willemen is het belangrijk dat er (meer) *monitoring* gebeurt betreffende de fysiologie. De cijfers die worden gepubliceerd door het Studiecentrum Perinatale Epidemiologie (SPE) bevatten niet alles: de beschikbare rapporten bevatten geen systematische overzichten per materniteit – laat staan per zorgverlener – over bijvoorbeeld het gebruik van weeënopwekkers, het aspect etniciteit enz. Of dergelijke rapportage al of niet wenselijk is koppelt spreekster aan het feit dat er genoeg redenen zijn om te opteren voor kwaliteitscontrole op basis van de WGO-normen die bijvoorbeeld de niveaus van sectio's en episiotomieën inschalen. De spreekruimte hieromtrent moet opengetrokken worden: veel gynaecologen volgen hun eigen principes en laten nauwelijks ruimte voor overleg betreffende vragen zoals: wanneer wordt er ingeleid? Wanneer wordt er ingeleid bij zwangerschapsdiabetes? Wat is het beleid omtrent toxoplasmose tijdens de zwangerschap?, enz. De aanpak kan zelfs binnen eenzelfde team al veel verschillen. Volgens mevrouw Willemen is het dus belangrijk dat data over praktijken die routineus worden uitgevoerd maar als geweld kunnen worden beschouwd, per materniteit, beschikbaar worden gesteld voor zowel het publiek als voor de zorgverleners onderling.

De vraag of er nood is aan meer vroedvrouwen koppelt spreekster aan onderzoek dat aantoont dat amper kan voldaan worden aan de nood aan meer persoonlijke zorg en de opvolging door dezelfde persoon doorheen de volledige zwangerschap.

Mevrouw Willemen acht het mogelijk dat de meest gefrustreerde groep in deze materie die van de ziekenhuisvroedvrouwen betreft: tijdens hun opleiding komt fysiologie en vrouwgerichte zorg uitgebreid aan bod, maar de praktijk dwingt hen in een systeem – een systeem van eerstelijnsvroedvrouwen en doula's die op hun beurt het tekort aan persoonlijke zorg moeten opvangen – waarin ze vaak niet kunnen bieden wat ze willen bieden.

Naast het welzijn van de zwangere persoon, is ook het welzijn van de zorgverlener van tel, en daar moet op ingezet worden. De opleiding van vroedvrouwen moet verbeterd worden, bijvoorbeeld door meer stages te voorzien en door meer bewegingsruimte in de job in te calculeren. Het beroep moet aantrekkelijker gemaakt worden. Het is een zwaar beroep dat geconfronteerd wordt met veel gevallen van *burn-out*. Er wordt meer en meer beroep gedaan – nog meer sinds Covid-19 – op zelfstandige vroedvrouwen, onder meer voor thuisbegeleiding, begeleiding in het ziekenhuis of voor een thuisbevalling. De wachtdiensten eigen aan de job zijn ontzettend belastend.

Wat betreft thuisbevallingen merkt mevrouw Willemen op dat wij geen cultuur van thuisbevallen hebben zoals in Nederland – hoewel die daar ook de terugmars heeft ingezet – , het ziekenhuismodel is dominant. Dat laatste hoeft volgens spreekster zeker niet op de schop, maar er moet volgens mevrouw Willemen wel veel meer ruimte komen voor eigen keuzes bij het geboorteproces.

Mevrouw Willemen verwijst vervolgens naar het pilootproject rond de vertrouwenspersoon van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van verloskundigen (KNOV). Het betreft een vertrouwenspersoon bij wie men terecht kan voor vragen, getuigenissen, nazorg of andere hulp. Volgens mevrouw Willemen is het immers belangrijk dat niet enkel de meest betrokken zorgverleners op de hoogte zijn van de problematiek, maar moeten ook andere (geestelijke) gezondheidswerkers zoals psychologen, therapeuten en huisartsen er mee vertrouwd raken.

Mevrouw Willemen staat tenslotte stil bij het aangeboden zorgpad in Vlaanderen. Er bestaat een gamma aan diensten en opties, maar het is te weinig gekend. Veel mensen kiezen standaard voor een frequente opvolging bij de gynaecoloog en zijn voorts niet vertrouwd met andere vormen van kraam- en nazorg die onder meer verkregen kunnen worden via de vroedvrouw.

Mevrouw Lahaye stipt de redenen aan voor de oprichting van een Observatorium voor de geboorte. Ten eerste, is het door de versnippering van de bevoegdheden tussen de beleidsniveaus ingewikkeld geworden om een samenhangend beleid te voeren. Het observatorium zou een neutrale instelling kunnen zijn, samengesteld uit de verschillende doelgroepen en actoren. Bovendien bestaat er momenteel in de ziekenhuizen geen enkel mechanisme om het geweld te controleren. De cijfers die tijdens de uiteenzetting werden voorgesteld, tonen dit perfect aan: bepaalde ziekenhuizen proberen spontaan praktijken te hanteren die de patiëntes geruststellen en andere doen dat niet.

Wat de vraag over het alternatief voor het Observatorium betreft, stelt spreekster voor om de verenigingen die zich momenteel al op dit werk toeleggen, deftig te financieren. Het *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée* bestaat volledig uit vrijwilligers die de activiteiten van de vereniging uitvoeren naast hun werk en privéleven. Toch heeft spreekster een bemerking hierbij. Indien verenigingen massaal gefinancierd zouden worden om een vergelijkbare rol te vervullen als het observatorium, dan zouden ze waarschijnlijk nooit over

de nodige slagkracht of legitimiteit beschikken om druk uit te oefenen op de ziekenhuizen om audits op te stellen, opleidingen voor te stellen, enz.

De wet van 2002 betreffende de rechten van de patiënt die de vrije en weloverwogen toestemming van de patiënt voorschrijft en het recht op informatie van de patiënt oplegt, lijkt erg weinig nageleefd te worden. Het gaat in de eerste plaats om een burgerlijke wet en geen strafwet. Er wordt dus niet in sancties voorzien. De enige oplossing om een patiënt te erkennen als slachtoffer van een zorgverlener die de wet niet heeft nageleefd, is een burgerlijke procedure voor schadeloosstelling. Er zal een oorzakelijk verband moeten worden aangetoond tussen de schade en de niet-naleving van de toestemming. In feite kan dat verband onmogelijk worden bewezen. Een mogelijke oplossing is bij die wet in sancties te voorzien. Momenteel wordt in de Kamer van volksvertegenwoordigers de herziening van het Strafwetboek inzake seksueel strafrecht besproken. Spreekster vindt het interessant om verbanden te leggen tussen beide besprekingen, omdat de toegang tot het lichaam zonder toestemming wordt vermeld tijdens de besprekingen in de Kamer.

In verband met de standaardisering van de praktijken en de overgang naar een individuele aanpak, wees spreekster op de kwestie van de algemene geboortebegeleiding. Het principe dat aan de basis ligt van die individualisering is dat van «één vrouw = één vroedvrouw», met andere woorden elke vroedvrouw volgt één vrouw die bevalt of bevallen is, in plaats van verschillende vrouwen tegelijk. Door terug te keren naar de grondbeginselen van verloskundige zorg met geïndividualiseerde begeleiding van de patiënt tijdens de hele bevalling, vergroot de zorgzaamheid en de kans om in goede omstandigheden een kind ter wereld te brengen. Dit is een fundamentele eis van het platform.

Op de vraag over de wens tot medicalisering, antwoordt spreekster dat sommige patiënten inderdaad bepaalde medische ingrepen willen ondergaan, bijvoorbeeld een epidurale of een keizersnede. Door de zeer paternalistische kant van de geneeskunde vinden gezondheidswerkers dat de arts weet of geacht wordt beter te weten dan de patiënten, wat zij nodig hebben. Als de vrouw echter centraal staat in het zorgproces, zal zij beslissen wat goed voor haar is en kan zij dit vrij met het zorgpersoneel bespreken.

Wat het seksisme in de geneeskunde betreft, blijkt uit de cijfers dat het beroep van verloskundige in de loop der jaren meer vervrouwelijkt is. Spreekster wil twee opmerkingen maken. Ten eerste, vrouw zijn betekent niet systematisch dat men feminist is. Man zijn, sluit niet uit dat men zijn beroep bekijkt vanuit een genderdimensie en de seksistische drijfveren van de geneeskunde bestrijdt. Ten tweede is het belangrijk een onderscheid te maken tussen een patriarchaal, seksistisch en historisch systeem en de individuele praktijken van artsen en zorgverleners die al dan niet zorgzaam zijn. Sommige vrouwelijke artsen kunnen seksistischer en gewelddadiger zijn dan hun mannelijke collega's. Anderzijds beoefenen sommige mannen een zorgzame geneeskunde.

Wat de status van vroedvrouwen en hun autonomie betreft, beveelt spreekster aan dat dit onderwerp wordt behandeld tijdens een volgende hoorzitting over gezondheidswerkers en hun koepels.

Het debat in Frankrijk verloopt anders dan in België. In Frankrijk gaat het activisme richting conflict. Zo brachten spreekster en andere feministische activisten in 2015 het schandaal aan het licht van het vaginaal toucher bij slapende patiënten. Uit de stageverslagen van Franse studenten bleek dat zij in de operatiekamer het vaginaal toucher moesten uitvoeren op slapende patiënten om de medische handeling te oefenen. Deze affaire veroorzaakte een enorme ophef, waarbij meer bepaald de staatssecretaris voor Gelijkheid van vrouwen en mannen en de Bestrijding van discriminatie ingreep. Spreekster vroeg zich af hoe de situatie in ons land was. Zij kon hierover geen informatie krijgen met als uitvlucht dat dit zich onmogelijk in België kon voordoen. Ondertussen zijn er getuigenissen afgelegd en bleek deze praktijk massaal en veel voor te komen. Het is niet omdat er geen informatie in België beschikbaar is of als basis kan dienen, dat de praktijk niet bestaat. Integendeel, er zijn flagrante gelijkenissen tussen beide landen en het geweld houdt niet op aan de grens.

Voorts geeft spreekster aan dat het nu nog steeds de trend is om obstetrisch geweld te ontkennen. De steun voor patiënten is op alle niveaus ingewikkeld, omdat deze *a posteriori* wordt verleend. Aangezien het probleem niet bekend is en wordt onderschat, zijn beroepsmensen uit de sector van de geestelijke gezondheidszorg niet uitgerust om slachtoffers te behandelen.

Het is dus van essentieel belang, zoals mevrouw Ortenzio herhaalde, om patiënten en zorgverleners te informeren en te sensibiliseren. Jonge vrouwen moeten van jongs af aan alle nodige informatie krijgen via EVRAS om hun rechten en de goede praktijken te kennen, om te weten hoe ze moeten reageren bij misbruik of kwaadwillige praktijken. Spreekster wijst er echter op dat die verantwoordelijkheid niet moet worden afgewenteld

op vrouwen. Artsen moeten in de eerste plaats op de hoogte zijn van die aanbevelingen. Het is bijvoorbeeld belangrijk eraan te herinneren dat gynaecologisch routineonderzoek zoals een uitstrijkje, niet aanbevolen is voor vrouwen jonger dan vijfentwintig jaar. Het is echter een courante, zelfs systematische praktijk. Het is hier dus een kwestie van opleiding in goede medische praktijken met een wetenschappelijke basis.

Mevrouw Guiot vult nog iets aan over de steun aan patiënten en slachtoffers. Weinig patiënten weten dat zij rechten hebben, hoe en wanneer zij bezwaar kunnen maken of zelfs een protocol kunnen bespreken. Spreekster vermeldt het geval van patiënten die aankondigden dat zij in de uren vóór de bevalling zouden weigeren een infuus of infiltratie te laten aanleggen, omdat zij de indruk hadden dat dit zou leiden tot onnodige en voortijdige medicalisering. Sommige ziekenhuizen antwoordden dat ze dan maar naar een ander ziekenhuis moeten gaan om te bevallen. Bij deze weigering (de keuze van een gynaecoloog of de plaats van de bevalling) spelen echter veel psychologische aspecten een rol. Vrouwen hebben weinig middelen om te onderhandelen over de zorg die zij krijgen, omdat zij die bagage niet meekrijgen.

De cijfers

De statistiek over de drie funeste handelingen (onverdoofde ingreep, echtgenootsteek en fundusexpressie) die het Platform heeft kunnen vaststellen, geeft ongeveer 20 % aan, of één op de vijf vrouwen. Dit cijfer bedraagt één vrouw op vier voor patiënten met een lagere opleiding of uit een minder bedeeld sociaal-economisch milieu en nagenoeg één vrouw op drie voor patiëntes van kleur, wat tot discriminatie kan leiden. Factoren van discriminatie stapelen zich trouwens op. In de geneeskunde zijn discriminerende mechanismen bestudeerd, zoals het mediterrane syndroom, waarbij minder rekening wordt gehouden met uitingen van pijn door Noord-Afrikaanse of Afrikaanse bevolkingsgroepen. Geen rekening houden met hun pijn of deze minimaliseren, kan leiden tot slechte zorg voor de patiënt en tot verkeerde diagnoses.

De gevolgen van de coronacrisis waren talrijk en moeilijk te kwantificeren:

– veel vrouwen wilden tijdens de verschillende *lockdowns* ergens anders bevallen, maar dat kon niet altijd, meer bepaald omdat er geen plaats was op die andere plaatsten of omdat er geen tijd was om voor een «normale» begeleiding te zorgen;

– de communicatie en informatie tijdens de pandemie waren voor sommigen ook problematisch. In de meeste gevallen vonden de patiëntes dat de informatie duidelijk en gemakkelijk te vinden was. Maar in 20 % van de gevallen hebben zij zelf moeten zoeken naar de informatie over het protocol van hun kraamkliniek;

– de regels van de ziekenhuizen maakten de meeste patiëntes bang. Het Platform stelt zich in heel wat gevallen vragen bij de goede toepassing van de protocollen en in fine voor wie ze werkelijk bestemd zijn:

  - het dragen van een masker was een terugkerend onderwerp vanaf de eerste versoepeling van de lockdownmaatregelen. Het *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée* kreeg vaak vragen van zwangere vrouwen die ongerust waren dat ze een masker moesten dragen tijdens de bevalling. Concreet hebben weinig medische teams dit echt geëist. Veel vrouwen waren ook bang dat ze op de dag van de bevalling geen begeleiding zouden krijgen of vroegen zich af hoe lang die begeleider mocht blijven of welke psychologische ondersteuning ze zouden krijgen;

  - in de bevraging zijn twintig moeders die van hun baby werden gescheiden in de neonatale afdeling;

  - Er werden longscans genomen vóór de bevalling, hoewel deze onderzoeken het risico op borstkanker aanzienlijk verhogen. Het Platform weet echter niet of die patiënten op de hoogte waren gebracht van deze risico's, noch of zij dit onderzoek konden weigeren;

  - tot slot werd het protocol na een negatieve PCR-test in 60 % van de gevallen niet aangepast;

– de enquête heeft ook aangetoond dat de bevraagde vrouwen vertrouwen hadden in de gezondheidswerkers: 86 % voor vroedvrouwen en 85 % voor de gynaecologen. Die cijfers zijn bemoedigend en tonen aan dat er een stevige basis is om een zorgzaam systeem uit te bouwen.

Mevrouw Guiot wijst vervolgens op de noodzaak om aandacht te besteden aan het psychologische aspect en de ontreddering waarmee patiënten worden geconfronteerd na gynaecologisch en verloskundig geweld. De

vele getuigenissen van de respondenten van de enquête zijn hiervan het bewijs. De Covid-19-periode deed het psychologische leed nog toenemen, aangezien de patiëntes thuis alleen waren zonder steun van hun familie, behalve van hun partner. Mevrouw Guiot beveelt het adviescomité aan om de dienst voor geestelijke gezondheidszorg *Le chien vert* te horen, die al meer dan dertig jaar gespecialiseerd is in perinatale zorg en met wie het burgerplatform de enquête heeft uitgevoerd. Deze dienst heeft een zeer precieze visie op de perinatale psychologie, maar ook op de gevolgen van de crisis voor de jonge moeders, aangezien in een *follow-up* over verschillende maanden wordt voorzien. Er werd ook een hulplijn opgezet om jonge moeders die dat nodig hadden, bij te staan.

Als antwoord op de vraag van mevrouw Durenne over de uitsplitsing van de cijfers per gynaecoloog, verduidelijkt spreekster dat de steekproef momenteel niet groot genoeg is. De cijfers per kraamkliniek publiceren, kan echter wel. Spreekster komt terug op het begrip verloskundige zorgzaamheid. Zij verzoekt de commissie het memorandum 2018 van het platform te raadplegen, dat een lijst bevat met gedetailleerde eisen en oplossingen die niet per se duur zijn. Noord-Californië heeft bijvoorbeeld cijfers bekendgemaakt over gynaecologisch geweld per gynaecoloog en per ziekenhuis. De Staat heeft de gynaecologen met het minst aantal gevallen van geweld gevraagd andere beroepsbeoefenaars op te leiden. Dankzij dit initiatief daalde het percentage episiotomieën van 21 naar 12 %. Die verandering werd mogelijk gemaakt door *peer-to-peer*-opleiding. In dezelfde optiek had het Burgerplatform een werkgroep opgericht met verschillende gynaecologen om te kijken hoe men bepaalde praktijken kon veranderen, meer bepaald door kennis over fysiologie aan te moedigen, door minder keizersneden of problematische handelingen uit te voeren, enz. Achteraf is gebleken dat de gynaecologen die aan deze besprekingen deelnamen en van wie sommigen diensthoofd waren in verschillende structuren, door het systeem slecht behandeld en misprezen werden. Een disfunctioneel probleem houdt stand in de geneeskunde, waarbij verloskundige zorgzaamheid niet naar waarde wordt geschat. Ter herinnering, die zorgzaamheid bestaat vaak in een weigering om in te grijpen. Hoe minder men ingrijpt en dit vanaf het begin, hoe minder vaak er een opeenvolging van steeds zwaardere ingrepen nodig is. Een ingreep bij het begin van de bevalling, zoals een inductie, verhoogt het risico op een keizersnede of het gebruik van instrumenten voor de bevalling. De verloskundige zorgzaamheid vereist dus dat de gebruikelijke aanpak wordt omgekeerd.

Spreekster herinnert eraan dat de WGO uitdrukkelijk aanbeveelt om de bevalling niet te standaardiseren en te kiezen voor een geïndividualiseerde aanpak. Zij wijst er nogmaals op dat deze eis niet afkomstig is van een kleine groep militante feministen, maar van een van de grootste internationale instellingen. Het proces van gezamenlijk genomen beslissingen dient verder uitgewerkt te worden. Het MUNet, *Midwifery Unit Network* (61), in Groot-Brittannië, begeleidt vroedvrouwen en geboortecentra over de manier waarop zij samen met de patiënt beslissingen kunnen nemen in plaats van deze op te leggen. Dit is volledig in overeenstemming met het beginsel van de wet op de bescherming van de patiënt. In België kunnen alle studenten tijdens de opleidingen of informatiesessies van het *Plateforme pour une naissance respectée* de wet van 2002 over toestemming voordragen. Zij geraken echter totaal in de war over hoe ze moeten omgaan met een weigering van een patiënt om een episiotomie te ondergaan. Door dit begrip op te nemen in de evaluatiecriteria tijdens de opleiding, kan men leren hoe in de praktijk moet worden gereageerd en gehandeld.

*

* *

(61) *https://www.midwiferyunitnetwork.org/*.

II. HOORZITTINGEN VAN 29 NOVEMBER 2021

- De heer Guy Verhulst, voorzitter, en mevrouw Magali Verheecke, vertegenwoordiger van de Bijzondere Interessegroep jong gynaecologen van de Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie (VVOG);
- Mevrouw Marlene Reyns, voorzitster van de Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV);
- De heer Pierre Bernard, voorzitter van het *Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique*;
- Mevrouw Marleen Temmerman, directeur van *The Centre of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University East Africa* en emeritus professor, faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, UGent;
- Mevrouw Vanessa Wittvrouw, vroedvrouw, voorzitster van de *Union professionnelle des sages-femmes belges* en ondervoorzitster van de Federale Raad voor de vroedvrouwen;
- De heer Joeri Vermeulen, opleidingshoofd vroedkunde aan de Erasmushogeschool Brussel, onderzoeker aan de VUB en bestuurslid bij de *Belgian Midwives Association* (BMA) en de *European Midwives Association* (EMA).

A. Uiteenzetting van de heer Guy Verhulst en mevrouw Magali Verheecke, Bijzondere Interessegroep jong gynaecologen, Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie (VVOG)

1) Inleiding

Vroeger was alles anders. Ook de gynaecologisch-prenatale raadpleging. Het waren niet «*the good old days*» voor de vrouwen. Integendeel.

Nog maar een paar decennia geleden onderzochten gynaecologen elke zwangere elke maand vaginaal. Er werd niet gevraagd: «Mevrouw mag ik u eens onderzoeken want…». Neen, er werd op bijna pseudodwingende (niet slecht bedoelde) manier gezegd: «Kleed u maar uit, ik ga u onderzoeken.» Dat werd zo geleerd, gynaecologen werden zo opgeleid, dat werd hen voorgedaan en opgedragen.

Wanneer men oudere patiënten wiens baarmoeder vele jaren geleden is weggenomen, vraagt naar de reden krijgt men het antwoord: «Omdat de dokter zei dat het moest.» Velen herinneren zich nog de uitspraak van een oudere gynaecoloog die zei nadat de patiënte hem iets had gevraagd «Mevrouw, het is langs deze kant van de tafel dat de vragen worden gesteld». De sprekers kunnen zich ook niet meer inbeelden dat patiënten vroeger helemaal naakt in een kleedhokje moesten wachten om toegelaten te worden in het bureau van de gynaecoloog.

Edoch. De tijden zijn gelukkig veranderd, er is binnen de geneeskunde en meer bepaald onze discipline reeds een hele weg afgelegd, maar wij beseffen dat er nog een stuk te gaan is.

«*Primum non nocere*»

Het primair doel van de opvolging van een zwangere patiënte is het behouden van de preconceptionele gezondheidstoestand van de moeder en het optimaal ter wereld brengen van een pasgeborene.

De geneeskunde kende een evolutie van een paternalistische ingesteldheid, vaak gebaseerd op ervaring, naar wat met men op heden «*shared decision making*» noemt, gebaseerd op informatie verkregen uit de huidige evidentie («*evidence based medicine*»). In de verloskunde kun je die evolutie illustreren als een evolutie van «Mevrouw, kleed u maar uit, ik ga u onderzoeken», gevolgd door een vaginaal onderzoek (en dit bij elke raadpleging), naar «Mevrouw, om die en die reden zou ik u graag vaginaal onderzoeken; dit onderzoek is belangrijk om die en die reden; kunt u zich daarin vinden?» (en dit enkel op indicatie).

2) Obstetrisch geweld

a) Definitie

Er was een aantal maanden geleden enige gefrustreerde verwondering onder gynaecologen bij het lezen van de krant (*De Morgen* van 24 april 2021). Hierin stond een artikel over «Obstetrisch geweld». De meesten hadden daar nog nooit van gehoord. Zijn gynaecologen de jihadisten onder de artsen? Pijnigen zij hun patiënten psychisch en fysiek? Moedwillig en bewust?

Obstetrisch geweld is de koepelterm voor verschillende vormen van geweld binnen de verloskundige setting. Het vertrekt vanuit de zorgverlener die ongepast handelt. Het slachtoffer is in de eerste plaats de kersverse moeder. Maar ook andere betrokkenen kunnen slachtoffer zijn: het kind, de partner, familie of vrienden

Het woord «geweld» betekent: «hevige kracht die iemand kwaad doet of schade veroorzaakt» en heeft een zeer negatieve perceptie. Het woord impliceert een «slachtoffer» en ook een «dader». Dit geeft de indruk dat de zorgverlener een kwalijke intentie heeft. De overgrote meerderheid der gynaecologen heeft echter de zuivere intentie om hun patiënten bij te staan en te helpen, en de allerbeste kwaliteit van zorg te leveren.

Als geweldenaar of dader bestempeld worden, choqueert dan ook. Moedwillig iemand pijn doen, valt trouwens onder het strafrecht. Ziekenhuizen, artsen en vroedvrouwen hebben er alle belang bij dat jonge moeders met een gezonde baby en een voldoening gevende beleving huiswaarts keren. De VVOG aanvaardt daarom de term «obstetrisch geweld» niet.

De senaatstekst zegt hierover: «In de verklaring van de WGO legt men de nadruk op toe-eigening van het lichaam en het voortplantingsproces van zorgvragenden door zorgverleners. Die toe-eigening uit zich op verschillende manieren: ontmenselijkende behandeling, misbruik van medicatie, omzetting van natuurlijke processen in pathologische processen.»

Over de vraag: «Hoe kunnen we de lichamelijke zelfbeschikking van het zwangere koppel het best beschermen binnen een wetenschappelijk onderbouwd medisch handelen» wil de VVOG zeker verder meedenken.

b) Obstetrisch geweld, een veelvoorkomend probleem?

Uiteraard stelt het mensonwaardig behandelen van een patiënt een probleem! Een belangrijke vraag is echter: «Is het voor wat frequentie betreft een majeur probleem?»

Op dit moment zijn er enkel gevalstudies gepubliceerd, en dan nog in het buitenland (de Verenigde Staten, Groot-Brittannië, Australië, Nederland, enz.). De gegevens die hierin worden aangehaald zijn vaak enkel gebaseerd op getuigenissen en enquêtes gehouden via *Facebook*, *Twitter*, *Instagram*, of soortgelijke media. Actueel bestaat er in België nog geen enkel wetenschappelijk onderzoek hierover, en er is ook geen objectieve, systematische registratiemethode.

De VVOG wil in de eerste plaats heel duidelijk stellen dat zij het probleem van obstetrisch of gynaecologisch geweld niet wil banaliseren of minimaliseren. De VVOG is er dan ook voorstander van het bestaan van obstetrisch «geweld» in België in kaart te brengen, zowel kwantitatief als kwalitatief door middel van gevalideerde enquêtes. Daaropvolgend dient een definitie op Belgische maat opgesteld te worden, zoals dit ook internationaal wordt geadviseerd (*Savage and Castro Reproductive Health (2017) 14:138 DOI 10.1186/s12978-017-0403-5)*.

c) Gynaecologen geviseerd?

De VVOG, en vele gynaecologen ongetwijfeld met haar, is zeer teleurgesteld en boos over het feit dat men in de media het beeld creëert dat gynaecologen als beroepsgroep in patiënten een studieobject zien, en geen maximale inspanningen leveren om de allerbeste kwaliteit van zorg te leveren. Voor een gynaecoloog is het niet fijn te lezen dat zijn of haar dagdagelijkse handelingen buiten context getrokken worden en beschreven worden als «geweld».

Gynaecologen proberen met hun team van vroedvrouwen de patiënten-tevredenheid zo hoog mogelijk te houden en zoveel mogelijk te voldoen aan de persoonlijke wensen van de moeder of het koppel. In het streven

naar een hoogste vorm van kwaliteit, en om hun werking steeds verder te verbeteren, zijn gynaecologen ook verplicht die tevredenheid regelmatig objectief op te meten, door enquêtes bij de patiënten. Daarnaast wordt hun zorg regelmatig onderworpen aan audits.

d) Wake-up call

Blijkbaar komt de intentie om goede en persoonlijke zorg te leveren, niet altijd zo over. De VVOG meent dat gynaecologen dit moeten beschouwen als een *wake-up call*. Hun leuze is en blijft: «Bevallen van een gezond kind, met behoud van eigen gezondheid.» Desalniettemin, daar waar de gynaecoloog bepaalde handelingen als noodzakelijk beschouwen, omdat ze ook echt geïndiceerd zijn, is dit voor de patiënte niet altijd duidelijk.

De VVOG meent dat de kern van de discussie die nu gevoerd wordt onder de noemer «obstetrisch geweld» gaat over de lichamelijke integriteit en het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen, en meer bepaald over het recht op goed geïnformeerde en vrije keuzes voor hun obstetrische of gynaecologische onderzoeken en behandelingen. Uiteraard kunnen de VVOG en haar leden zich daar volledig achter scharen.

3) Verbeterpunten en valkuilen

a) Communicatie is essentieel

Daarvoor moeten gynaecologen in de spiegel durven kijken. Kunnen ze het beter doen? Ja!

Communicatie is zoals vaak het sleutelwoord. De communicatieve noden, de honger naar informatie en de eisen die men aan die informatie stelt, zijn gegroeid. Anders dan toen de paternalistische houding standaard was, staat communicatie nu mede centraal in de behandeling van een patiënt. Mogelijk hebben een aantal gynaecologen (zowel mannen als vrouwen) nog wat betuttelingsdrang en paternalistische neigingen, maar dat is een uitstervende mentaliteit.

Elke stap in het diagnostisch en therapeutisch proces moet in begrijpbare taal uitgelegd te worden aan de patiënt. Pas wanneer de arts zich ervan vergewist dat de patiënt het proces begrijpt, kan bevraagd worden of men zich hierin kan vinden, zij het in de diagnose of in het beleid. Voor de bevalling houdt dit in dat de patiënte moet begrijpen waarom een vaginaal onderzoek uitgevoerd wordt en dat, op zijn of haar beurt, de gynaecoloog dit onderzoek enkel uitvoert wanneer hier een medische indicatie voor bestaat of op vraag van de patiënte. Hetzelfde geldt voor de episiotomie («knip»), het plaatsen van inwendige *monitoring* van de foetale harttonen of de contracties, het uitvoeren van een kunstverlossing («vacuüm», «zuignap», «*ventouse*» of forceps, en keizersnede), kortom, voor elke handeling, of elk afzien van een handeling.

Gynaecologen zijn er zich van bewust dat er prenataal meer informatie moet worden gegeven over de bevalling, en over de verschillende bevallingsscenario's. Ook achteraf is er een goede debriefing nodig, en dit liefst zo snel mogelijk, nog tijdens het kraamverblijf, en niet enkel op de postnatale raadpleging. Misschien gebeurt dat nog te weinig. Iemand die een goede uitleg krijgt over het waarom van de gebeurtenissen, kan die veel beter plaatsen en zal minder vragen en trauma's overhouden.

Er zijn gelukkig al verschillende stappen vooruit genomen. Bijna alle ziekenhuizen schakelen de laatste jaren meer vroedvrouwen in in het prenatale zorgtraject, om voor elke patiënt een optimale, geïndividualiseerde aanpak te vinden. Ook via protocollen en patiëntenbrochures over de verschillende scenario's (inductie, sectio, spontane vaginale partus) proberen ze maximaal informatie te bieden aan het koppel.

b) De patiëntenrechten specifiek binnen verloskunde

Het recht op zelfbeschikking en geïnformeerde toestemming is belangrijk en gebetonneerd in onze fundamentele rechten. Binnen de verloskunde stellen zich echter een aantal specifieke uitdagingen.

Men heeft niet enkel te maken met een barende vrouw, maar ook met het ongeboren kind. Verloskundigen zijn verantwoordelijk voor de gezondheid van beiden. Wanneer de zwangere vrouw een handeling weigert die de zorgverlener noodzakelijk acht voor het welzijn van de baby, brengt dit de zorgverlener in een zeer lastig parket, zeker in een maatschappelijke context die een hoge medicolegale druk legt wanneer de uitkomst niet

is zoals verhoopt. De VVOG pleit voor meer vorming over de patiëntenrechten, en ook over de rechten en plichten van zorgverleners in deze zeer specifieke en soms ook zeer urgente context.

Een bevalling is geen goed moment voor uitgebreid overleg en debat. In een ideale wereld zijn alle scenario's allemaal op voorhand uitgebreid doorgenomen en besproken, maar dat is niet altijd realistisch. Een bevalling is bij uitstek een niet planbare gebeurtenis. Daardoor is de zorgverlener die tijdens de zwangerschap een vertrouwensband opbouwt met de zwangere, vaak niet aanwezig op het moment van de bevalling. Het verloop van een bevalling is niet op voorhand gekend. Soms doen zich acute situaties voor waarover snel beslist dient te worden. De zorgverlener draagt een grote verantwoordelijkheid en moet soms snelle, deskundige beslissingen nemen en handelingen stellen. Het stuit de VVOG tegen de borst dat het vertrouwen in de deskundigheid van gynaecologen soms zoek lijkt te zijn.

c) Extremen tegenover elkaar: hypernatuurlijk tot overgemedicaliseerd

Het debat over patiëntenrechten in verloskunde en zelfbeschikkingsrecht, mag niet gekaapt worden door de «natuurlijke bevallingsbeweging». Pathologische situaties niet tijdig erkennen, pijnstilling ontzeggen, een schuldgevoel aanpraten over het nemen van pijnstilling, nalaten een knip te plaatsen wanneer nodig, enz., kunnen evenzeer voorbeelden zijn van obstetrisch geweld. De VVOG struikelt over de ongefundeerde stelling dat een zelfstandige vroedvrouw zich bovengemiddeld bewust zou zijn van risico's op obstetrisch geweld. Ze gaat dan ook niet akkoord met het promoten van thuisbevallingen en geboortehuizen als de oplossing voor dit «probleem».

Deze inschatting vindt onder meer steun in het gegeven dat het percentage thuisbevallingen in Nederland daalt: in 2019 vonden er 27,3 % van de partussen plaats in eerste lijn, waarvan maar 12 % thuisbevallingen; 14,6 % verkoos ervoor om poliklinisch te bevallen, met eigen verloskundige zonder inmenging van een arts, maar wel in het ziekenhuis, opdat er zo nodig snel en zonder vertraging kan overgedragen worden naar de tweede lijn.

De VVOG beseft wel dat de cijfers over verloskundige handelingen per regio en per ziekenhuis sterk variëren. 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.

Anderzijds benadrukt de VVOG dat de gynaecologen van België tot de beste van de klas behoren in de wereld voor wat betreft perinatale mortaliteit en morbiditeit. Dat blijkt ook uit de cijfers over de sectio's, episiotomieën, en inducties.

1. Sectio's

Waarom moet een senaatsdocument over obstetrisch geweld in België sectio's als een mogelijke vorm van dat geweld vermelden? Valt een noodzakelijke sectio dan ook onder de term «geweld»?

De VVOG meent dat het sectiopercentage van 10 à 15 % dat de WGO publiceert, een volledig verkeerd beeld geeft wanneer men dit zonder kanttekening presenteert. Het creëert de perceptie dat gynaecologen in België massaal te veel sectio's uitvoeren, en dat dit een bewijs levert van obstetrisch geweld.

De WGO stelt zelf dat de percentages die zij publiceert, niet normgevend zijn:

«*Although the ideal or optimal caesarean rate is unknown, WHO emphasizes that caesarean section is effective in saving maternal and infant lives, but only when it is used for medically indicated reasons. Ultimately, every effort should be made to provide caesarean sections to women in need, rather than striving to achieve a specific rate.*»

Het sectiopercentage in België bedraagt ca 21 %. Dit is hoger dan het percentage dat de WGO vermeldt, doch het is duidelijk minder dan het Europees gemiddelde.

Er is een groot verschil in de gezondheidszorg over de wereld. In sommige gebieden is het superveilig om een sectio te doen, zoals bijvoorbeeld bij ons. Hier zijn er gynaecologen met de nodige ervaring, is er een goede infrastructuur, is er degelijk materiaal en een goede hygiëne. Die zaken ontbreken in ontwikkelingslanden.

Ook het feit dat daar het gemiddeld aantal kinderen hoog is, is een factor die noodzaakt om het aantal sectio's te beperken in die landen. Een globaal «ideaal» percentage is dus niet heel relevant.

De VVOG is het er ook niet mee eens dat het weigeren van een keizersnede voor niet-medische redenen een vorm van obstetrisch geweld is. Zulke uitspraak is voor een wetenschappelijke gynaecologenvereniging onaanvaardbaar, gelet op de risico's van een keizersnede voor een volgende zwangerschap: ruptuur, placenta-adhesies en bloedingen, intra-abdominale adhesies en obstructies, enz.

2. De «knip»

Discussies en ongenoegen gaan vaak over de «knip». Men verwijt gynaecologen dat zij «veel meer knippen dan in andere landen», of «meer knippen dan vroedvrouwen».

Daar waar een episiotomie vroeger quasi standaard werd uitgevoerd, is het plaatsen van een knip heden ten dage eveneens een medische handeling die een indicatie vereist. Slechts als het nodig is, wordt er een knip gezet. In de meerderheid der gevallen is dat omdat de uitdrijving niet vordert of de moeder uitgeput is, omdat de foetus in nood is, of ter preventie van een ernstige scheur. Dit is duidelijk zichtbaar in de dalende evolutie van het episiotomiepercentage in Vlaanderen (zie bijlage 3).

Er bestaat geen vooropgesteld aanvaardbaar percentage episiotomieën. Het adagio blijft*: primum non nocere*, aangevuld met de essentie van communicatie. Een gynaecoloog verdient niets aan een knip, noch eer (als de knip niet geïndiceerd is), noch geld. Het kost hem of haar zelfs meer tijd, want een knip moet nu eenmaal gehecht worden.

Wat gynaecologen wel een vorm van obstetrisch geweld vinden, is dat door fanatiek het knippen te willen vermijden, er meer scheuren van de anale sluitspier ontstaan. Dat is heel duidelijk bewezen door wetenschappelijk onderzoek (*evidence based medicine*). Dat zijn pas echt te vermijden ernstige complicaties, met soms langdurige invaliderende klachten, zowel medisch als psychologisch bij de vrouw.

Bijna geen enkele vroedvrouw heeft in haar opleiding een episiotomie uitgevoerd, laat staan hersteld. Door het ontbreken van kennis en ervaring over chirurgie (hechten) kan zij een knip of scheur, zelfs miniem, niet altijd correct herstellen. Er zijn dan ook regelmatig problemen nadat een vroedvrouw een knip of scheur chirurgisch hersteld heeft. (Bobby D. O'Leary & Vineta Ciprike, «Dubbel zoveel anale sfinterletsels in *Midwifery-led obstetrics*», *The International Urogynecological Association*, online gepubliceerd op 4 januari 2020).

De VVOG wil in dit verband het probleem aankaarten van de opleiding. De vereniging gaat helemaal niet akkoord met de stelling dat gynaecologen fysiologische bevallingen niet zouden kennen. In België worden gynaecologen wel degelijk opgeleid voor deze eerstelijnstaak. De opleidingscriteria voor gynaecologen vereisen dat zij minstens tweehonderd fysiologische arbeiden en bevallingen begeleiden. Het is volstrekt onmogelijk enige pathologie te herkennen, te begrijpen en te behandelen zonder eerst de normale fysiologie zowel theoretisch en praktisch 100 % onder de knie te hebben.

De opleidingscriteria voor vroedvrouwen vereisen daarentegen dat ze slechts veertig zelfstandige bevallingen moeten uitgevoerd hebben, of dertig zelfstandige bevallingen, en tien waarbij ze meegeholpen hebben met een senior. Op de werkvloer stellen de gynaecologen vast dat een leerling-vroedvrouw slechts heel zelden gelegenheid heeft om alleen en «zelfstandig» een bevalling te doen. Is dit aantal voldoende om zelfstandig thuisbevallingen te begeleiden, en bij alle mogelijke complicaties te weten wat te doen?

3. Inducties

Inducties kunnen niet zomaar als obstetrisch geweld beschouwd worden.

Ook als een bevalling wordt ingeleid staat het beschermen van moeder en kind op de eerste plaats. Het is duidelijk aangetoond dat de perinatale sterfte, zelfs bij laag-risico zwangerschappen, hoger is als een zwangerschap langer dan eenenveertig weken duurt (bron: Wennerholm U.-B. *et al.*, «Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial», *British Medical Journal*, 2019, blz. 369).

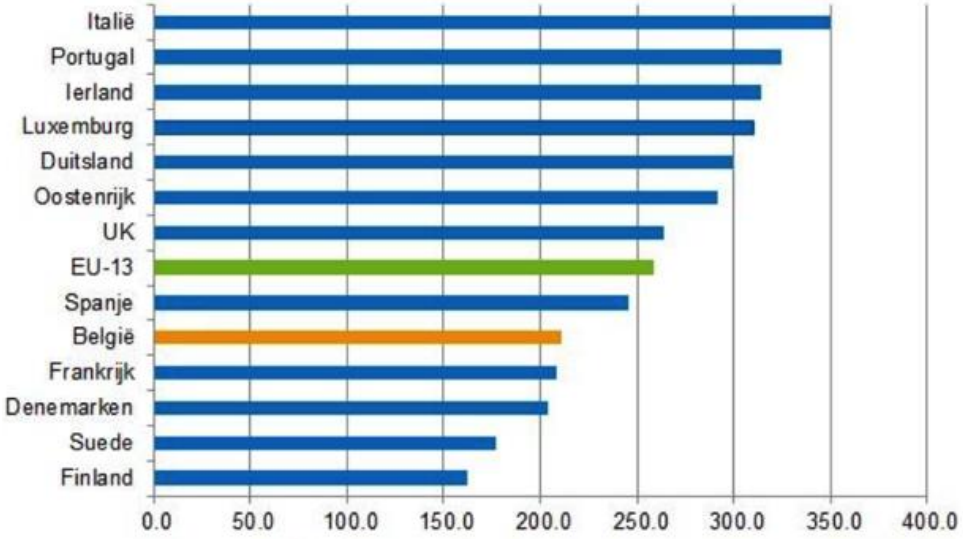
Er zijn zelfs recent argumenten geopperd voor de stelling dat een «ideale» termijn voor inductie negenendertig weken zou zijn (bron: Middleton P. *et al.*, «Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nr. 7, 15 juli 2020).

Opnieuw is het primordiaal aan de patiënte of het koppel uit te leggen wat de mogelijke risico's zijn van zowel inleiden als niet inleiden; tot inductie besluiten vormt een gedeelde beslissing van beide partijen.

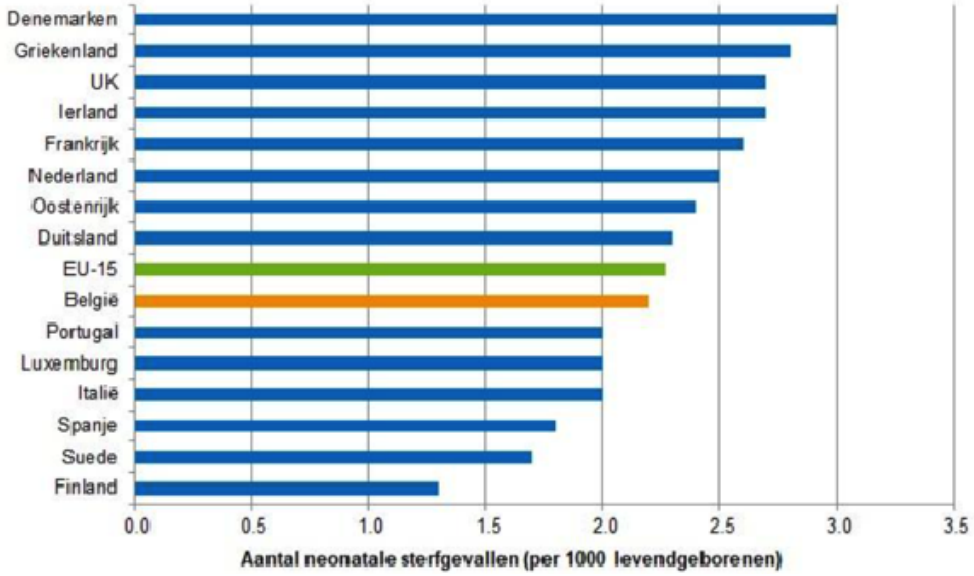
4) Het standpunt van de VVOG luidt:

- er is nood aan een duidelijke, eenduidige definitie van «obstetrisch geweld», met een absolute noodzaak de term «geweld» enkel te gebruiken waar die inderdaad terecht is, en te bannen waar hij verkeerd is en verwarrend werkt;
- in plaats van oppositie te voeren tegen «geweld», wil de VVOG liever een positieve insteek geven en ijveren voor een veilige, aangename en respectvolle bevalling;
- de VVOG pleit ervoor een meer uitgebreide vorming te organiseren over patiëntenrechten, én over de rechten en plichten van zorgverleners in de zeer specifieke en soms ook zeer urgente context van een bevalling;
- de VVOG pleit ervoor opleidingsmomenten en trainingen over arts-patiëntcommunicatie te organiseren;
- de VVOG vraagt het obstetrisch geweld in België, zowel in de eigenlijke zin als in de oneigenlijke betekenis, in kaart te brengen, zowel kwantitatief als kwalitatief door middel van enquêtes;
- pas nadat een inventaris van soorten en frequentie van obstetrisch geweld is opgemaakt, kan geëvalueerd worden of er acties en veranderingen in de geboortebegeleiding nodig zijn, en welke die moeten zijn;
- er is nood aan een aangepaste opleiding voor de vroedvrouwen. Momenteel zijn de aantallen bevallingen die zij moeten (mee) begeleid hebben, en de stages op de werkvloer onvoldoende om kennis te hebben over zowel de fysiologie als de pathologie van een bevalling. Ook dienen zij, zoals gynaecologen, blootgesteld te worden aan drilling-oefeningen om bij acute situaties correct te kunnen reageren;
- dat sommige bevolkingsgroepen gediscrimineerd worden en niet dezelfde kwalitatieve zorg krijgen, is onaanvaardbaar. Dat is echter een algemeen maatschappelijk probleem dat niet specifiek is voor obstetrisch geweld. In dat opzicht vraagt de VVOG ook om meer aandacht voor goede opvang-netwerken voor zwangeren en gezinnen met sociale en psychische problematiek. Hun aantal stijgt, en er wordt momenteel veel te weinig aandacht aan besteed!

Bijlage 1: sectiopercentage / 1 000 bevallingen



Bijlage 2: neonatale morbiditeit



Bijlage 3: episiotomieën in Vlaanderen

episiotomie	2001	2014	2015	2016	2017	2018	2019
primipara		71,2	68,1	65,1	62,4	61,0	58,5
multipara		33,9	31,0	28,2	26,5	23,8	22,7
totaal	68	50,5	47,2	44,5	42,3	39,7	38,5
kunstverlossing		87,4	84,6	84,1	82,9	82,1	80,6
spontane partus		45,2	41,8	38,8	36,5	33,9	32,5

Het algemene cijfer is 38,5 %. Dat is het totaal waar ook kunstverlossingen geïncludeerd zijn. Als men enkel naar de spontane bevallingen kijkt, dan heeft men een cijfer van 32,5 %. Wanneer men enkel naar de multipara kijkt, zelfs met kunstverlossingen erbij, is dit slecht 22 %. Op te merken valt ook dat het percentage knippen duidelijk is afgenomen de laatste jaren. Vroeger was er het idee dat knippen zou bijdragen tot minder urineverlies en prolapsproblemen op oudere leeftijd. Die theorie is nu zo goed als verlaten. Het episiotomiepercentage is trouwens over de laatste twintig jaar met 44 % gedaald, en over de laatste vijf jaar met een kwart.

B. Uiteenzetting van mevrouw Marlene Reyns, Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV)

Mevrouw Reyns laat bij het begin van haar uiteenzetting de video-bijdrage «*We have a problem*» van de *International Confederation of Midwives* zien (*https://www.youtube.com/watch?v=yGTHKk1G7U8*) (geraadpleegd op 8 december 2021).

Transcriptie van de Nederlandse-ondertiteling:

Vrouw-patiënte: «Ik heb een vriendelijke en zorgzame vroedvrouw die me helpt en begeleidt doorheen mijn zwangerschap. Zij zorgt voor de gezondheid van mij en die van mijn baby en zij zal me geruststellen wanneer ik ga bevallen.»

Vroedvrouw: «Als vroedvrouw wil ik een goede opleiding en vraag ik steun om vrouwen te geven wat ze willen. Ik wil gewaardeerd worden voor wat ik doe en de mogelijkheid hebben om mijn expertise te delen wanneer en waar deze nodig is.»

Vrouw-patiënte: «Ik wil gewoon een goede vroedvrouw.»

Commentator: «Wereldwijd bevalt een vrouw op drie zonder professionele hulp terwijl dagelijks het equivalent van twee jumbojets vol vrouwen in het kraambed sterven en hun families achterlaten zonder moeder. Dit leidt tot armoede, lijden en extra kosten om de achtergelaten familie te steunen. Het is een neerwaartse spiraal. In vele landen zijn er vrouwen die zich getraumatiseerd voelen na de geboorte van hun baby, zowel lichamelijk als psychologisch, en dit heeft een effect op de hele familie. En spijtig genoeg, is het niet enkel het tekort aan zorgverleners dat ervoor zorgt dat vrouwen niet de nodige professionele zorg krijgen.»

Commentator: «Ik heb gehoord dat vroedvrouwen in sommige landen hun beroep niet mogen uitoefenen omdat het illegaal is of omdat hun vaardigheden niet gerespecteerd worden. Op sommige plaatsen worden vroedvrouwen verhinderd hun werk te doen omdat overbodige en dure medische procedures gebruikt worden en dit om risico's te voorkomen die er gewoonweg niet zijn. Ik weet dat het soms gebeurt dat vroedvrouwen onder een zodanige druk werken dat ze het belang vergeten van vriendelijkheid en respect. Het systeem geeft hen te weinig kansen, en door het gebrek aan empathie, blijven de vrouw en het systeem verweesd achter.»

Vrouw-patiënte: «In mijn land zijn vroedvrouwen soms wreed. Eentje sloeg mijn zus omdat ze riep door de pijn.»

Commentator: «We hebben een oplossing! Onderzoek toont aan dat wanneer vroedvrouwen gesteund worden door goede regelgeving en onderwijs en vrouwen sensitieve, goed opgeleide en gerespecteerde vroedvrouwenzorg ontvangen doorheen hun zwangerschap, zowel moeder als baby betere overlevingskansen hebben. Maar het gaat niet enkel om overleven. Een positieve ervaring bij de geboorte is de start van een opwaartse spiraal die de hele familie versterkt en dit komt iedereen ten goede! Een goed opgeleide en zorgzame zorgverlener bij de geboorte is cruciaal. Wetenschappelijk onderzoek geeft aan dat vroedvrouwenzorg levens redt, onnodige interventies vermindert en geld uitspaart. We hebben opgeleide vroedvrouwen nodig die vrouwen bijstaan wanneer nodig, zij moeten gewaardeerd en gerespecteerd worden en kansen krijgen om hun liefdevolle zorg uit te voeren zoals ze opgeleid zijn.»

Vrouw-patiënte: «Ik kan helpen door mijn positieve ervaringen te delen. Ik kan de politici ervan bewust maken dat elke vrouw de best mogelijke zorg verdient bij haar reis naar het moederschap.»

Vroedvrouw: «Ik kan meehelpen het systeem te proberen veranderen. De verantwoordelijken voor de materniteiten en de opleiding voor vroedvrouwen probeer ik te overtuigen van de toegevoegde waarde die ik als vroedvrouw kan bieden. En ik kan mijn collega-vroedvrouwen aanmoedigen hun beroep uit te oefenen met warmte en menselijkheid.»

Vrouw-patiënte: «En jij kan me helpen! Een betere wereld start met gezonde families en sterke relaties. Dus geef me een goede vroedvrouw en de bevallingservaring die ik verdien!»

Aansluitend hierbij vermeldt mevrouw Reyns de patiëntenrechtenwet, die onder meer vastlegt dat vrouwen de keuze mogen maken over met wie en hoe ze willen bevallen. Daarnaast verwijst spreekster ook nog naar de wetenschappelijk uitgewerkte oplossingen in België (onder andere uitgewerkt door het KCE, de federale Planningscommissie, de beroepsorganisatie) die de vroedvrouw een waardige plaats geven in het globale verloskundig gebeuren.

Spreekster verwijst naar onderzoek van het KCE over het kwaliteitskader (Moeder-Kind Cirkel) dat vanuit de beroepsorganisatie werd opgezet. Hierin staan centraal: de kwaliteitszorg – sterk aanleunend bij de eisen uit de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg –, de client-gerichte aanpak (vierentwintig uur op vierentwintig bereikbaarheid), het zorgpad – gebaseerd op *evidence based midwivery* – en vooral het aspect «samenwerking». Het betreft hier de samenwerking met de gynaecologen maar ook die met andere

zorgverleners en mantelzorgers in eerste en tweede lijn die betrokken zijn bij de ondersteuning van de zorg van het gezin.

Voorts vermeldt mevrouw Reyns kort nog:

– rapport 312: «Alternatieve scenario's voor de projectie van de *workforce* van vroedvrouwen: horizon *scanning* en kwantificeringsmodel», dat een aantal scenario's heeft uitgestippeld waarbij vroedvrouwen een andere rol krijgen binnen de zorg van moeder-kind;

– rapport 326: «Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laag risico zwangerschappen», waarin het gegeven van de «voorbereiding» is in opgenomen: het is immers uiterst belangrijk dat de vrouwen alle factoren van belang kennen en op de hoogte zijn van wat er mogelijks kan gebeuren, maar tezelfdertijd ook *empowered* worden. Het gaat over een geïntegreerde aanpak waarbij niet alleen de samenwerking met de gynaecologen is in opgenomen, maar ook de samenwerking met de kinesisten, psychologen en huisartsen, die elk met een eigen insteek en opdracht de beste zorgen voor moeder en kind willen garanderen.

Vanuit het VBOV worden er regelmatig sensibiliseringsacties op touw gezet:

– de actie van 2015, die opgezet werd in samenspraak met de gynaecologen, pleitte onder meer voor een samenwerkingsmodel rond de natuurlijke bevalling waarbij het belang van de bewegingsvrijheid werd aangetoond met als doel de vrouw te sterken in haar kunnen en in haar mogelijkheden;

– op dit ogenblik is het VBOV volop bezig met het voorbereiden van een sensibiliseringsactie rond bewegingsvrijheid: «Beweeg je vrij» (*www.bewegingsvrijheid.be*) die gebaseerd wordt op klinische expertise en het oordeel van de mensen die dagdagelijks in het veld staan in combinatie met de best beschikbare wetenschappelijke evidentie. De campagne heeft ook de ambitie om 100 % rekening te houden met de voorkeuren en waarden van de patiënt. De campagne start half december 2021 en duurt een jaar. De bedoeling van de campagne is de vrouwen, tussen arbeid en bevalling, effectief te laten bewegen. Met een staat van dienst van veertig jaar in de verloskamer weet mevrouw Reyns dat er nog te weinig mogelijkheden zijn wat dat betreft, maar ze stelt wel een positieve trend vast op dat vlak. Ze geeft ook mee dat het hier ook gaat over mentale bewegingsvrijheid: het recht om alle opties te kennen om op die manier ook geïnformeerde keuzes te kunnen maken.

Tenslotte verwijst mevrouw Reyns nog naar de volgende stappen die van hieraf genomen moeten worden en die zeker gebaat zijn met politieke steun. Een quote van een gynaecoloog die meewerkte aan het opzet van de campagne zet hierbij duidelijk de toon: «Geef vroedvrouwen de ruimte om vrouwen de ruimte te geven!»

De stappen worden genomen vanuit een positieve insteek; geen enkel zorgberoep wordt in een negatief daglicht gezet; het ultiem doel is om vrouwen sterker te maken.

De ambitie bestaat erin om hen nog beter te begeleiden: niet enkel medisch, maar ook op psychisch en sociaal vlak. Er moet gewerkt worden vanuit een samenwerkingsmodel met de andere zorgverleners.

De vroedvrouwen dienen onder meer algemene toegang te krijgen tot de technische platformen van de verloskamer zodanig dat de vrouw met een vertrouwd persoon kan komen bevallen. Er wordt ook gepleit voor meer vroedvrouwen in de verloskamer met als streefdoel meer persoonlijke begeleiding, tot op het niveau van een één-op-één begeleiding.

Mevrouw Reyns vat de sleutelwoorden nog eens samen: «samen», «*evidence based*» en «met respect» en concludeert dat de noden en de verwachtingen van de vrouwen centraal moeten staan in de zorg opdat de vrouwen goed voorbereid zouden zijn en goed geïnformeerde keuzes zouden kunnen maken.

C. Uiteenzetting van de heer Pierre Bernard, *Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique*

De heer Bernard deelt aan het begin van zijn uiteenzetting mee dat hij vandaag het woord neemt als voorzitter van het *Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique*. Naast deze functie doceert hij aan de faculteit Geneeskunde van de *UCLouvain* en werkt hij als gynaecoloog-verloskundige, waarbij hij meer dan zevenduizend vrouwen bij hun bevalling heeft kunnen helpen.

Het verzoek van patiëntes om betrokkenheid, neemt op natuurlijke wijze toe en loopt gelijk met de veranderende mentaliteit. Bij die vraag gaat het om de eerbiediging van hun rechten als patiënt, in het bijzonder de geïnformeerde toestemming en de welwillendheid van de zorgverleners.

De zorgverleners, in het bijzonder de gynaecologen-verloskundigen en de vroedvrouwen, hebben allen positief gereageerd op dat verzoek.

Die positieve reactie kreeg concreet vorm door de exponentiële ontwikkeling van de arts-patiëntrelatie in de artsenopleiding (ongeveer driehonderdzeventig uur, of vijfendertig studiepunten, seminaries en praktijk), door het toenemende belang van deze arts-patiëntrelatie in de evaluatiecriteria en de accreditatie van jonge verloskundigen en door de oprichting van structuren voor reflectie en permanente opleiding voor deze relatie, zoals de in 2003 opgerichte interdisciplinaire groepering voor (psycho-)perinataliteit.

Er dient ook gewezen te worden op de geleidelijke vervrouwelijking van de medische studies: er is geen reden om aan te nemen dat de ideeën van vrouwelijke verloskundigen anders evolueren dan die van andere vrouwen.

Het begrip «obstetrisch geweld» kwam kort na 2015 vanuit Frankrijk overgewaaid. Dit geweld werd vervolgens heftig veroordeeld door feministische bewegingen. De WGO had echter al in 2013 een aantal gedragingen opgesomd die als definitie kan worden beschouwd: zie hieronder.

Violences obstétricales – définition ?

OMS:

- agressions physiques
- humiliations graves
- agressions verbales
- procédures médicales imposées
- pas de consentement éclairé
- manque de confidentialité
- refus d'anti-douleurs
- violation flagrante de l'intimité
- négligences entrainant complications évitables

Vertaling:

Obstetrisch geweld – definitie?

WGO:

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

Verschillende feministische groeperingen hebben sommige van deze handelingen naar eigen goeddunken geïnterpreteerd en er verloskundige handelingen aan toegevoegd, wat getuigt van karikaturale onwetendheid over de verloskundige praktijk. Dit optreden kwam tot uiting in een ongegronde lastercampagne tegen verloskundigen en vroedvrouwen, waarbij laatstgenoemden werden aangewezen als hoofdverantwoordelijken voor dit geweld. De campagne werd gesteund door een aantal niet-kritische en inschikkelijke media.

Het eerste deel van dit geweld is niet specifiek voor de gynaecologie-verloskunde, maar het ligt voor de hand dat deze praktijken wel degelijk bestaan in België. Het lijdt geen twijfel dat die moeten worden bestreden. Wat de frequentie ervan betreft, verwijst spreker naar de uiteenzettingen van de vertegenwoordigers van de VVOG en de VBOV:

- **Utilisation force physique**
- **Contrainte légale**
- **Harcèlement, intimidation**
- **Atteinte à l'intimité**
- **Manque d'humanité et de dignité**
- **Ignorances des demandes, des refus, des questions, des souhaits**
- **Non prise en charge de la douleur**
- **Comportements inadéquats**
- **Discriminations/violences (sociales, raciales, sexistes, physiques,etc..)**
- **Menace sur la sécurité du bébé**
- **Intervention imposée sans consentement**

Vertaling:

- gebruik van fysiek geweld;
- wettelijke dwang;
- pesterijen, intimidatie;
- schending van de intimiteit;
- gebrek aan menselijkheid en respect;
- negeren van verzoeken, weigeringen, vragen, wensen;
- geen aandacht voor pijn;
- ongepast gedrag;
- discriminatie / geweld (sociaal, raciaal, seksistisch, fysiek, enz.);
- de veiligheid van het kind in gevaar brengen;
- ingreep zonder instemming.

De overgrote meerderheid van de Belgische verloskundigen herkent zich niet in deze gedragingen, die niet stroken met hun dagelijkse praktijk, hun deontologie of de *feedback* die ze van hun patiënten krijgen. Integendeel, zij waren zeer geschokt door deze lastercampagne en door de laster die eraan ten grondslag lag. In hun ogen is het vooral onaanvaardbaar dat door een dergelijke campagne een breuk ontstaat tussen zorgverleners en patiënten.

Wat meer specifiek verloskundig geweld betreft, moet worden vastgesteld dat een «technische handeling» en «fysieke agressie» op één hoop worden gegooid, in een context waarin niet wordt gecommuniceerd of er geen instemming wordt gevraagd, wat door de patiënten terecht als een psychologische agressie wordt ervaren:

- **Refus voie basse**
- **Ignorance de la physiologie de l'accouchement**
- **Instrumentation (forceps, ventouses)**
- **Episiotomie**
- **Césarienne**
- **Ob/gyn: formation de « robots techniques »**

Vertaling:

- weigering natuurlijke bevalling;
- onwetendheid over de fysiologie van de bevalling;
- instrumentarium (forceps, vacuümextractie);
- episiotomie;
- keizersnede;
- ob / gyn: opleiding van «technische robots».

Spreker heeft het vervolgens meer specifiek over de etiologie van de bevalling zelf. De fylogenie, de antropologie, de geschiedenis en de wetenschap leren ons dat voor veel vrouwen de bevalling fysiologisch niet kan omdat de mens in de loop van zijn evolutie (meer bepaald door zijn tweevoetigheid en de grote groei van de hersenen van de foetus) te maken kreeg met een vaak moeilijke of onmogelijke natuurlijk doorgang voor de foetus, waardoor dystocische natuurlijke bevallingen ontstaan of keizersneden moeten worden toegepast.

Bovendien zijn vrouwen gevoelig voor andere verloskundige pathologieën die in de dierenwereld zelden voorkomen. Die dystocia en verloskundige pathologieën vereisen snelle, uiterst nauwkeurige en competente medische en verloskundige zorg, die in de afgelopen eeuw heeft geleid tot een spectaculaire daling van de moedersterfte:

- **Césarienne**: 15-20%
- Grossesse multiple : 2%
- **Dystocie voie basse**: 11%
- Episiotomie 20%
- **(Pré-)éclampsie** : 5-10%
- **Infection puerpérale**: 1-3%
- **Hémorragie du post partum**: 2-5%
- Accouchements prématurés: 8%
- Détresse néonatale: 8%
- Malformation congénitale 3%
- Monitoring pathologique: 10%
- Mort fœtale in utero: 0,6%

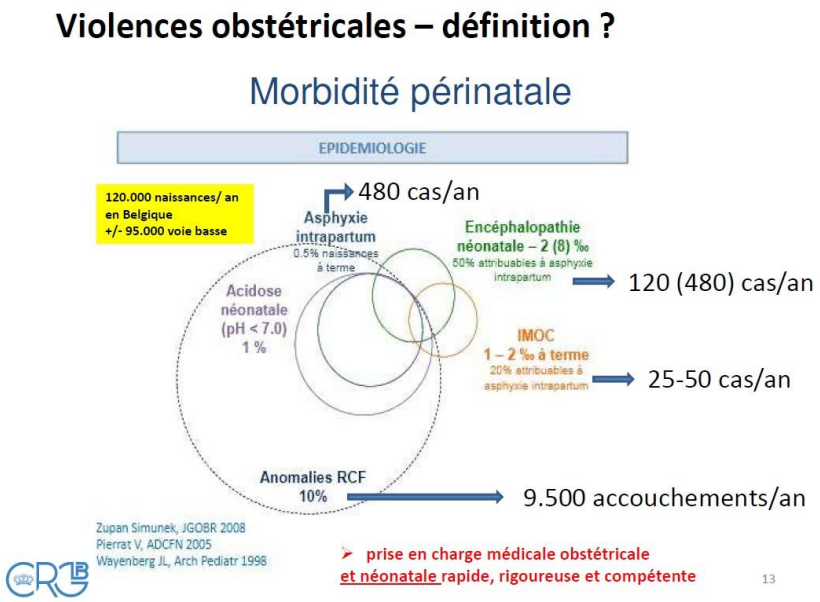
Vertaling:

- keizersnede: 15-20 %;
- meerlingen: 2 %;
- dystocia: 11 %;
- episiotomie: 20 %;
- pre-eclampsie: 5-10 %;
- puerperale infectie: 1-3 %;
- post-partumbloedingen: 2-5 %;
- voortijdige bevallingen: 8 %;

- neonatale nood: 8 %;
- aangeboren misvormingen: 3 %;
- pathologische monitoring: 10 %;
- foetale dood in utero: 0,6 %.

In sommige ontwikkelingslanden is moedersterfte door gebrek aan adequate zorg vergelijkbaar gebleven met wat we in België optekenden in 1890. Momenteel bedraagt het wereldwijde gemiddelde voor moedersterfte een verontrustend cijfer van 400 gevallen per 100 000 geboorten.

Dit geldt ook voor de neonatale morbiditeit-mortaliteit. In onderstaande grafiek zien we dat bij 10 % van de bevallingen met een *a priori* laag risico (ongeveer 10 000 gevallen in België per jaar), hartritmestoornissen zullen optreden tijdens de bevalling. Zonder de nodige verloskundige reactie zal één op de 20 gevallen leiden tot perinatale asfyxie, dat wil zeggen 500 gevallen per jaar. Zonder de nodige verloskundige en pediatrische ingreep zouden in België jaarlijks naar schatting 300 kinderen encefalopathie ontwikkelen en 54 hersenverlamming oplopen. Statistisch gezien lijkt dit misschien niet veel, maar met de kwaliteit van de geneeskunde die wij in België hebben, is het toch veel te veel.



Vertaling:

Obstetrisch geweld - definitie?

Perinatale morbiditeit:

- 120 000 geboortes / jaar in België, ± 95 000 natuurlijke geboortes;
- intrapartum asfyxie, 0,5 % voldragen zwangerschap – 480 gevallen / jaar;
- neonatale encefalopathie, 50 % is toe te schrijven aan intrapartum asfyxie – 120 (480) gevallen / jaar;
- CP – 1-2 ‰ voldragen, 20 % is toe te schrijven aan intrapartum asfyxie – 25-50 gevallen per jaar;
- foetale hartritmestoornissen 10 % – 9 500 bevallingen per jaar;
- snelle, uiterst nauwkeurige en competente verloskundige en neonatale medische zorg.

De communicatie met patiënten en koppels hierover moet duidelijk zijn en hun toestemming moet weloverwogen gegeven worden. Een fysiologische bevalling zou geen doel op zich mogen zijn, aangezien die vaak

onmogelijk, moeilijk of riskant is voor de moeder en de pasgeborene. Doet men dit niet, dan wordt dit door de patiënt of het echtpaar als een mislukking ervaren, of zelfs als geweld.

Als bewijs verwijst spreker naar cijfers uit Groot-Brittannië, waaruit blijkt dat 35-45 % van de primiparae die thuis of in een geboortehuis bevallen, naar een kraamkliniek moet worden overgebracht vanwege een mislukte fysiologische bevalling. Er dient aan herinnerd te worden dat men nooit van tevoren weet hoe een bevalling zal verlopen en er zich onvoorziene risico's kunnen voordoen. Bovendien kan een bevalling pas «fysiologisch» zijn nadat de placenta uit het lichaam is gekomen.

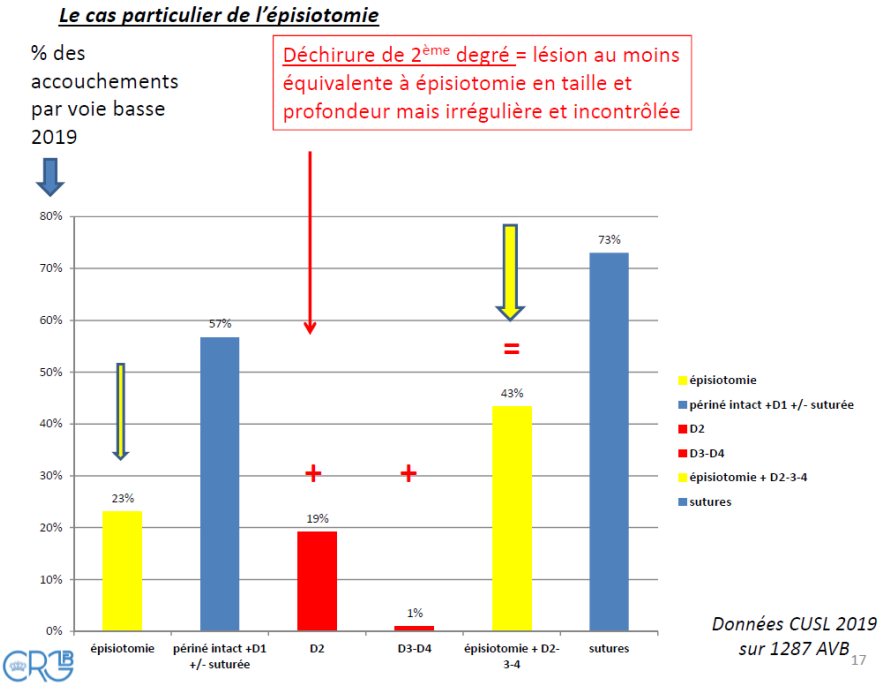
De eerste taak van de verloskundige is alles in het werk te stellen om ervoor te zorgen dat de moeder en de pasgeborene lichamelijk en psychisch gezond zijn, ondanks die risico's. Toch is het van belang om tegemoet te komen aan het verzoek van de vrouw om zoveel mogelijk de fysiologie te respecteren, binnen de grenzen die gelden om het welzijn van de moeder en de baby te bewaren.

Het spreekt echter voor zich dat elke onnodige ingreep moet worden verboden en dat alle nuttige middelen om de pijn te bestrijden beschikbaar moeten zijn en aan de patiënten moeten worden voorgesteld.

Het *Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique* dringt dan ook aan op de noodzaak om een register op te stellen, aan de hand van gevalideerde studies, om een kwalitatieve en kwantitatieve evaluatie op te maken van dit geweld dat gedefinieerd wordt op basis van wat gangbaar is in België. In dit verband zal waarschijnlijk een andere naam moeten worden gegeven aan obstetrisch geweld.

De verloskundige handelingen als zodanig, verwerpt het *Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique* als kwaliteitscriteria om verloskundig geweld te bepalen. Als voorbeeld verwijst spreker naar het bijzondere geval van episiotomie, die in aantal afneemt. Maar gaat het echt om een daling? Episiotomie is één ding, een scheuring is iets anders. Er dient op gewezen te worden dat een scheuring in de tweede graad qua omvang en diepte een letsel is dat minstens op episiotomie lijkt, maar het voordeel van deze laatste is dat zij recht en gecontroleerd is.

Volgens de gegevens van CUSL 2019 bedraagt de episiotomiegraad 23 %, maar dit cijfer wordt niet gecorrigeerd door het aantal scheuringen, dat goed is voor een bijkomende 20 %. Het percentage patiënten dat een perineumhechting moet ondergaan bedraagt in werkelijkheid dus 43 %.



Vertaling

Het bijzondere geval van de episiotomie % natuurlijke bevallingen 2019 Scheur in de 2de graad = wonde minstens gelijk aan een episiotomie wat grootte en diepte betreft, maar onregelmatig en ongecontroleerd – episiotomie; – intact perineum +DI +/- gehecht; – D2; – D3 – D4; – episiotomie + D2-3-4; – hechtingen. Gegevens CUSL 2019 op 1287 AVB.

Het episiotomiepercentage is dus niet significant zonder de scheuringspercentages in de tweede, derde en vierde graad en zonder het percentage van de pariteit en de instrumentering dat een significante bijdrage levert. Het is belangrijk erop te wijzen dat dit episiotomiepercentage, gevoegd bij het percentage scheuringen, al verschillende jaren stabiel is gebleven omdat het logischerwijze begrensd wordt door de fysieke beperkingen van het perineum.

De kwaliteitscriteria van de episiotomie bestaan in de naleving van indicaties als het voorkomen van een ernstige scheuring en van foetale hypoxie en het niet systematisch uitvoeren van een episiotomie. De informatieverstrekking aan patiënten is dus van kapitaal belang. Zij moeten herinnerd worden aan deze indicaties, aangepast aan hun specifieke en persoonlijke geval.

Spreker wijst er daarbij op dat een geïnformeerde toestemming niet kan worden gegeven op het ogenblik van een nakende bevalling. Bovendien hebben gynaecologen-obstetrici geen enkel belang (financieel, tijdswinst of voldoening van de patiënten) om ze uit te voeren.

Wat het geval van de geïnformeerde toestemming betreft, merkt spreker op dat dit deel uitmaakt van de rechten van de patiënt omdat zij integraal deel uitmaakt van de huidige arts-patiëntrelatie.

Een correct geïnformeerde toestemming is echter niet mogelijk in noodgevallen.

Een geïnformeerde toestemming kan in de obstetrica makkelijk worden verkregen wanneer zij op voorhand een antwoord geeft op vragen van de patiënten, maar dit verloopt moeilijk met patiënten die geen vragen stellen of vertrouwen op de gynaecoloog-obstetricus, de verloskundige of het zorgteam. Er moet immers informatie worden gegeven over niet-zeldzame interventies (keizersnede tijdens de weeën, gebruik van instrumenten, episiotomie, scheuring, neonatale reanimatie, bloedverlies bij de bevalling, enz.), wat onvermijdelijk een bijkomende bron van stress is. Is dat ook geen vorm van iatrogeen obstetrisch geweld?

Tot slot wijst spreker op een aantal vaststellingen die nog niet aan bod zijn gekomen:

– het is duidelijk dat «obstetrisch geweld» vragen oproept en dat er een consensus bestaat om geweldplegingen als gedefinieerd door de WGO uit te roeien;

– het is echter niet geweten hoe vaak obstetrisch geweld voorkomt en de definitie ervan is onduidelijk;

– in alle kraamklinieken bestaan er goede enquêtes en bemiddelingsdiensten waartoe patiënten makkelijk toegang hebben, wat wijst op een grote kloof tussen feministische eisen en de ervaringen van de meeste gynaecologen-obstetrici en hun patiënten;

– 10 à 30 % van de patiënten beleven hun bevalling als een traumatische ervaring, wat het belang aantoont van preventie van de gevolgen ervan: postnatale depressie, posttraumatisch syndroom tijdens het post partum en bindingsstoornissen;

– er bestaat een mogelijke onverenigbaarheid tussen de zelfbeschikking van sommige patiënten en een goede obstetrische praktijk, wat problematisch zal zijn voor obstetrici;

– er bestaat op dat vlak een gebrek aan communicatie en het is evident dat dit beter kan;

– het debat wordt bovendien bezoedeld door *fake news*, slecht uitgevoerde vooringenomen enquêtes, partijdige publicaties zonder stevige grondslag, niet-contradictorische persberichten, pseudo-experten en slechte goede ideeën.

Uitgaande van deze vaststellingen, stelt het *Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique* het volgende voor:

– het College blijft bereid om zijn acties voor te stellen ter bestrijding van de vormen van geweld die de WGO heeft gedefinieerd, en meer bepaald onaanvaardbare discriminaties. Het pleit ervoor dat alle patiënten zonder discriminatie kunnen rekenen op de welwillendheid van het zorgpersoneel;

– het stelt voor om te werken aan de identificatie, definitie en herbenoeming van obstetrisch geweld, en vervolgens aan een kadaster ervan op Belgisch niveau. Hiervoor kan een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van uiteenlopende beroepen worden opgericht, die vervolgens gerichte acties zou voorstellen;

– het steunt de ontwikkeling van een redelijke en preventieve formalisering van de geïnformeerde toestemming voor zorg die zinvol is en waarin de patiënten onze partners en bondgenoten zijn. Het geboorteproject is een goed instrument voor uitwerking en anticipatie voor de ouders, dat gunstig is voor het therapeutisch bondgenootschap;

– het steunt ook de organisatie van de opleiding en informatieverstrekking voor patiënten en een betere toegang tot deze informatie;

– het beveelt aan om de voortgezette opleiding van artsen in arts-patiëntbetrekkingen uit te breiden in het bijzondere geval van zwangerschap en bevalling. Hierbij moet speciaal de nadruk gelegd worden op welwillendheid, luisteren, wederzijds vertrouwen en het afstappen van paternalisme en infantilisatie;

– het moedigt de ontwikkeling van een psychologische hulpstructuur binnen de kraamklinieken aan om posttraumatische syndromen tijdens het post partum op te sporen, te voorkomen en te behandelen;

– het ziet nauwgezet toe op het behoud van hoge standaarden in de Belgische perinatale geneeskunde, om te komen tot 0 % morbiditeit-mortaliteit van moeders en pasgeborenen;

– het moedigt multidisciplinair teamwork aan, met een optimale communicatie tussen teams, het hanteren van *guidelines* en regelmatige evaluaties. Dit moet de kwaliteit van de zorgverlening vierentwintig uur op vierentwintig en zeven dagen op zeven waarborgen;

– het steunt de ontwikkeling van bevallingsstructuren, geleid door verloskundigen, in de bevallingslokalen – en niet ernaast of erbuiten – om de risico's voor moeders en pasgeborenen niet te verhogen. Dit vergt een bijkomende vorming van verloskundigen;

– het merkt op dat de informatie, de geïnformeerde instemming, de voortgezette opleidingen, de gepaste begeleiding van de moeder en het koppel en de psychologische ondersteuning aanzienlijk meer financiële middelen voor zwangerschap en ouderschap vereisen.

D. Gedachtewisseling

Mevrouw Masaï verklaart dat zij heel goed inziet hoezeer de woorden «obstetrisch geweld» moeilijk liggen bij een deel van de medische beroepsbeoefenaars. Zij kan alleen maar vaststellen dat er een duidelijke kloof bestaat tussen sommige feiten die tijdens vorige hoorzittingen aan het licht zijn gekomen en het standpunt dat de deskundigen vandaag verkondigen. Naast deze verschillende zienswijzen zijn er tussen de verschillende sprekers gelukkig ook vele raakvlakken.

De hoorzittingen hebben ons een overzicht van de situatie gegeven, en zowel personen die erkend willen worden als slachtoffers van obstetrisch geweld als personen voor wie dit begrip moeilijk aanvaardbaar is hebben het woord kunnen nemen.

Spreekster komt terug op de aanbeveling van de VVOG in verband met de hoge medisch-legale druk die gynaecologen-obstetrici ondervinden. Het idee achter deze aanbeveling is om een bredere opleiding te geven in patiëntenrechten en de rechten en plichten van zorgverleners. Kunnen de experten hier meer uitleg over geven?

Haar tweede vraag richt zij tot professor Bernard, die aangeeft dat sommige obstetrische handelingen onvermijdelijk zijn, maar dat zij niettemin door patiënten als geweld ervaren kunnen worden. Bestaan er reeds maatregelen om vrouwen te helpen die dergelijke als onvermijdelijk beschouwde handelingen ondergaan en eronder lijden? Moet hun begeleiding worden verbeterd?

Spreekster vraag ook welk percentage vrouwen een fysiologische bevalling zouden kunnen hebben. Professor Bernard heeft aangetoond dat een fysiologische bevalling voor vele vrouwen niet aangewezen is, maar hoe zit het met zij voor wie dit wel mogelijk is?

Ten slotte onthoudt zij de vele suggesties die de experten hebben gedaan om de *empowerment* van vrouwen te verbeteren, onder meer door het oprichten van werkgroepen bestaande uit patiënten en vertegenwoordigers van verschillende beroepen die vrouwen behandelen. Dit lijkt haar een bijzonder interessant idee om gemeenschappelijke oplossingen uit te werken.

Mevrouw Ampe deelt de mening van mevrouw Masai dat de commissie niet alleen moet afgaan op anekdotisme, hoewel de verhalen van slachtoffers van obstetrisch geweld eveneens gehoord moeten worden. De omvang van het fenomeen van obstetrisch geweld moet grondig onderzocht worden, onder meer om de slachtoffers de erkenning te geven die zij verdienen.

Zij wenst daarom dat het cijfermateriaal dat vandaag aan de commissieleden werd voorgesteld zou worden opgenomen in de tekst van het verslag.

Alle experten hebben de nadruk gelegd op het belang van communicatie en op het feit dat de situatie de twintig laatste jaren op dat vlak sterk geëvolueerd is. Dit is een zeer positieve vaststelling voor de vrouwen die bevallen en de kinderen die geboren worden. Het geeft in elk geval aan dat de gynaecologen niet zijn achtergebleven en dat zij luisteren naar de patiënten. Deze positieve evolutie zal alleszins in de verf moeten worden gezet in de tekst van de vaststellingen om ze te ondersteunen.

Mevrouw Groothedde stelt geen voorstander te zijn van de term «obstetrisch geweld» en de voorkeur te geven aan de term «lichamelijke zelfbeschikking», zoals vermeld in het verzoek tot het opstellen van een informatieverslag (doc. Senaat, nr. 7-245/1). De term «obstetrisch geweld» wordt wel als dusdanig gebruikt in de terminologie van de WGO.

Vaak wordt geopperd dat er te veel op gynaecologisch geweld gefocust wordt terwijl andere vormen van medisch geweld zich in andere disciplines ook voordoen. Is het gender-gerelateerd aspect van de problematiek niet specifiek aan de gynaecologie?

Het valt haar op dat de drie experten voornamelijk de lastige *issues* van de problematiek hebben aangehaald. Gynaecologisch geweld is immers een moeilijke thematiek die in België nog in de kinderschoenen staat. Het lijdt bovendien geen twijfel dat de medische zorg in België van uitstekende kwaliteit is en dat het voor de sprekers geen evident gesprek is om aan te gaan.

De tegenstelling tussen de zwangere vrouw en de foetus, in hun hoedanigheid van patiënt, werd vaak gesteld in de uiteenzettingen. Uit haar eigen ervaring blijkt dat een zwangere vrouw veel zal doen om het welzijn van de foetus te garanderen. Hoe vaak komt het voor dat een zwangere de belangen van een foetus niet ter harte neemt?

De experten hebben overigens veel uitleg gegeven over de obstetrische ingrepen die vaak nodig zijn bij een bevalling en over de *informed consent* van patiënten. Zij benadrukt dat een fysiologische bevalling ook voor haar geen doel op zich is, wel het feit dat vrouwen het recht moeten hebben om dit te verkiezen of niet. Het naleven van de beslissing van de patiënten is geen evidente zaak omdat men de neiging heeft om in te grijpen in geval van twijfel. Bovendien zijn onze geboorteprocessen met de tijd sterk geëvolueerd.

Wat is het standpunt van de experten over het *informed dissent*, wanneer patiënten bepaalde ingrepen niet willen of bepaalde ingrepen net wel willen ook al worden ze door de zorgverleners ontraad?

Er wordt eveneens voornamelijk de nadruk gelegd op de bevallingen en op het verloskwartier, terwijl lichamelijke zelfbeschikking – in de gynaecologische zin van het woord – een veel breder concept is, met onder meer aspecten zoals onvruchtbaarheid, endometriose, menopauze, enz. Veel getuigenissen inzake obstetrisch geweld gaan ook over deze zaken. Kunnen de experten hun standpunt hierover delen?

Tenslotte wenst spreekster twee bijkomende vragen te stellen over de oplossingsgerichte denkpisten. De experten hebben al een aantal aanbevelingen geformuleerd, onder meer de opleiding, de informatie over de rechten van de patiënten, enz. Waarop zouden de aanbevolen opleidingen specifiek gericht zijn?

Daarnaast stelt ze vast dat medische processen en procedures, onder meer de schaalvergroting van de zorg, een rol kunnen spelen in gynaecologisch geweld: uit internationale onderzoeken blijkt dat schaalvergroting een geïndividualiseerd proces vaak ten kwade komt. Wat is de mening van de experten hieromtrent?

Een laatste vraag betreft de trauma-sensitieve zorg. Een kwart van de patiënten die een gynaecoloog raadplegen hebben ervaringen met seksueel geweld en krijgen trauma-sensitieve zorg voorgesteld. Maar kan deze specifieke zorg geen bredere oplossing bieden en worden veralgemeend naar andere traumatische ervaringen, zoals gynaecologisch geweld? Zo ja, op welke manier?

Mevrouw Ryckmans herinnert eraan dat het de hoofddoelstelling van de commissie is aandacht te vragen voor een cultuur van welwillendheid en luisterbereidheid tegenover vrouwen die hun leven lang gynaecologisch geweld ondergaan. Wat dat betreft is de bevalling een heel onthullend moment, maar het is inderdaad niet het enige.

De deskundigen opperden een aantal oplossingen ter bestrijding van het obstetrisch geweld, onder andere een kadaster en de terbeschikkingstelling van nauwkeurige data. Volgens spreekster is het ook essentieel die data te verspreiden door ze openbaar te maken. Zijn de sprekers het met die analyse eens?

In verband met de vroedvrouwen en hun relatie met de vroedkundigen, wenst ze nadere informatie over de manier waarop hun integratie verbeterd moet worden. Hoe moet ze concreet vorm krijgen in de medische teams? Welke relatie dient men in het bijzonder te ontwikkelen? Is het idee dat een vroedvrouw een vrouw met weeën gedurende de hele bevalling bijstaat geen interessant denkspoor wat het welzijn van de moeder en het pasgeboren kind betreft, ook al veroorzaakt dat meer financiële kosten?

Tot slot komt ze terug op het voorstel van de heer Bernard, die voor de oprichting van een multidisciplinaire werkgroep pleit. Hoe zal die groep concreet tot stand komen? Denkt hij bij dat proces patiënten te betrekken, in het bijzonder moeders, en vertegenwoordigsters van het maatschappelijk middenveld?

Mevrouw Segers heeft een aantal tegenstrijdigheden gehoord tussen de vier sprekers maar ook veel eensgezindheid.

De meest fundamentele tegenstrijdigheid gaat over de definitie van obstetrisch geweld. Als we willen streven naar een kadaster van obstetrisch geweld zal een juiste en eensgezinde definiëring ervan van essentieel belang zijn. De Vlaamse vertegenwoordigers verwerpen de term «geweld», hoewel de WGO het als dusdanig gebruikt, en spreken liever over een «veilige bevalling».

Gaat er in dat verband een consensus kunnen bereikt worden tussen de artsen en de vroedvrouwen en op welke manier?

Daarnaast stelt spreekster wel een grote eensgezindheid vast tussen de experten over de nood aan een doorgedreven en uitgebreide opleiding over de patiëntenrechten. Wat zou deze opleiding concreet moeten omvatten?

Ook een goede informatie van de patiënte over haar toekomstige bevalling werd eensgezind naar voren geschoven, maar de heer Verhulst pleitte daarenboven ook voor een debriefing onmiddellijk na de bevalling.

Hoe gaat men toekomstige gynaecologen over deze pre- en postcommunicatie moeten opleiden? Wordt dit al voorzien in hun cursus?

De afstemming van het werk van de vroedvrouwen en van de artsen en hun samenwerking tijdens een bevalling is in haar ogen ook een zeer belangrijk aspect. Spreekster was zeer verbaasd toen ze hoorde dat de

vroedvrouwen op de dag van vandaag geen toegang hebben tot de ICT-programma's van de ziekenhuizen, waar de fiches van de patiënten zich nochtans bevinden. Wat verklaart deze situatie? Hoe kan men dit verhelpen?

Tot slot wenst spreekster de mening van de experten te horen over het voorstel om één zorgverlener aan te wijzen die de patiënte tijdens het ganse proces van de bevalling zal begeleiden.

De heer Verhulst (VVOG) komt terug op de vraag in verband met de opleiding over patiëntenrechten. Wanneer gynaecologen geconfronteerd worden met een acute situatie en snel een beslissing moeten nemen – zoals een keizersnede uitvoeren bijvoorbeeld – maar dat de patiënte dit verbiedt, dan is de vraag wat de artsen kunnen of mogen doen. Hij beoogt hiermee louter het legale aspect van de problematiek. Gynaecologen voelen zich immers sowieso verantwoordelijk voor de gezondheid van de moeder en van het kind.

Als artsen een interventie willen doen in het belang van het kind maar dat de moeder dit weigert, wensen zij voornamelijk te weten wat het precieze wettelijke kader is. Inzake de duidelijke afbakening van de rechten van de patiënten zal een beroep moeten worden gedaan op juristen. De vraag is in het bijzonder in hoeverre een patiënte een behandeling kan weigeren, terwijl deze weigering schadelijke gevolgen kan hebben voor het kind.

Daarom pleit spreker voor een duidelijk juridisch kader en voor een doorgedreven opleiding, waardoor de gynaecologen in staat worden gesteld om de rechten van de patiënten correct te interpreteren.

Spreker stelt zich niet alleen vragen over de term «obstetrisch geweld» maar ook over die van «gynaecologisch geweld», zoals mevrouw Groothedde die blijkbaar interpreteert. Wat bedoelt zij precies met «gynaecologisch geweld», onder meer in het kader van de menopauze?

Wel is hij het ermee eens dat men de problematiek waarschijnlijk ruimer moet analyseren: er zijn inderdaad artsen – huisartsen, cardiologen, oncologen, gynaecologen, enz. – die niet op een correcte manier omgaan met hun patiënten. We moeten de krachten bundelen om dit fenomeen tegen te gaan en om de artsen bewust te maken dat zij hun patiënten op een respectvolle manier moeten behandelen.

Maar of het nodig is om over «gynaecologisch geweld» te spreken lijkt hem een streep te ver. Het probleem komt niet vaker voor bij gynaecologen dan bij andere specialisten.

Voorts merkt spreker op dat de schaalvergroting en de centralisatie van de zorg in heel veel domeinen een positieve invloed heeft gehad. In kleine materniteiten is er vaker een probleem van kwaliteit van de zorg en de schaalvergroting heeft net geleid tot de verbetering ervan.

Mogelijk is er op een bepaald niveau, wanneer de structuur te groot wordt, een afvlakking van de kwaliteitscurve en zelfs misschien een daling. Maar dat is zeker niet het geval voor de Belgische ziekenhuizen. Als besluit stelt spreker dat een schaalvergroting op basis van goede protocollen de kwaliteit van de zorg alleen maar ten goede komt.

Als een meer geïndividualiseerde zorg mogelijk is, zal de arts alles doen om dit mogelijk te maken. Maar zijn eerste doelstelling blijft de gezondheid en de veiligheid van de moeder en van het kind verzekeren.

Geïndividualiseerde zorgprocessen zijn bijgevolg nodig en nuttig maar de schaalvergroting is op medisch vlak veel belangrijker.

Betreffende het opmaken van een kadaster, wenst hij twee opmerkingen te formuleren. Vooraleer men naar oplossingen begint te zoeken, lijkt het raadzaam om het fenomeen van obstetrisch geweld in kaart te brengen. De artsen willen weten waar de problemen zich voordoen en met welke frequentie. Als men het probleem als anekdotiek bestempelt, kan men niet spreken over mogelijke oplossingen.

Over de relatie met en het integreren van de vroedvrouwen in de prenatale zorg, stelt spreker dat alle gynaecologen dit steunen. Het wordt trouwens al zo uitgevoerd op het terrein: de laatste tien jaar werden de vroedvrouwen meer en meer geïntegreerd in het prenatale zorgtraject.

Wel wenst hij niet dat de Senaat een forum wordt om het Belgische prenatale zorgtraject te bespreken en te wijzigen. Dit is een heel andere discussie dan diegene waarvoor de experten werden uitgenodigd. Het informatieverslag handelt enkel over «obstetrisch geweld» en de vertegenwoordigers van de gynaecologenverenigingen willen duidelijkheid over haar definiëring en omvang.

Over de «*one-to-one*» relatie, is het evident dat dit – wanneer mogelijk – aangenamer en beter is voor de patiënten. Men moet echter realistisch zijn: er zijn organisatorische en financiële obstakels die deze optie moeilijk maken.

Inzake de aanleer van communicatievaardigheden tijdens de gynaecologenopleiding, kan spreker melden dat dit vroeger helemaal niet bestond. Uit het nieuwe curriculum voor gynaecologen blijkt echter dat meer aandacht besteed zal worden aan deze aanleer. Ook al is het nog niet optimaal, kan men vaststellen dat er op dit moment al een enorm verschil is met tien jaar geleden.

Het feit dat de vroedvrouwen geen toegang hebben tot de medische dossiers is niet te wijten aan de gynaecologen, integendeel. Het heeft meer te maken met de informaticasystemen van de ziekenhuizen en met de eerbiediging van de privacy.

Mevrouw Verheecke (VVOG) verwijst naar de vraag van mevrouw Groothedde over het aantal moeders die de belangen van hun foetus niet behartigen. Het komt inderdaad voor, namelijk bij patiënten met psychoses, depressies, enz., en de frequentie van deze gevallen stijgt. Dit zou kunnen opgelost worden door een betere prenatale detectie en opvang van de vrouwen die potentiële problemen hebben.

Spreekster wordt dagelijks geconfronteerd met dames die zich sociaal en psychisch niet goed voelen maar die niet terecht kunnen in het huidige opvangnetwerk omdat het tekortschiet. De overheid heeft wel een aantal projecten gelanceerd maar het is nog ruim onvoldoende. Zij pleit er dan ook voor om dit als een prioriteit te behandelen.

Inzake de schaalvergroting treedt spreekster haar collega Verhulst bij. Met schaalvergroting kan men multidisciplinair werken en ervoor zorgen dat een zwangere zowel door een gynaecoloog, een vroedvrouw, een kinesist als door een psycholoog of een sociale dienst kan worden opgevangen. Haar medisch dossier is bovendien ter beschikking van iedereen. Schaalvergroting heeft dus aanzienlijk veel positieve kanten.

Uiteraard is zij ook voorstander van de *one-to-one* oplossing maar dit stoot tegen de realiteit: het aantal vroedvrouwen waarop een ziekenhuis recht heeft is beperkt. ‘s Nachts mag er in de materniteit bijvoorbeeld maar één vroedvrouw aanwezig zijn terwijl er soms tot zes vrouwen tegelijkertijd aan het bevallen zijn. Dit is onverantwoord ook al is dit de realiteit waarmee de medische sector het moet stellen, gelet op de limieten die door de overheid worden opgelegd.

Zij pleit bijgevolg voor een gewijzigde aanpak, waarbij het aantal toegelaten vroedvrouwen in de ziekenhuizen opgeschaald wordt. Deze verhoging van het aantal vroedvrouwen zou ook de *one-to-one* opleiding van de stagiairs vroedkunde ten goede komen tijdens hun stage in de verloskamer.

De heer Verhulst voegt hieraan toe dat ook hij in zijn loopbaan al geconfronteerd werd met patiënten die de belangen van hun kind niet behartigen, ook al bedoelen deze moeders het niet slecht voor hun kind. Hij denkt in het bijzonder aan een zwangere patiënte die tijdens haar zwangerschap weigerde om antibiotica te nemen en waar de situatie uitmondde op de bevalling van een baby die aan scepsis leed. Zelfs na de geboorte bleven de ouders weigeren om hun baby antibiotica te geven. Er werd uiteindelijk beroep gedaan op het parket.

Een aantal van zijn patiënten hebben ook een keizersnede geweigerd, waardoor hun kind in minder goede toestand geboren werd.

Mevrouw Reyns (VBOV) steunt eveneens de nood aan een informatie op maat in hoofde van de patiënten. De artsen moeten hier de nodige tijd voor nemen zodat de vrouwen de mogelijke keuzes kennen. Een oplossing voor meer *one-to-one* zou kunnen zijn dat er meer open materniteiten worden opgericht, waarbij de vroedvrouwen de platformen van de ziekenhuizen gemakkelijker kunnen gebruiken voor de begeleiding en bevalling van hun zwangere patiënten.

Vandaag bestaan er weinig ziekenhuizen die deze openheid bieden. Maar waar het wel gebeurt zijn de ervaringen zeer positief.

Voorts stelt zij voorstander te zijn van de *one-to-one* oplossing omdat dit een positieve invloed heeft op allerlei parameters, zoals de tevredenheid van de patiënten, een vermindering van de vraag naar pijnmedicatie, enz.

De heer Bernard komt terug op de vraag van mevrouw Masai over de manier waarop men het trauma als gevolg van een obstetrische handeling kan voorkomen, opdat ze niet meer als geweld ervaren wordt. Hij meent dat dit

alleen met communicatie kan worden verholpen. De informatie aan de patiënten moet absoluut worden ontwikkeld, in het bijzonder over de wijze waarop een bevalling kan verlopen.

Persoonlijk heeft hij het bij zijn consultaties met zijn patiënten altijd over de mogelijkheid van een keizersnede, omdat dat frequent gebeurt. Hij geeft echter toe dat hij aan patiënten die geen vragen stellen geen uitleg zal geven over het gebruik van de verlostang of de vacuümpomp om ze niet te verontrusten. Indien ze de vraag stellen, zal hij hun duidelijk uitleggen dat het gebruik van die instrumenten bij ongeveer 10 % van de bevallingen noodzakelijk is.

Alles hangt dus af van het scheppen van een wederzijdse vertrouwensband tussen de gynaecoloog en de patiente, die haar bevalling dan positiever zal ervaren, ook al bleken obstetrische handelingen noodzakelijk.

Die goede, voorafgaande informatie en dat wederzijdse vertrouwen omvatten in zekere zin de geïnformeerde toestemming.

Wat de raming van het aantal niet-fysiologische bevallingen betreft, zijn er geen officiële cijfers, maar het gaat waarschijnlijk om 40 tot 70 % van de bevallingen. Voor die raming baseert spreker zich op het percentage bevallingen zonder enige obstetrische handeling in Brussel in 2019 en dat bedraagt 17 %. Tevens gebeurt in België ongeveer 20 % van de bevallingen met een keizersnede en 10 % met een hulpmiddel.

Hij besprak tijdens zijn uiteenzetting al de redenen waarom bevallingen mogelijkerwijs geen normaal verloop kennen. Hij herinnert eraan dat in Groot-Brittannië 40 % van de eerstbarenden met weeën van hun woonplaats of een geboortehuis naar een ziekenhuis moet worden overgebracht, omdat hun bevalling niet fysiologisch kan verlopen.

Daarom benadrukt spreker dat de patiënten goed geïnformeerd moeten worden: men mag hen niet paaien met de illusie dat ze 90 % kans hebben op een fysiologische bevalling.

Spreker antwoordt mevrouw Ryckmans dat hij niet tegen transparantie van de data gekant is, maar dat men goed moet uitmaken over welke data men het heeft. Indien het over de data van het obstetrisch geweld gaat, moet men dat eerst correct definiëren en de frequentie ervan vaststellen voor men ze bekendmaakt.

Wat dat betreft waarschuwt hij voor de interpretatie van bepaalde pseudo-kwaliteitscriteria die er geen zijn, zoals de percentages voor episiotomieën of voor keizersneden, die de werkelijke kwaliteit van het werk in de kraamklinieken niet weergeven.

De integratie van de vroedvrouwen in het obstetrisch traject beschouwt hij als een evidentie. De vroedvrouwen waarborgen een optimale *follow-up* van de zwangerschap, wat betreft tijd en welwillendheid. Het prenatale traject is dus een collectieve taak, waar de vroedvrouwen en de vroedkundigen, maar bijvoorbeeld ook de psychologen, bij betrokken zijn.

Spreker meent ook dat *one-to-one* de ideale oplossing is, maar men moet het dan ook duidelijk definiëren: bedoelt men daarmee dat een patiënte met weeën permanent een vroedvrouw aan haar zijde heeft? Indien dat het geval is, vergt dat een grote beschikbaarheid van de vroedvrouwen, beschikbaarheid die echter afhankelijk is van het variabele aantal bevallingen dat op hetzelfde moment plaatsvindt. Het is heel moeilijk om de beschikbaarheid van de vroedvrouwen vooraf te bepalen, vooral omdat ze in de meeste ziekenhuizen een reglementair dienstrooster hebben, wat belet dat ze vierentwintig uur op vierentwintig beschikbaar zijn.

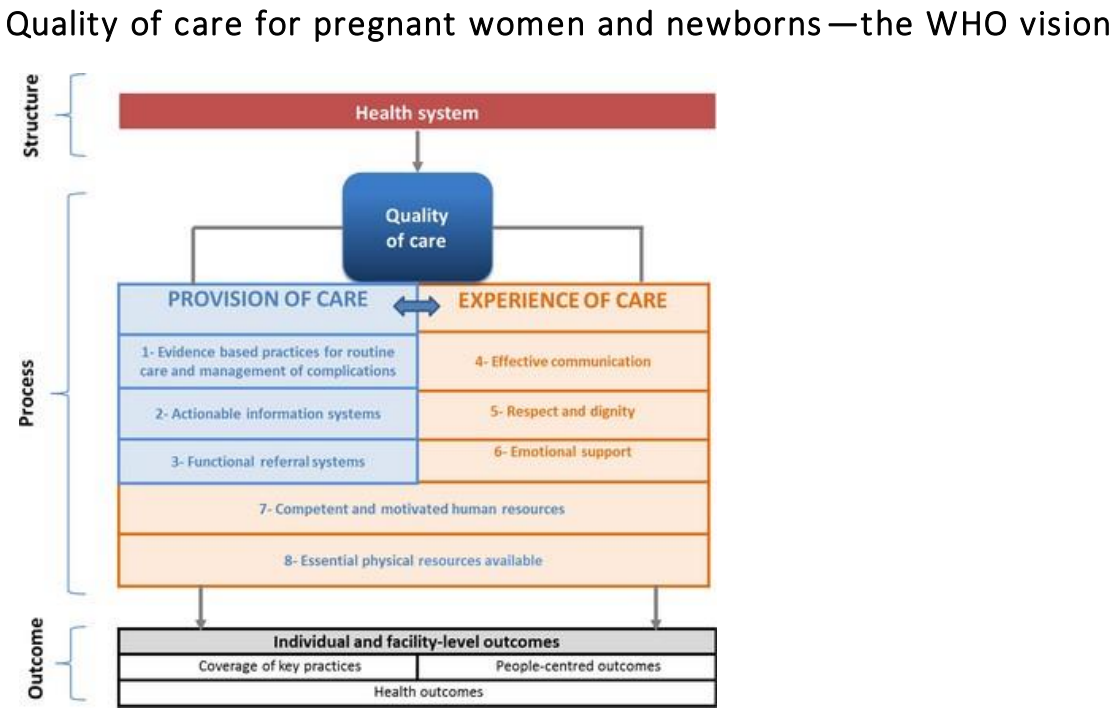
Een *one-to-one* die de *follow-up* van de patiënte door dezelfde vroedvrouw impliceert, zowel tijdens de zwangerschap als bij de bevalling, is dus illusoir en kan niet op grote schaal en tegen een redelijke kostprijs gerealiseerd worden.

Wat de oprichting betreft van een multidisciplinaire werkgroep, is het *Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique* niet van plan daartoe het initiatief te nemen. Dat is een voorstel voor een oplossing waarbij alle beroepen en de vertegenwoordigers van het middenveld moeten worden betrokken. Die werkgroep dient als taak te krijgen het obstetrisch geweld nauwkeurig te definiëren en vooral het kadaster ervan te evalueren om de frequentie van het verschijnsel te kennen. Het spreekt voor zich dat eens dat kadaster duidelijk is opgesteld, de geregistreerde data bekend moeten worden gemaakt.

Tot slot wil spreker in geen geval de klachten en getuigenissen van vrouwen die verklaren obstetrisch geweld te hebben ondergaan, betwisten of onderschatten. Die feiten moeten echter representatief zijn voor de werkelijke frequentie van het verschijnsel en dat vergt ernstig en gevalideerd onderzoek.

E. Uiteenzetting van mevrouw Marleen Temmerman, *Centre of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University East Africa* en faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, UGent

Als voormalig senator, is mevrouw Temmerman opgetogen dat de Senaat deze thematiek ter harte neemt. Spreekster schetst kort haar loopbaan en geeft mee dat ze onder meer bij achttienduizend bevallingen betrokken was. Ze verwijst ook naar het tijdperk dat ze bij de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) actief was en waar ze in 2012 directeur werd van het departement voor Reproductieve Gezondheid en Onderzoek. Van daaruit werd er ingezet op thema's als «*quality of care for pregnant women and newborns*» die resulteerden in documenten die aangehaald worden in de voorliggende werkzaamheden van het adviescomité.



BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology Volume 122, Issue 8, pages 1045-1049, 1 MAY 2015 DOI: 10.1111/1471-0528.13451
http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.13451/full#bjo13451-fig-0001

Voorheen was de tendens vooral om te werken rond de pijlers van de «*provision of care*»: men stond stil bij de kwaliteit van het aanbod op gebied van infrastructuur, HR, apparatuur, enz. Er werd niet ingegaan op de «*experience of care*». Vanuit de insteek moeder-kindzorg, is de WGO zich uiteindelijk wel gaan verdiepen op dit aspect via onderzoek. Het onderzoek leidde naar de definiëring van kwaliteitspijlers gelinkt aan de «*experience of care*»: «doeltreffende communicatie», «respect en waardigheid» en «emotionele ondersteuning». De focus «emotionele ondersteuning» – tijdens de zwangerschap en de bevalling – bracht bijvoorbeeld klachten als «*disrespect*» en «*abuse*» naar boven.

Mevrouw Temmerman geeft aan dat ze reeds in situaties aan de slag was waar ze geconfronteerd werd met misbruik van zwangere vrouwen: het gegeven obstetrisch geweld is wel degelijk reëel. Het gaat bijvoorbeeld om situaties waar in de eerste plaats vroedvrouwen en verpleegkundigen, soms ook dokters, de vrouw hardhandig aanpakken wanneer die bijvoorbeeld haar pijn uitschreeuwt. Dergelijke situaties komen voor in derdewereldlanden, niet bij ons, en het is wel degelijk een aandachtspunt.

Health Hum Rights 2020 Jun;22(1):251-264.

Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth

Christina Zampas et all

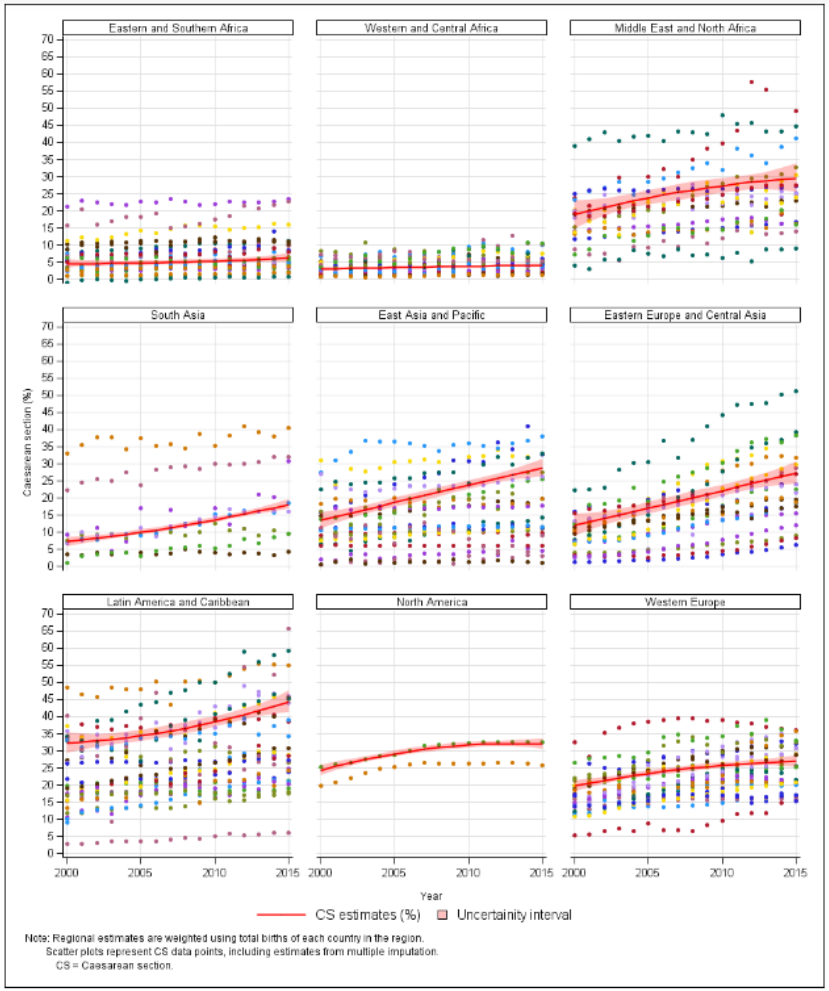
- A growing body of evidence reveals that the mistreatment of pregnant women during facility-based childbirth is occurring across the globe. As human rights bodies have increasingly recognized, numerous human rights are implicated in the context of mistreatment of women in childbirth, including the rights to be free from torture and other ill-treatment, privacy, health, non-discrimination, and equality.
- This paper builds the new body of evidence describing the types of mistreatment that occur during childbirth, to unpack the drivers of the mistreatment of women during childbirth and how they are understood and addressed within human rights.
- Tracing recent developments, it examines how the United Nations Special Rapporteur on violence against women and the Parliamentary Assembly of the Council of Europe have addressed this issue.
- Understanding the drivers and human rights dimensions of the mistreatment of women during childbirth can contribute to accelerating progress toward universal health coverage, including access to reproductive health services, as mistreatment is a key barrier to women's access to such services.
- The article concludes by offering guidance to states on a human rights-based approach to addressing mistreatment against women during facility-based childbirth.

De WGO heeft vanuit dit perspectief een benadering naar voor geschoven: «*Operationalizing a human rights-based approach to address mistreatment against women during childbirth*» met sleutelbegrippen als «*respectful care*» die «*disrespect and abuse*» moeten tegengaan, en niet enkel binnen de verloskunde.

Voorts staat mevrouw Temmerman stil bij de analyses en het referentiewerk uitgevoerd rond sectio's.

Een van de thema's gekoppeld aan obstetrisch geweld is onder meer de kwantiteit van sectio's. Wat dit betreft, verwijst mevrouw Temmerman naar een werkgroep die ze geleid heeft en waarvan de resultaten van een onderzoek opgenomen werden in *The Lancet* in een stuk gewijd aan de epidemiologie van keizersneden.

Mevrouw Temmerman stelde in het desbetreffende onderzoek vast dat, globaal bekeken voor die landen waarvoor er cijfers beschikbaar zijn, het aantal keizersneden stijgt. De aanbeveling van de WGO binnen dat kader – het gaat weliswaar om een oude aanbeveling – 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. Mevrouw Temmerman merkt hierbij evenwel op dat een goed beleid in alle geval veel belangrijker is, dan hoog of laag scoren in statistieken. België, met 20-21 %, doet het in alle geval goed op dat vlak, in tegenstelling tot landen zoals Brazilië, waar nationale cijfers van 50 % en meer opgetekend worden. De cijfers moeten weliswaar in perspectief gezet worden: landelijke gemiddelden zeggen niet alles: in de landen waar mevrouw Temmerman aan de slag is, zoals Kenia, zijn er regio's waar 2 % gehaald wordt en steden die op 80 % uitkomen.



Lancet 2018, Boerma, Temmerman et al.

https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31928-7/fulltext.

We describe the frequency of, trends in, determinants of, and inequalities in caesarean section (CS) use, globally, regionally, and in selected countries.

On the basis of data from 169 countries that include 98·4% of the world's births, we estimate that 29·7 million (21·1%, 95% uncertainty interval 19·9-22·4) births occurred through CS in 2015, which was almost double the number of births by this method in 2000 (16·0 million [12·1%, 10·9-13·3] births).

CS use in 2015 was up to ten times more frequent in the Latin America and Caribbean region, where it was used in 44·3% (41·3-47·4) of births, than in the west and central Africa region, where it was used in 4·1% (3·6-4·6) of births.

Based on the most recent data available for each country, 15% of births in 106 (63%) of 169 countries were by CS, whereas 47 (28%) countries showed CS use in less than 10% of births. National CS use varied from 0·6% in South Sudan to 58·1% in the Dominican Republic. Within-country disparities in CS use were also very large: CS use was almost five times more frequent in births in the richest versus the poorest quintiles in low-income and middle-income countries; markedly high CS use was observed among low obstetric risk births, especially among more educated women in, for example, Brazil and China; and CS use was 1- 6 times more frequent in private facilities than in public facilities.

Mevrouw Temmerman staat tenslotte stil bij het opzet en de aanpak van het informatieverslag.

Spreekster heeft het moeilijk met de keuze voor de term «obstetrisch geweld»: de term mag dan wel zijn oorsprong vinden in het onderzoek en de rapporten van de WGO, maar de uitgangspunten van de rapporten in kwestie waren wel «respect» en «waardigheid». Volgens mevrouw Temmerman ligt de verschuiving in de keuze van de terminologie in het feit dat de bevindingen van de WGO destijds «vertaald» werden naar VN-documenten die handel(d)en over: geweld tegen vrouwen, seksueel geweld, gender-gerelateerd geweld, huiselijk geweld, enz.: met andere woorden, de ganse beweging rond de term «geweld» heeft de aangekaarte problematiek vertaald naar «obstetrisch geweld».

In het voorstel is er voorts geen eenduidig terminologiegebruik: er wordt gesproken over «obstetrisch geweld», «gynaecologische rechten», «gynaecologisch zelfbeschikkingsrecht», «gynaecologisch geweld», enz. Mevrouw Temmerman zelf leidt uit de lezing van het voorstel af dat gynaecologisch geweld vooral slaat op het medicaliseren van natuurlijke processen waar, zonder veel informatie te verstrekken aan de patiënt, hormonale behandelingen voorgeschreven worden, maar deze aanname is volgens haar eigenlijk al verleden tijd.

Mevrouw Temmerman pleit ervoor om de tekst van het voorstel opnieuw onder de loep te nemen en te zorgen voor een correct(er) terminologiegebruik. Ze wil het adviescomité er ook voor hoeden de thematiek te veel uit te rekken: heel concreet verwijst ze bijvoorbeeld naar het feit dat de bevrijdingsbewegingen rond gynaecologische zelfbeschikking ook opgevoerd worden terwijl die eigenlijk in een andere context thuishoren. Het opzet van het voorstel lijkt heel te gelaagd volgens mevrouw Temmerman: ze vindt sporen van *#MeToo*, de *International Conference on Population and Development*, de Conventie van Istanbul, enz. De discussie moet uiteraard aangemoedigd worden, maar daarvoor moet eerst uitgeklaard worden wat er exact besproken zal worden.

Op de vragen uit het informatieverslag die gelinkt zijn aan indicatoren in verband met de kwaliteit van obstetrische zorgen en de medicalisatie in de gynaecologie en verloskunde, wil mevrouw Temmerman kwijt dat voor wat België betreft, de situatie heel goed meevalt in vergelijking met andere Europese landen en zeker op wereldschaal.

Voor wat het aspect «samenwerking» betreft, wil spreekster kwijt dat de samenwerking tussen gynaecologen, vroedvrouwen en andere zorgverleners heel belangrijk is en dat het geen verhaal mag worden van vroedvrouwen *vs*. gynaecologen. Het zorgmodel en meer bepaald het gedeelte rond samenwerking in de zorg hoort volgens haar niet onmiddellijk thuis in de context van obstetrisch geweld.

Mevrouw Temmerman wijst er vervolgens op dat zowel «*informed consent*» en «*informed dissent*» heel belangrijk zijn: het gaat om complexe wettelijke en ethische concepten en er moet zeker bij stil gestaan worden.

Continue *monitoring* en een evaluatie van de kwaliteit – prenataal, perinataal en postnataal – is volgens spreekster een steunpilaar van de zorgverlening.

Voor wat betreft de één-op-één benadering, wil spreekster het volgende kwijt: een fysiologische bevalling staat niet gelijk aan thuis bevallen. Een fysiologische bevalling komt ook voor in het ziekenhuis en is er ook perfect mogelijk. Enige jaren geleden al werd, gezamenlijk door gynaecologen en vroedvrouwen, het concept «thuisbevalling in het ziekenhuis» op de kaart gezet, vanuit het idee dat de zorgverlener enkel tussenkomt als die het beter doet dan de natuur. Een zwangerschap en een bevalling is weliswaar een natuurlijk proces: maar als het fout gaat, kan het ook enorm fout gaan. De taak van de zorg is dan ook om zo weinig mogelijk te medicaliseren als het niet beter is dan wat de natuur kan.

F. Gedachtewisseling

Mevrouw Segers komt terug op het feit dat de definiëring van de problematiek een belangrijk uitgangspunt en opdracht is binnen de werkzaamheden. Als blijkt dat de term «obstetrisch geweld», die eerder geconcipieerd werd vanuit een globaal perspectief, moeilijk toepasbaar is op de situatie in België, kan mevrouw Temmerman dan een concept en terminologie naar voren schuiven die consequent gebruikt zouden kunnen worden bij de redactie van het informatieverslag?

Mevrouw Temmerman suggereert om de term «obstetrisch geweld» te vermijden. Volgens haar zou men in een preambule van de tekst wel kunnen reflecteren over het feit dat er vanuit een internationaal perspectief

gewerkt wordt met deze terminologie, maar dat, voor wat België en Europa in het algemeen betreft, het belangrijk is om te werken rond «toestemming», «zelfbeschikking», «inspraak», enz.

Mevrouw Temmerman zou de werkzaamheden starten met een vraag naar onderzoek gericht aan het KCE of aan werkgroepen rond gynaecologie of vroedvrouwkunde. Dat onderzoek, dat zowel kwantitatief als kwalitatief zou zijn, kan zich toespitsen op de te gebruiken terminologie en die vervolgens ook toepassen op het onderzoek rond de geformuleerde klachten van vrouwen. In alle geval zou de belastende definitie van «obstetrisch geweld» zoveel mogelijk geweerd moeten worden: «geweld» impliceert een «dader» en een «slachtoffer» en daarom moet op dat spoor niet verdergegaan worden volgens mevrouw Temmerman.

Mevrouw Segers geeft nog aan dat de indieners van het voorstel zich net gebaseerd hebben op de definitie van de WGO, die de lading dekt vanuit een mondiaal perspectief.

Mevrouw Temmerman verwijst voorts naar de beschikbare documentatie op de website van de WGO aangaande *obstetric violence*: de documenten in kwestie bevatten eerder termen als *respect, against disrespect and abuse*: de term *violence* is minder prominent aanwezig. Andere bewegingen hebben de term «vertaald» naar de definitie inzake geweld tegen vrouwen die gehanteerd wordt binnen de VN. Hierdoor zijn we uiteindelijk beland in een heel complexe definitie van het fenomeen. Ter vergelijking verwijst mevrouw Temmerman naar de gehanteerde definities in verband met geweld tegen vrouwen: de VN formuleerde in 1992 een definitie die onder meer de termen «kindhuwelijken» en «verkrachting binnen het huwelijk» bevat: een aantal jaren geleden distantieerde de WGO zich, onder druk van het Midden-Oosten en Afrika, van deze definitie: «kindhuwelijken» en «verkrachting binnen het huwelijk» werden uit de definitie gelicht. Het overnemen van een globale definitie en die vervolgens toepassen op eigen bodem, is dus niet vanzelfsprekend.

Mevrouw Temmerman concludeert dat de term *obstetric violence* in huidige context weinig zin heeft; bovendien riskeert men ook dat pertinente zaken, die er wel toe doen, hierdoor van tafel geveegd worden.

G. Uiteenzetting van Mevrouw Vanessa Wittvrouw, *Union professionnelle des sages-femmes belges* en Federale Raad voor de vroedvrouwen

Mevrouw Wittvrouw herinnert er in het begin van haar uiteenzetting aan dat de opleiding van verloskundigen en de met het beroep verbonden bekwaamheden bij wet zijn vastgesteld (62). De toegankelijkheid van de patiënten tot de zorg wordt ook voorgeschreven door de overeenkomst tussen de vroedvrouwen en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). In een beroepsprofiel worden de definitie van het beroep, de bekwaamheden, de basisopleiding en de bijscholing omschreven (63). De vroedvrouw is verplicht zich voortdurend bij te scholen om haar erkenning en titel te behouden. Het beroep is afhankelijk van het politieke kader, want sinds de zesde Staatshervorming telt België negen ministers die de bevoegdheden inzake gezondheidszorg delen. Als zij het beroep zou moeten omschrijven, zou mevrouw Wittvrouw zeggen dat de vroedvrouw een specifieke rol te spelen heeft in de gezondheidszorg als hoedster van de fysiologie. De zorgaanpak is verwant aan de verloskunde, de praktijk die erin bestaat de fysiologische, biologische, psychologische, sociale en culturele processen te optimaliseren vanaf de voortplanting tot de kleutertijd. Daarnaast ligt de nadruk op preventie, vroegtijdige behandeling van complicaties, overleg en doorverwijzing, en respect voor de situatie en het standpunt van vrouwen. Doel is samen te werken met vrouwen om hen in staat te stellen voor zichzelf en hun gezin te zorgen. De voortdurende evolutie van het beroep moet een samensmelting zijn tussen de visie die de vroedvrouw in staat stelt zich veilig te voelen in haar praktijk, en de fundamentele behoeften, wensen, eigenheid van de vrouw, het koppel, het gezin dat zij begeleidt, volgt of verzorgt. Het is een nogal wankel evenwicht dat het medische met het aangeborene verbindt.

De problematiek van gynaecologisch en verloskundig geweld is sinds 2016 een belangrijk aandachtspunt van de *Union professionnelle des sages-femmes belges*. Dankzij de media, de verschillende gedachtewisselingen binnen de Europese of internationale organisaties van verloskundigen, maar ook sinds de publicatie in 2015 van het eerder door de heer Bernard genoemde rapport van de WGO, is de *Union* geprikkeld om zich over deze kwestie te buigen en heeft zij er dan ook het volgende aan gewijd:

(62) *https://sage-femme.be/sagesfemmes/documents-de-reference/legislation/*.
(63) *https://sage-femme.be/wp-content/uploads/2019/09/2015_06_cfsf_frvv_bijlage_ii_profil_professionnel_12_05.pdf*.

– een bezinningsworkshop tijdens de Internationale Dag van de vroedvrouw in 2016;

– het jaarlijkse congres van 2018;

– een vaktijdschrift;

– een ontwerpadvies over verloskundig geweld op de Federale Raad voor de vroedvrouwen in 2019. Helaas heeft dit ontwerpadvies niet genoeg stemmen gekregen om aan de minister te worden voorgelegd. De tekst had moeten worden herschreven en opnieuw moeten worden besproken, maar de Federale Raad voor de vroedvrouwen was in maart 2019 aan het einde van zijn zittingsperiode gekomen. In de tussentijd is de Raad nog steeds niet opnieuw geactiveerd en heeft hij nog niet de gelegenheid gehad om opnieuw aan dit ontwerpadvies te werken.

Spreekster wenst in verband met dit thema een aantal vaststellingen te delen:

1) Verloskundig geweld is niet het werk van één enkele beroepsbeoefenaar en houdt niet specifiek verband met de bevalling. Het is een zaak van verschillende beroepsbeoefenaars die werkzaam zijn op het gebied van de perinatale zorg, ongeacht waar zij hun praktijk uitoefenen. Hoewel er veel gesproken wordt over geweld tegen vrouwen in termen van invasieve handelingen – die te snel, te bruut of zonder hun toestemming worden uitgevoerd – vergeten we vaak het menselijke en relationele aspect aan te snijden. Dit aspect maakt deel uit van dit geweld, ook al zijn de bevallingsprocessen zo fysiologisch mogelijk.

Bovendien is het niet zo dat we aan de ene kant de aardige vroedvrouwen hebben en aan de andere kant de gemene artsen. De *Union professionnelle des sages-femmes belges* sluit zich helemaal niet aan bij deze logica. Spreekster geeft toe dat zij zich in haar praktijk op een bepaald moment vijandig of ongepast kan hebben opgesteld tegenover een vrouw die zij voor zich had. In zo'n situatie is het belangrijk om te luisteren. Zij wil erop wijzen dat het beroep van vroedvrouw een beroep is dat men met hart en ziel uitoefent, met engagement en steun. Zij kent geen vroedvrouwen die 's morgens opstaan met de bedoeling kwaadwillig, gewelddadig of ongeschikt te zijn in de zorg die ze verlenen.

2) De vroedvrouwen maken integraal deel uit van de problematiek, aangezien zij een onderdeel zijn van het gezondheidszorgsysteem. De afgelopen twintig jaar heeft dit systeem voortdurend bezuinigingen doorgevoerd en zo verschillen in zorg, *follow-up* en keuzemogelijkheden voor vrouwen gecreëerd en vergroot.

Spreekster haalt het voorbeeld aan van het inkorten van de verblijven in de kraamkliniek, wat aanzienlijke gevolgen heeft gehad voor de zorgstructuren. Ze denkt onder andere aan een groter verloop van patiënten en een hogere intensiteit van zorg, informatie en voorlichting voor jonge ouders. Bovendien zijn de patiënten die nu door vroedvrouwen worden verpleegd net bevallen, zitten zij op hun eerste dag na de bevalling of op de eerste dag na hun ontslag.

Ook constateert spreekster een aanzienlijke toename van de administratieve rompslomp en een daling van de personeelsnormen, die worden berekend op basis van de bezettingsgraad. Voorts merkt ze op dat de ziekenhuisgerichtheid toeneemt, wat in het begin niet de bedoeling was, maar wat normaal is aangezien het aantal bezoekers van de structuren afneemt. Ze stelt ook vast dat de organisatie van de zorg wordt overgelaten aan het oordeel van elke structuur en dat het zeer moeilijk is om de zorg te verdelen tussen de ziekenhuisstructuren en de zelfstandige vroedvrouwen op het terrein. Het is dus zeer waarschijnlijk dat een patiënte in Brussel niet dezelfde zorg krijgt als een patiënte die in Charleroi of Namen bevalt. Tot slot zijn de arbeidsomstandigheden van de vroedvrouwen afhankelijk van het type structuur en de bijbehorende personeelsnormen. Deze normen zijn immers niet dezelfde voor universitaire en niet-universitaire voorzieningen. De vroedvrouwen zijn dus onderworpen aan de institutionele werking, of het nu gaat om de organisatie van de diensten, de invoering van protocollen, de samenwerking tussen diensten of tussen instellingen, of om de keuzes die aan de vrouwen worden geboden, zoals die in verband met pijnbestrijding. In de praktijk van de vroedvrouwen telt alleen *evidence based medicine*, uit naam van de medische veiligheid. Bovendien worden de aanbevelingen voor goede praktijken op een nogal algemene manier toegepast, zonder altijd rekening te houden met de eigenheid van de vrouwen. De moderne verloskunde, die wordt gekenmerkt door een hoge mate van rationalisatie en een werkwijze die soms wordt gedicteerd door de angst voor gerechtelijke geneeskunde, genereert een grote mate van institutioneel geweld voor de beroepsbeoefenaars in ruime zin.

3) Het beroep van vroedvrouw is voortdurend in ontwikkeling en zou zich moeten kunnen aanpassen aan veranderingen in de verloskundige praktijken, het gezondheidsbeleid en de maatschappelijke behoeften. De

opleiding tot vroedvrouw moet daarom gebaseerd zijn op de overdracht van kennis over preventie, fysiologie en de gezondheid van vrouwen; van *life skills* gebaseerd op aanwezigheid en luisterbereidheid; en van *know-how* op grond van de nodige technische vaardigheden.

Wat de huidige opleiding tot vroedvrouw betreft, schuilt het grootste probleem in de verschillende curricula tussen de hogescholen in het noorden en het zuiden van het land. Spreekster wijst ook op de voortdurende toename van het aantal studenten aan de hogescholen, hetgeen vragen oproept over de kwaliteit van de opleiding, de mogelijkheden voor stages, praktijk en activiteiten op het terrein. De opleiding is nog steeds erg ziekenhuisgericht. Ze laat weinig ruimte voor de praktijk buiten het ziekenhuis en de autonomie van de vroedvrouw. Spreekster herinnert eraan dat de extramurale structuren geen financiering genieten en met zelfstandig personeel werken. Om die reden zijn er maar weinig van dergelijke structuren en zijn de stagemogelijkheden er dan ook beperkt.

Spreekster licht vervolgens de voorstellen van de *Union professionnelle des sages-femmes belges* toe:

– oprichting van een commissie ter bevordering van een zorgzame benadering in de gynaecologie en verloskunde, samengesteld uit beroepsbeoefenaars die werkzaam zijn op het gebied van perinataliteit, gynaecologie en verloskunde, en waarin vertegenwoordigers van de gebruikers zitting hebben. Op die manier kan het fenomeen worden opgespoord, gekwantificeerd en geanalyseerd, en kan een beter inzicht worden verkregen in de behoeften van vrouwen op het gebied van respectvolle bevallingen;

– ontwikkeling en toepassing van preventie- en interventieprocessen rond zorgzame verloskunde. Het meten van de tevredenheidsgraad van de koppels en van het effect op het aantal uitgevoerde handelingen, bijvoorbeeld bij de geboorte, of op andere vormen van *follow-up*, voor geboorten met een laag risico;

– de zorgzaamheid in de zorg bevorderen door middel van de opleiding van het personeel, een empathische cultuur, de teams en charters rond zorgzaamheid die reeds in sommige kraamklinieken bestaan;

– bevordering van het beroep van vroedvrouw bij de begeleiding van bevallingen;

– versterking en meer aandacht voor multidisciplinariteit, waarbij de vrouw centraal moet blijven staan;

– de implementatie van een zorgzaam management;

– versterking van de financiële en personeelsmiddelen van kraamafdelingen en verloskamers;

– herdefiniëren van de informatie die nodig is om geïnformeerde toestemming te verkrijgen voor alle uitgevoerde handelingen;

– publicatie van de interventiegraad, maar binnen een deugdelijke logica die kraamafdelingen en verloskamers in staat stelt te laten zien hoe goed het werk is;

– iedere parturiënte in staat stellen zich te laten begeleiden door een vroedvrouw of, indien dit niet mogelijk is, de personeelsnormen in kraamafdelingen en verloskamers herzien;

– het beroep van vroedvrouw actualiseren en standaardiseren;

– elke beroepsbeoefenaar de mogelijkheid bieden om individuele en beschouwende acties uit te voeren;

– vrouwen in het middelpunt van de zorg plaatsen;

– vrouwen zeggenschap geven en verantwoordelijk maken voor hun gezondheid;

– systematische voorlichting van vrouwen over hun rechten;

– het verkrijgen van de geïnformeerde toestemming van vrouwen in elke fase of bij elke ontmoeting;

– de vrijheid van de vrouw bevestigen, en daarbij de keuze van de vrouw inzake geboorteplannen en geboorteplaatsen aanvaarden, en alle zorg personaliseren.

Tot slot deelt spreekster het *mantra* van de Unie: met de begeleiding van een vroedvrouw en een zorgzaam multidisciplinair team maakt elke vrouw en elk gezin weloverwogen keuzes voor een gerespecteerde en bewuste geboorte en ouderschap.

H. Uiteenzetting van de heer Joeri Vermeulen, Erasmushogeschool Brussel, onderzoeker aan de VUB en bestuurslid bij de *Belgian Midwives Association* (BMA) en de *European Midwives Association* (EMA)

De heer Vermeulen baseert zijn uiteenzetting op zijn beroepservaring bij de VUB en de *European Midwives Association.*

1) Terminologie – Tone of voice

De eerste bedenking van de heer Vermeulen gaat over de toonzetting van de terminologie die gekoppeld is aan deze problematiek. Binnen Europa althans bestaat er onenigheid betreffende de terminologiekeuze: er worden verschillende terminologieën gehanteerd die – gedeeltelijk – hetzelfde meten of bedoelen. De terminologie in kwestie is beladen waardoor ze, volgens spreker, de lading niet altijd dekt, op voorhand bepaalde zorgverleners in een hoek duwt en (ongewild) een connotatie aan de discussie toevoegt; het gaat onder meer over het volgende – Engelstalig – jargon:

– *obstetric violence*;

– *abuse during childbirth*;

– gynaecologisch geweld;

– *humanising childbirth*;

– *violence of human rights / women's rights*, enz.

De heer Vermeulen pleit ervoor om goed na te denken over die definiëring; pas daarna kunnen verdere stappen gezet worden. Volgens spreker, en hier volgt hij ook wat professor Temmerman al aangaf, moeten de termen «*respect*» of «*disrespect*» zeker aan zet zijn.

2) Definitie – WGO, 2014

Enerzijds kan de WGO-definitie uit 2014 niet eenvoudigweg naar de Belgische context vertaald worden: de definitie bevat onder meer volgende elementen: «*Abuse during childbirth, is the neglectful, physical abusive, and / or disrespectful treatment from healthcare professionals towards patients in childbirth*» … «*Such mistreatment is regarded as a violation of the woman's human rights*» … «*the appropriation of women's bodies and reproductive processes by health personnel, which is embodied in a dehumanizing treatment, in abuses of medicalization and pathologizing of natural processes, thus causing loss of autonomy and of free decision-making on a woman's own body and sexuality, negatively influencing women's quality of life*»…Volgens de heer Vermeulen is het duidelijk dat Europese vroedvrouwen of gynaecologen zich hier niet in zullen herkennen.

Anderzijds moet deze definitie niet zomaar aan de kant gezet worden: de toelichting erbij bevat elementen die meegenomen kunnen worden bij het vastleggen van definities die door alle betrokken (beroeps)groepen aanvaard moeten worden. Het werken met dergelijke overeengekomen definities zijn een niet te verwaarlozen methodologisch gegeven volgens spreker.

3) Stand van zaken in Europa / België

Wat is de stand van zake betreffende obstetrisch geweld in Europa? Volgens de heer Vermeulen is de (wetenschappelijke) literatuur hierover enigszins beperkt. Daarnaast wordt er door vrouwen wel regelmatig aangegeven dat ze niet erg tevreden zijn met hun bevallingservaring omdat ze bijvoorbeeld niet de adequate, juiste of volledige informatie kregen, of omdat dat hen, indien ze dan al over de informatie beschikten, niet om een uitdrukkelijke toestemming werd gevraagd. Voortgaand op een ongestructureerde *screening* van *posts* op *Facebook* in het verleden, viel het de heer Vermeulen in alle geval op dat de meeste klachten te reduceren waren tot gebrek aan informatie en gebrek aan toestemming.

Soms gaat het ook over het gemis aan inspraak. Een belangrijke manier om inspraak te krijgen in de verloskunde kan door het gebruik van een geboorteplan. Dat plan wordt, aan het begin van de zwangerschap, door de vrouw samen met de gynaecoloog of de vroedvrouw, opgesteld. Het bevat onder meer een oplijsting van voorkeuren. Dergelijk geboorteplan mag niet gezien worden als een lijst van eisen die uitgevoerd moeten worden. Het plan heeft wel de bedoeling om het gesprek aan te gaan. Er kan bijvoorbeeld in vastgelegd zijn dat de vrouw geen episiotomie wenst: sommige omstandigheden zullen deze ingreep evenwel vereisen, en dan is het de bedoeling dat de vroedvrouw of gynaecoloog het gesprek hierover aangaat om de zaken te plaatsen, te nuanceren en om te vermijden dat, indien het dan zover komt, de ingreep niet uit de lucht komt gevallen.

Andere zaak die ook aan de orde is, is het aspect van de perinatale gevolgen: de hoogst gewaardeerde *outcome* is het gezond kind, maar de geboorte-ervaringen zelf (hoe heb ik de bevalling als vrouw ervaren?) krijgen geen of weinig formele plaats bij de evaluatie van onze verloskunde.

De discontinuïteit van de zorgverlener bij de zwangerschap en de bevalling is zeker ook een aandachtspunt volgens de heer Vermeulen. Hiermee wordt gedoeld op het feit dat vrouwen tijdens de zwangerschap gedeeltelijk of volledig opgevolgd worden door een vroedvrouw, maar dat deze vervolgens niet mag of kan aanwezig zijn op het ogenblik dat de vrouw gaat bevallen in het ziekenhuis. Deze discussie staat los van de thuisbevalling. Hierdoor wordt de vrouw, vanaf het moment dat ze in arbeid is, geconfronteerd met een vroedvrouw die ze niet kent, en waarmee bijvoorbeeld het geboorteplan niet werd besproken.

4) Suggestie van aanpak – micro niveau

De heer Vermeulen formuleert een aantal suggesties van aanpak voor bepaalde aandachtspunten uit het debat.

a) Gezamenlijke besluitvorming

Dit aspect kan concreter gemaakt worden door bijvoorbeeld te opteren voor meer institutionalisering van het geboorteplan. Dat plan zou structureel ingebed kunnen worden bij de consultaties tussen de patiënt en de vroedvrouw of gynaecoloog. Dit zou er onder meer toe leiden dat de zorgverlener verplicht wordt om het gesprek aan te gaan over een aantal terechte – soms vreemde – vragen waarmee de zorgverlener al dan niet akkoord gaat. Het is belangrijk dat dergelijk gesprek gevoerd wordt tijdens de zwangerschap en niet uitgesteld wordt tot het moment van de arbeid of de bevalling.

b) Modellen van geïnformeerde instemming

Om te kunnen evolueren naar meer geïnformeerde instemming, kan ook overwogen worden om dit aspect te institutionaliseren. Een aantal kraamafdelingen in België beschikken bijvoorbeeld al over goeie toepasbare voorbeelden voor een inductie en voor een sectio, en misschien kan deze praktijk ook uitgebreid worden naar de amniotomie en de episiotomie?

c) Debriefing na bevalling

Een debriefing zou volgens de heer Vermeulen systematisch moeten ingebouwd worden. Naast een moment waarop de patiënt aangeeft hoe ze de bevalling heeft ervaren, kan de zorgverlener ook debriefen en toelichten waarom bepaalde ingrepen, die niet makkelijk te begrijpen vallen op het eerste gezicht, toch plaats vonden.

d) Kraamzorg

De stem van de vrouwen hierover moet gehoord en betrokken worden in het debat: het betreft namelijk heel veel vrouwen.

Polarisatie tussen de verschillende beroepsgroepen in dit debat moet vermeden worden Er moet gestreefd worden naar een positief samenwerkingsmodel waar iedereen zijn verantwoordelijkheden neemt.

5) Suggestie van aanpak – meso niveau

- er moet gestreefd worden naar een correcte benaming en duidelijke (her)definiëring van het fenomeen. Eens dat gebeurd is, kan het fenomeen in kaart gebracht worden en kunnen de werkpunten afgebakend worden;
- er moet nagedacht worden over een vorm van meldpunt waar vrouwen terecht kunnen en waar getuigenissen geregistreerd worden. De heer Vermeulen onderstreept het belang van deze individuele getuigenissen;
- de KCE 2010-richtlijn (*KCE Reports* 139 A) moet geactualiseerd worden: het lijkt de heer Vermeulen dan ook aangewezen om na te gaan of bepaalde aspecten van de werkzaamheden rond obstetrisch geweld mee opgenomen moeten worden in deze actualisatieoefening. De structuur van de richtlijnen zou geïnspireerd kunnen worden op de WGO-richtlijnen: tabelgewijs zou bijvoorbeeld kunnen aangegeven worden welke intrapartum handelingen bij een «normale» bevalling aanbevolen zijn en welke niet;
- de heer Vermeulen sluit zich aan bij wat eerder werd aangehaald tijdens de hoorzittingen betreffende de één-op-één zorg. De heer Vermeulen zou nog een stap verder willen gaan en streven naar het concept van een persoon – wie dat wordt, is voer voor een andere discussie – die aanwezig is, als een soort rode draad, doorheen het continuüm van zwangerschap-kraambed-bevalling. Deze aanpak heeft uiteraard een duidelijk prijskaartje.

Bij wijze van conclusie geeft de heer Vermeulen mee dat de Vrije Universiteit Brussel (VUB), het universitair ziekenhuis (UZ) Brussel en de Erasmushogeschool Brussel (EhB) bereid zijn om de commissie bij te staan bij de uitwerking van de suggesties.

I. Gedachtewisseling

Mevrouw Durenne dankt de sprekers voor hun uiteenzettingen. Vervolgens komt ze terug op de verplichte nascholing voor vroedvrouwen. Wat waren de belangrijkste ontwikkelingen in het beroep in de loop van de laatste jaren of zelfs decennia, meer bepaald wat de studie betreft?

Spreekster geeft te kennen dat er soms communicatieproblemen zijn tussen de vroedvrouwen en de gynaecologen. Wordt in de studie speciaal aandacht besteed aan die communicatie tussen de vroedvrouwen en de gynaecologen? Is ze met de tijd veranderd?

Hoe moet de samenwerking tussen vroedvrouwen en gynaecologen in het veld en in de praktijk verder verlopen? Delen beide beroepen informatie, is er een vorm van verstandhouding of hebben de gynaecologen systematisch het laatste woord? Hebben de gynaecologen aandacht voor de wensen van de vroedvrouwen?

Mevrouw Durenne begint vervolgens over de praktijken die nu verboden zijn. Ze denkt onder andere aan fundusexpressie, om slechts een voorbeeld te geven. Hoe is het mogelijk dat die praktijken vandaag nog niet verdwenen zijn? Moet de oorzaak in het onderwijs worden gezocht, of is het louter een praktijk van de oude garde?

Mevrouw Groothedde verwelkomt de nadruk die werd gelegd op het psychische en emotionele aspect. Spreekster steunt ook de zienswijze dat niemand in welzijn stapt om mensen te schaden, maar dat het wel kan voorkomen. Zelfreflectie kan volgens mevrouw Groothedde het begin zijn van een interessante dialoog. Mevrouw Groothedde vindt tenslotte dat «*naissance et parentalité respectée et choisie*» goed verwoordt waar de meerderheid ook voor staat.

Mevrouw Groothedde wil van de sprekers horen wat ze vinden van de invoering van het concept van traumasensitieve zorg om meer zicht te krijgen op de psychische aspecten, maar ook over het aspect van zelfbeschikking?

Mevrouw Groothedde wil vervolgens de mening van de sprekers horen betreffende Nederlands onderzoek dat aantoont dat bevallingsplannen – die al meer ingeburgerd zijn in Nederland – enerzijds bevorderlijk zijn, maar anderzijds, net omwille van het procesmatige karakter ervan, zelfbeschikking ook kunnen tegengaan.

Tenslotte wenst mevrouw Groothedde van de sprekers te horen in hoeverre ze vertrouwd zijn met het onderzoek van Claire Stramrood, de Nederlands gynaecoloog die haar doctoraat gewijd heeft aan dit thema.

Mevrouw Masai dankt de sprekers en spreekt mevrouw Wittvrouw aan over de diverse denksporen en beleidsvormen die tot stand kunnen komen. Ze vermeldt het idee de verschillende interventiepercentages bekend te maken. Het zijn data die haar interessant lijken, maar die verontrustend kunnen zijn wanneer men ze niet vanuit een deugdelijk standpunt onderzoekt. Zijn er naast de bekendmaking van die interventiepercentages nog andere stimulansen, processen of mechanismen die de kwaliteit van de zorg kunnen verbeteren?

Mevrouw Masai toont ook belangstelling voor de uiteenzetting van de heer Vermeulen, maar ze zegt nog na te denken over de keuze van de juiste woorden en over de vraag wie bevoegd is om ze te definiëren. Ze begrijpt dat de woorden «obstetrisch geweld» te hard of ongeschikt zijn naar de mening van de gehoorde deskundigen. Niettemin lijkt het haar moeilijk, wanneer een deel van de patiënten die woorden gebruiken, hun te vragen een andere woordenschat te gebruiken om hun ervaring weer te geven. Ze heeft dus vragen bij het definiëren van die termen. Men moet inderdaad weten waarover men spreekt, maar voor haar heeft de ene persoon niet meer legitimiteit dan de andere om de definitie van die problematiek te bepalen. Spreekster vindt het belangrijk inclusief te blijven in de wijze waarop die thematiek behandeld wordt.

Mevrouw Segers sluit zich aan bij de vraag van mevrouw Masai. De vraag tot het opstellen van een informatieverslag is gebaseerd op de terminologie gehanteerd door de WGO. Mevrouw Segers leidt af uit de uiteenzetting van de hoorzitting van 29 november dat dat niet de ideale benadering is als de ambitie is om iets op het terrein te kunnen veranderen en oog te hebben voor een bestaande problematiek. De vraag is dan ook: hoe moet de woordkeuze voor de vraagstelling dan benaderd worden en wie kan zich daarover uitspreken?

De heer Verhulst vindt dat we bij de les moeten blijven: het opzet van de werkzaamheden is een informatieverslag over de lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrische geweld. Er is nood aan kennis van zaken. Vooraleer het informatieverslag kan opgesteld worden, is er nood aan een studie over de definitie en de frequentie van het fenomeen, eventueel in samenwerking met de verschillende beroepsgroepen. Er is nood aan een definitie voor bepaalde criteria die kaderen in het concept van de veilige, aangename en respectvolle bevalling. De criteria in kwestie zullen vervolgens getoetst moeten worden. Pas daarna kunnen oplossingen geformuleerd worden die aangepast zijn aan de frequentie van het probleem. De heer Verhulst stelt dat de VVOG kan ingezet worden om zich te buigen over dergelijke studie.

De heer Verhulst is het er mee eens dat de geboorte ervaring wel degelijk belangrijk is, maar hij heeft het wel moeilijk met de perceptie dat de geboorte ervaring op de eerste plaats komt en pas dan de medisch veilige bevalling.

Voor wat betreft de methode en gebruik van het geboorteplan, weet de heer Verhulst dat er in de meeste ziekenhuizen een vroedvrouw-raadpleging voorzien wordt, tijdens de laatste weken, waarin onder meer het geboorteplan wordt besproken. Deze aanpak verschilt zeker met deze van tien jaar geleden. Wat spreker mist in het verhaal is het gegeven van vertrouwen in de gynaecoloog: als er voor alles *informed consent* nodig is, dan wordt het een zware klus. Volgens de heer Verhulst is goede informatie onontbeerlijk, maar moet er tevens plaats zijn voor vertrouwen en respect van de patiënt in de kennis en de ervaring van de zorgverlener. Zelfbeschikking is uiteraard belangrijk, maar dat gaat veel breder dan gynaecologie en moet volgens spreker dan ook niet specifiek besproken worden. Daarentegen is gebrek aan respect voor de patiënt, dat in alle medische beroepen voorkomt, niet aanvaardbaar en daar moet wel op ingezet worden.

De publicatie van resultaten is volgens de heer Verhulst gevaarlijk omdat de populatie per ziekenhuis danig kan verschillen. Informatie is zeker belangrijk, maar de kadering en interpretatie ervan door leken is niet altijd eenvoudig.

Tenslotte gaat de heer Verhulst nog kort in op het concept van discontinuïteit. Het is uiteraard beter als continuïteit gegarandeerd kan worden, maar enige realiteitszin is hier aan de orde: noch de gynaecologen, noch de vroedvrouwen kunnen continuïteit aan alle patiënten beloven.

Mevrouw Wittvrouw komt terug op de kwestie van de bijscholing van de vroedvrouwen. Vroedvrouwen zijn bij wet verplicht per schijf van vijf jaar vijfenzeventig uur permanente opleiding te volgen om hun erkenning en beroepstitel te behouden. Ze meent dat die verplichting niet buitensporig is. Die permanente opleidingen worden door de beroepsverenigingen georganiseerd. Ze behelzen de domeinen van de gynaecologie en de vroedkunde, maar ook de natale reanimatie of de psychologische begeleiding van de patiënten, bijvoorbeeld naar aanleiding van de opleiding voor perinatale rouw. Die opleidingen hebben rechtstreeks te maken met de activiteit van de vroedvrouwen en de diverse competentiedomeinen van het beroep.

Wat de ontwikkelingen van het beroep van vroedvrouw betreft, legt spreekster uit dat er in haar tijd een visie op het werk heerste die zeer ziekenhuisgericht was. Vandaag werkt de vroedvrouw ook buiten de ziekenhuiswereld, namelijk in de schoolgeneeskunde, in de centra voor gezinsplanning en in private individuele praktijken of groepspraktijken. Sommige vroedvrouwen maken immers deel uit van pluridisciplinaire praktijken met gynaecologen, kinesitherapeuten of zelfs osteopaten. Ze zijn ook aanwezig in geboortehuizen en in *gîtes de naissance* in ziekenhuizen. Mevrouw Wittvrouw meent dat men meer de klemtoon moet leggen op het autonome werk van de vroedvrouw. Ze pleit daarom voor een verlenging van de opleiding tot vroedvrouw. Ze denkt aan een masterstudie – enerzijds om de competenties te valoriseren en anderzijds om een betere opleiding te hebben, iets wat de gynaecologen steunen. Het moet dus de kant uit van meer autonomie voor de vroedvrouw, iets waar het wettelijk kader rond het beroep al in voorziet voor het volgen van de zwangerschap, de bevalling en van wat het normale post partum wordt genoemd. Die taken horen bij het normale werk van de vroedvrouw. Wanneer er echter een pathologie wordt gedetecteerd, laten de vroedvrouwen hun patiënten niet in de steek en werken ze samen met de gynaecologen om een adequate continuïteit van de zorg te verzekeren.

In het ziekenhuis moet de samenwerking tussen gynaecologen en vroedvrouwen constant en blijvend zijn. Het gaat immers om teamwerk dat wederzijds vertrouwen vergt. Uiteraard kan men van mening verschillen, dat hoort bij alle teamwerk dat op debat berust. Het zou saaier zijn, mocht er binnen eenzelfde dienst geen debat zijn.

De fundusexpressie moet normaal volledig verdwenen zijn uit de ziekenhuispraktijk. Spreekster benadrukt dat fundusexpressie er nooit op persoonlijk initiatief van de vroedvrouw komt, maar door de situatie, die alle actoren doet overwegen er gebruik van te maken. Ze pleit er niettemin voor dat die praktijk volledig uit de ziekenhuisomgeving verdwijnt.

In verband met de deugdelijke bekendmaking van de diverse percentages, meent spreekster dat die data interessant zijn. Ze stelt echter vast dat men vooral belangstelling heeft voor de percentages in verband met de episiotomieën of de keizersneden – waarom echter niet veeleer de voorkeur geven aan het tegengestelde en het percentage fysiologische bevallingen bekendmaken, het percentage geboorten met of zonder peridurale of waarom geen tevredenheidsenquêtes organiseren binnen de ziekenhuisstructuren en ze bekendmaken?

Het begrip obstetrisch geweld had dezelfde weerslag op Franstalig als op Nederlandstalig niveau. De vroedvrouwen hebben nu tijdens hun consultaties meer tijd, waardoor de patiënten wat mededeelzamer worden over hun ervaringen. Spreekster zegt gechoqueerd te zijn te moeten horen dat obstetrisch geweld niet bestaat in België, want het is er wel degelijk. Ze vindt het echter belangrijk dat we ons niet op dat aspect blindstaren, maar dat we de obstetrische welwillendheid promoten. Die kan men deugdelijk toepassen door een correcte terminologie te gebruiken, waarbij men het over welwillendheid heeft zonder de ervaring van de vrouwen te betwisten. Op die manier kan elke kraamkliniek in de gelukkige gebeurtenissen delen die er plaatsvinden. De bekendmaking van die cijfers kan daarbij helpen. Net zoals men door de bekendmaking van de cijfers van het CEpiP zal kunnen zien welk kwaliteitsvol werk de vroedvrouwen leveren. Die cijfers worden helaas niet bekendgemaakt. Spreekster betreurt dat men uit angst handelt en niet uit wat men goed doet.

De heer Vermeulen komt terug op de vraag betreffende wie het voortouw moet nemen bij de definiëring van de problematiek. Daar moet volgens hem heel goed over nagedacht worden. Als we streven naar een wetenschappelijke definiëring, dan moet een hoofdonderzoeker het probleem neutraal kunnen benaderen, men kan hierbij denken aan een universiteit of een (federaal) kenniscentrum.

Volgens de heer Vermeulen kan een uitgebreid literatuuronderzoek over het thema het startpunt zijn. Vanuit dit onderzoek kunnen een aantal componenten gedistilleerd en toegelicht worden. De weerhouden termen zouden in een online *Delphi*-ronde aangeboden kunnen worden aan de beroepsgroepen en de vrouwen om vervolgens uit te monden in een definitie rond *(dis)respectful maternity care*. Een samenwerking met alle actoren is volgens de heer Vermeulen heel belangrijk. De heer Vermeulen is bereid om hieraan mee te werken. Deze aanpak zou moeten leiden tot een minder negatieve definiëring van de problematiek.

Ter staving van het voordeel van een literatuurstudie, verwijst de heer Vermeulen voorts nog naar relevant onderzoek dat een masterstudent aan de VUB verrichtte: de studente in kwestie heeft gynaecologen, assistenten en vroedvrouwen bevraagd over de mate waarin deze tijdens hun loopbaan ooit getuige waren van disrespectvolle situaties in de verloskunde. Dit onderzoek gebeurde op basis van een publicatie die disrespect onderverdeelde in zeven categorieën zodanig dat het voor de bevraagden duidelijk en niet onoverkomelijk was om te antwoorden.

Daarnaast herhaalt de heer Vermeulen dat het voor hem buiten kijf staat dat wanneer men zich toespitst op de werkzaamheden op macro-niveau, de *continuïty of care* fundamenteel is en dat dit principe ook slaat op de *continuity* van de zorgverlener. Het is niet omdat het vandaag nog niet gebeurt, dat dat binnen tien jaar niet zou kunnen. Volgens de heer Vermeulen ligt de bedoeling van de werkzaamheden net in het uitstippelen van een beleid voor de toekomst. Er zijn volgens hem voldoende wetenschappelijk studies te vinden die aantonen dat de continuïteit van de zorgverlener leidt tot goede resultaten. Deze aanpak kost uiteraard geld en vergt serieuze organisatorische ingrepen.

De heer Bernard meent dat men cijfers kan bekendmaken. Hij ziet echter geen deugdelijke manier om dat te doen. De uitdaging zit hem immers in de interpretatie van die cijfers en wat ze vertegenwoordigen. In zijn ogen bestaat er een reëel gevaar dat men die cijfers slecht interpreteert. Hij geeft het voorbeeld van het percentage keizersneden, dat sterk van het soort populatie afhangt. Het enige cijfer waarmee men een kraamkliniek of een arts op het gebied van keizersneden kan beoordelen, is het percentage ongerechtvaardigde of betwistbare keizersneden. Om daarover te beschikken, is het raadzaam een onafhankelijke audit te laten uitvoeren, waarbij elk dossier wordt uitgepluisd. Dat is een kolossale en dus nooit uitgevoerde taak. Hij wijst erop dat het RIZIV hierover een audit aan het uitvoeren is, maar dat het daarvoor willekeurig een vijftiental dossiers geselecteerd heeft in enkele kraamklinieken. Een objectief cijfer verkrijgen dat de trend in een kraamkliniek aangeeft, of er op al dan niet geïndiceerde wijze keizersneden worden verricht, is dus heel moeilijk.

Wat de cijfers van de episiotomieën betreft, meent hij te hebben aangetoond dat ze absoluut niet significant zijn voor het percentage bilnaden dat een hechting vergt en nog minder voor het kwaliteitsniveau. Hij zegt niet gekant te zijn tegen de bekendmaking van de percentages waarin men al dan niet een beroep doet op de peridurale. Spreker stelt zich echter vragen bij de interpretatie van die cijfers. Als het percentage hoog is, is dat dan omdat de toegankelijkheid goed is, of als het percentage laag is, is dat dan omdat men op die plaats bevallen zonder peridurale aanmoedigt? Het is dus onmogelijk een deugdelijke interpretatie van die cijfers te verkrijgen zonder ze met een groot aantal andere parameters af te wegen.

De verontwaardiging rond de fundusexpressie vindt hij hypocriet, omdat het raadzaam is een patiënte te helpen wanneer ze het moeilijk heeft om haar baby naar buiten te persen. Daartoe kunnen verscheidene methoden worden aangewend, zoals de keizersnede, de verlostang of de vacuümpomp. De percentages van het gebruik van die methoden zijn gestegen, want men past de fundusexpressie niet meer toe. Die wordt als de vorm van obstetrisch geweld bij uitstek beschouwd. Wanneer ze echter op geïnformeerde en zachte wijze wordt toegepast, kan ze een uitgeputte patiënte helpen om haar baby naar buiten te persen. Hij wijst er echter nogmaals op dat die methode niet meer wordt toegepast omdat ze een slechte reputatie heeft.

Wat tot slot de informatie betreft die men aan de patiënten moet verstrekken, moet men ze vooral inlichten over de wijze waarop kraamklinieken werken. Hij herhaalt zijn standpunt over het teamwerk, over het volgen van de *guidelines* en over de communicatie tussen vroedkundigen en vroedvrouwen. De teams waar het mogelijk is zaken ter discussie te stellen, hebben het laagste percentage nutteloze ingrepen of hebben er zelfs geen. Dat zijn volgens hem criteria die moeilijk te objectiveren zijn, maar het zijn die welke het RIZIV moet bestuderen.

Mevrouw Wittvrouw reageert op de vorige interventie en wijst erop dat men niet moet geloven dat de vrouwen en koppels niet in staat zijn om de cijfers te interpreteren. Vooral de wijze waarop men de cijfers presenteert is van belang. Het is bovendien essentieel dat men uitlegt wat men doet om niet tot hogere percentages te komen. Zijn er consultaties van vroedvrouwen, is het team opgeleid in de diverse posities voor de bevalling, heeft men andere middelen dan de peridurale om de pijn te bestrijden? Het is belangrijk dat men al die zaken vooraf aan de patiënten meedeelt. Zij zijn perfect in staat om die uitleg en die cijfers te begrijpen.

De heer Bernard wijst erop dat mevrouw Wittvrouw uit principe vraagt dat de cijfers bekend worden gemaakt en het risico dat ze slecht geïnterpreteerd worden, van tafel veegt. Ze staaft haar standpunt echter met kwalitatieve voorbeelden, waardoor ze zich bij zijn argumenten aansluit. Iedereen is het eens: geen kwantitatieve data (cijfers), maar kwalitatieve criteria om de kraamklinieken te karakteriseren.

Mevrouw Groothedde vindt de kanttekeningen van de heer Bernard betreffende de publicatie van cijfers en de manier waarop men er mee omgaat uiterst zinvol. Het lijkt mevrouw Groothedde dan ook niet slecht om bij het verder verloop van de werkzaamheden iemand uit te nodigen die rond dit thema heeft gedoctoreerd of doctoreert. In Nederland is er bijvoorbeeld het onderzoek van dokter Stramrood. Het onderzoek van dokter Stramrood toont onder meer aan dat veel vrouwen niet durven te spreken over hun ervaring, in de eerste plaats

al niet met de zorgverlener in kwestie, en dat is misschien een probleemstelling die ook mee opgenomen moet worden in de werkzaamheden. Naast het vertrouwen dat bevestigd moet worden in de goede bedoelingen van de zorgverleners, moet misschien ook het vertrouwen in de vrouwen zelf bevestigd worden: het gaat tenslotte over hun lichaam.

*

* *

III. HOORZITTINGEN VAN 14 MAART 2022

– De heer Luc Roegiers, kinderpsychiater en stichtend lid van de *Groupe interdisciplinaire de périnatalité* (GIP) van de ULB (*Université libre de Bruxelles*) / UCL (*Université catholique de Louvain*);

– Mevrouw Martine Hollander, gynaecoloog-perinatoloog, *Radboud University Medical Center*, Nijmegen.

A. Uiteenzetting van de heer Luc Roegiers, *Groupe interdisciplinaire de périnatalité* van de ULB / UCL

De heer Roegiers betuigt zijn respect voor zijn collega's zorgverleners op het terrein die soms moeilijke beslissingen moeten nemen. Zijn eigen situatie lijkt hem veel minder gecompliceerd, omdat hij dertig jaar lang in de eerste plaats luistert, in het bijzonder naar patiënten in de verloskunde.

Spreker begint zijn uiteenzetting met een illustratie uit een stripalbum van Emmanuelle Teyras en Maxime Poisot (64), die de houding van vele westerse vrouwen van vandaag typeert. Velen houden van mannen, maar verdragen niet meer dat zij klagen over hun prostaat terwijl zij ook wel wat hebben meegemaakt. Los van de humor, is het nodig om stil te staan bij de verschillende aspecten van deze problematiek. Ten eerste wijst de heer Roegiers op de tweedeling tussen vrouwen en mannen, waaronder de ongelijkheid die vrouwen ervaren op het vlak van seksualiteit, voortplanting, of preventieve medische onderzoeken. Er zijn ook ongelijkheden tussen vrouwen onderling. Sommigen kampen met specifieke problemen, ongemakken, pijn, obstetrische complicaties, enz. Ten slotte is er het soort onrecht dat ontstaat door persoonlijke ervaringen en menselijke interacties. Spreker maakt een onderscheid tussen geweld in de kindertijd of binnen een koppel en geweld in het kader van de zorgverlening, dat het gevolg is van een gebrek aan kennis, vaardigheden of juiste houding. Dit laatste is moeilijk aan te leren en door te geven, behalve door navolging op het terrein (met wisselend succes).

Uit ziekenhuisenquêtes blijkt dat de overgrote meerderheid van de patiëntes zeer tevreden zijn. Op sociale media klinken echter andere geluiden. Zorgverleners zijn dan ook vaak teleurgesteld over deze kritiek op hun werk. Zij hebben nochtans de indruk dat zij op de goede weg zijn en zien zichzelf niet als gewelddadig. Sommigen nemen dus een defensieve houding aan tegenover de klachten en begrijpen niet dat de tijden veranderd zijn. Artsen zijn tegenwoordig niet langer onfeilbaar. Sinds de wet van 2002 op de rechten van de patiënt (65) is het mogelijk om zich tegen hen te keren. Vervolgens heeft de *#MeToo*-beweging ervoor gezorgd dat mensen vrijuit zijn gaan spreken. Hoewel een heel kleine minderheid van de professionals op een perverse manier handelt – wat onvergeeflijk is en altijd moet worden aangeklaagd – ontbreekt bij een groter aantal onder hen de juiste houding maar ook de nodige *knowhow*. Patiënten zijn immers beter ingelicht en georganiseerd. Zij zijn erin geslaagd om een aantal misvattingen in de verloskunde aan te kaarten. Soms erkennen zij zelfs de feiten, maar willen zij een zeker risico nemen om centraal te staan in een gebeurtenis die hen toebehoort.

De heer Roegiers verklaart dat obstetrisch geweld niet fundamenteel kan worden gelijkgeschakeld met een psychologisch probleem. Het ontstaat wanneer de patiënte niet wordt gehoord of er geen rekening wordt gehouden met haar behoeften. De ambiguïteit komt voort uit het feit dat een voorafgaand trauma het onbehagen gaat versterken, wat soms een post-traumatische stress doet ontstaan of herleven. Spreker zal later op dit aspect terugkomen, maar verduidelijkt dat het niet zijn bedoeling is om problemen te minimaliseren of om ze zonder onderscheid toe te schrijven aan verloskundige praktijken of aan de psychologische kwetsbaarheid van sommige vrouwen.

Een psychologe uit Quebec, mevrouw Nicole Reeves (66), heeft in 2017 een doctoraatsthesis gepresenteerd over angsten die specifiek zijn voor de zwangerschap. Zij formuleert twee belangrijke hypothesen:

---

(64) *Un clou dans le bec*, E.Teyras en M.Poisot, Éditions Marabulles, 2019.

(65) Wet betreffende de rechten van de patiënt (22 augustus 2002), bron: *https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2002/08/22/2002022737/justel.*

(66) Reeves N., *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*, thèse Paris-Descartes, 2017, *https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02277580/document*.

– de angsten van de vrouw hebben te maken met de centrale angst om de controle over hun lichaam te verliezen op een hypergevoelig moment. Het is dus van primordiaal belang dat zij zich veilig en gerespecteerd voelen;

– medische veiligheid is weliswaar essentieel, maar vreemd genoeg zijn de angsten van de vrouwen niet geëvolueerd ondanks zestig jaar heel positieve medische evolutie op het vlak van mortaliteit en morbiditeit. Ondanks een drastische vermindering van de risico's bij de geboorte, zijn vrouwen nog steeds even angstig.

Deze angst, die gepaard gaat met het onverwachte, een indruk van dood of onwaardigheid, veroorzaakt het trauma of het «*post traumatic stress disorder*» (PTSD). Dit is een psychische aandoening met langdurige gevolgen die leiden tot depressie, verslaving, invaliditeit, relationele ontregeling, enz. Het psychologisch trauma werd op het einde van de 19de eeuw vastgesteld en beschreef de gevolgen van onmenselijke werven of oorlogen. Maar zelfs in de periode van de wetenschappelijke beschrijving ervan, in het bijzonder tijdens de Vietnamoorlog, werd dit probleem alleen aan mannen toegeschreven. Het heeft tot 1974 geduurd vooraleer een studie van Burgess en Holstrom (67) in Boston aantoonde dat ook vrouwen die het slachtoffer zijn geweest van een verkrachting de verschrikking van de geweldpleging beleven met soms bijzonder ernstige psychische kwetsuren. In sommige omstandigheden tijdens de zwangerschap en de bevalling, beleven vrouwen ook hun eigen «oorlog» met zware gevolgen, zonder daarom een agressie op zich mee te maken.

Er zijn twee sleutelmomenten tijdens de zwangerschap die een verhoogd risico op een psychologisch trauma inhouden:

– ten eerste, een ongunstige prenatale diagnose die leidt tot een laattijdige zwangerschapsafbreking kan sporen van *traumatic stress disorder* achterlaten bij bijna de helft van de vrouwen, terwijl de grote meerderheid onder hen geen enkele spijt heeft van hun beslissing (68). Wanneer vrouwen door professionals worden gestigmatiseerd, is het risico op een PTSD nog groter (69). De professionals zijn zich hier trouwens van bewust, en velen leiden zich op om op de meest gepaste manier te kunnen handelen tijdens deze delicate momenten met de koppels;

– het tweede gevoelige moment is natuurlijk de bevalling. Het aantal post-traumatische syndromen in Westerse landen is overigens indrukwekkend. Studies wijzen in het algemeen op 4 % PTSD voor alle bevallingen (70). De heer Roegiers betreurt deze aantallen, die makkelijk vermeden zouden kunnen worden door gepaste aandacht en goede debriefing.

Post-traumatische stress gaat gepaard met soms ernstige en niet erkende postnatale depressies. Men stelt vast dat deze depressies de laatste dertig jaar verergeren en dat zij meestal niet behandeld worden. Slechts 25 % van de postnatale depressies wordt door professionals opgevolgd en behandeld. In de Belgische kraamafdelingen zijn er trouwens te weinig psycho-perinatale teams. In tegenstelling tot wat vroeger werd aangenomen, kunnen deze depressies tot zelfmoord leiden. In Frankrijk (71) en waarschijnlijk ook in België, is het zelfs de eerste doodsoorzaak tijdens de post-partumperiode, vóór hemorragieën of infectie. Het is dus een volksgezondheidsprobleem dat ernstig moet worden genomen. Een onderzoeksteam is trouwens momenteel de feiten en cijfers voor België aan het verzamelen.

De vrouwen die het meest worden blootgesteld aan de ernstige gevolgen van obstetrische trauma's zijn zij die voordien andere trauma's hebben beleefd. Deze vaststelling wordt in de studies niet specifiek verklaard. Op grond van zijn ervaring kan de heer Roegiers echter een eenvoudig model hiervoor suggereren: de patiënte bevindt zich in een kwetsbare toestand tijdens een prenatale consultatie of onderzoek of tijdens een endovaginale echografie (intrusie, naaktheid, enz.). Het gaat om een medische toestand waarmee zij niet vertrouwd is

---

(67) Burgess et Holstrom, *Rape Trauma Syndrome*, Boston, 1974, *https://falserapetimeline.org/false-rape-714.pdf.*

(68) M.J. Korenromp *et al.*, «A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies», *Prenatal diagnosis*, vol. 27, nr. 8, 2007.

(69) Hanschmidt F. *et al.*, «Stigma in the context of pregnancy termination after diagnosis of fetal anomaly: associations with grief, trauma, and depression», *Archives on women's mental health*, blz. 391-399, 2018.

(70) Pelin Dikmen Yildiz, Susan Ayers, Louise Phillips, *The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis*, 2016.

(71) *Les morts maternelles en France: mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles* (ENCMM) 2013-2015, INSERM. Santé Publique France, blz. 44: *https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles.*

of die ongemakkelijk aanvoelt, maar waaraan zij niet kan ontkomen. Zij moet zich immers onderwerpen aan een noodzakelijke medische opvolging als zij niet als nalatig wil worden beschouwd omdat zij risico's heeft genomen. Zij voelt een toenemende spanning, die mogelijk versterkt wordt door misbruik dat zij vroeger heeft meegemaakt. Deze spanning zal nog toenemen als de patiënte niet op dezelfde golflengte staat als de professionals want dan zal ze hen haar kwetsbaarheid niet kunnen toevertrouwen. De heer Roegiers preciseert dat het misbruik waarvan sprake niet noodzakelijk misbruik binnen het koppel of in de kindertijd betreft. Het kan ook gaan om abusieve ervaringen tijdens voorgaande zorgverstrekkingen. Als er geen goede beschikbaarheidsbereidheid is, geen vlotte communicatie, geen vroegtijdig prenataal onderhoud zoals in Frankrijk wel bestaat, of anticipatie vanwege de professionals, riskeert de patiënte zich af te sluiten, het onderzoek te weigeren, te panikeren, enz. Bij de zorgverstrekker kan dat op zijn beurt ergernis opwekken omdat hij het gedrag niet altijd begrijpt; hij zal de patiënte de schuld geven of haar houding interpreteren als een gebrek aan vertrouwen. In extreme gevallen zal de professional de patiënte soms dwingen of een psychiatrische diagnose stellen. Dit scenario leidt dan tot obstetrisch misbruik.

De studie uit 2015 van Mirjam Lukasse *e.a.*, «*Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries*» (72), vergelijkt de situatie in zes Europese landen door een eenvoudige vraag te stellen aan vrouwen in een verloskundige behandeling. Op de vraag «Hebt u reeds misbruik ervaren in de gezondheidszorg?», antwoordt 20 % van de vrouwen bevestigend. Iedere negatieve ervaring houdt een risico in voor de daaropvolgende zorgverstrekking tijdens de zwangerschap. Elke ervaring zal overigens de volgende ondermijnen. In een verloskundige situatie is de vrouw afhankelijk en kwetsbaar en moet zij onderzoeken ondergaan in een bijzondere houding waarbij de zorgverlener een overwicht heeft, en dat kan eerder ervaren trauma's weer opwekken, ook uit de kindertijd of bij vorige zorg. Wat deze studie verstandig opmerkt, is dat dit sleutelmoment van de zwangerschap de ervaring ook in positieve zin kan omvormen. Als de zorg is aangepast, er een vlotte communicatie bestaat tussen de patiënte en het zorgteam, en de voorwaarden vervuld zijn opdat de patiënte kan praten over wat zij heeft meegemaakt, zal de ervaring in positieve zin worden omgevormd. Er zal eventueel aan mentale of zelfs multigenerationele preventie kunnen worden gewerkt. Deze vaststelling wordt al dertig jaar lang door Françoise Molénat in Montpellier beschreven.

De heer Roegiers werkt al twintig jaar met mevrouw Molénat en collega's van de ULB en de *UCLouvain*. Zij hebben een groep voor uitwisselingen en interdisciplinaire opleidingen opgericht om de verloskundige en pediatrische teams in staat te stellen zich aan te passen aan de fundamentele behoeften van de patiëntes. Deze groep heet GiP (*Groupe interdisciplinaire interuniversitaire de périnatalité*). Het thema van de volgende studiedag van de GiP (18 maart 2022) is precies de confrontatie tussen *evidence based medecine* (geneeskunde van protocollen) en sommige vragen van patiëntes die buiten de normen vallen. Hoe respect voor vrouwen verenigen met medische veiligheid? Hoe vermijdt men de valkuil van de escalatie die leidt tot obstetrisch geweld?

Ten slotte werd in het verlengde van de GiP een certificaat voor transdisciplinaire perinatale begeleiding ingesteld door de ULB en de *UCLouvain*. Het betreft een voortgezette opleiding voor alle beroepsbeoefenaars: verloskundigen, kinderartsen, vroedvrouwen, zorgverleners in de perinataliteit, maatschappelijk werkers, enz. Verschillende thema's komen er aan bod, waaronder:

– welwillendheid en obstetrische mishandeling met mevrouw Yamina Yamgnane, Franse specialiste in deze aangelegenheden;

– het verhaal van de patiëntes wordt door Anne Evrard besproken met verschillende verenigingen en getuigen;

– de kwestie van het positief beleven van de bevalling, het verlenen van autonomie aan de patiëntes en het recht om geboorteprojecten te ontvangen, met Magali Eykerman en Estelle Di Zenzo;

– het voorkomen van obstetrische trauma's.

De heer Roegiers wil ten slotte benadrukken hoezeer dit aspect van de volksgezondheid hem nauw aan het hart ligt. Het is immers tijd om na de vaststellingen en de feiten over te gaan tot wat het meest ontbreekt in de debatten en de studies, met name de middelen.

---

(72) Mirjam Lukasse *et al.*, *Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries*, 2015, *https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12593*.

B. Uiteenzetting van mevrouw Martine Hollander, *Radboud University Medical Center*, Nijmegen

1) Wat is obstetrisch geweld?

Mevrouw Hollander begint haar uiteenzetting met een boutade door te wijzen op het «voordeel» dat ze heeft, in vergelijking met de vorige spreker, door te kunnen spreken zowel vanuit het perspectief van een zorgverlener als dat van een vrouw die zelf bevallen is.

Spreekster heeft de laatste jaren veel onderzoek verricht op en gewerkt met vrouwen die traumatische bevallingservaringen hebben gehad.

Vanuit het perspectief van de zorgverlening en de wetenschap wenst mevrouw Hollander eerst in te zoomen op de verschillende vormen van obstetrisch geweld die kunnen voorkomen:

1. lichamelijk geweld: bijvoorbeeld de bevallende vrouw in een bepaalde positie dwingen;
2. seksueel geweld: bijvoorbeeld een inwendig onderzoek doen zonder toestemming;
3. verbaal geweld: bijvoorbeeld iemand toeschreeuwen of onvriendelijk bejegenen;
4. stigma en discriminatie: mensen anders behandelen omdat ze uit een bepaalde groep komen voor wat betreft hun afkomst of medische voorgeschiedenis (bijvoorbeeld hiv-positief zijn);
5. onvoldoende professionele zorg bieden: bijvoorbeeld onvoldoende tijd hebben voor een patiënt, iemand alleen laten die begeleiding nodig heeft, enz.;
6. slecht contact tussen de vrouw en de zorgverlener: bijvoorbeeld iemands weigering niet accepteren of iemand niet toestaan te eten en te drinken tijdens de bevalling of een eigen bevelhouding aannemen of een begeleider meenemen naar keuze;
7. beperkingen in het gezondheidszorgsysteem: vaak gaat het om personeelstekort of het gebrek aan voldoende personeel om iemand één-op-één te begeleiden.

2) Toch niet in België?

Men zou kunnen denken dat dergelijke situaties niet voorkomen in België, aangezien het om een westers land gaat in 2022, waar mannen en vrouwen gelijk zijn voor de wet.

Als gynaecoloog werd mevrouw Hollander opgeleid in Vlaanderen tussen 2006 en 2010 (haar laatste studiejaar werkte ze af in Nederland).

Ze maakte in die periode twee gevallen mee, die volgens haar niet te wijten waren aan haar jonge leeftijd of prille ervaring.

Het eerste geval ging om een patiënte die kwam bevallen met een privégynaecoloog in een tweedelijnsziekenhuis. De gynaecoloog in kwestie had een privéconsultatie bij hem thuis diezelfde avond, die dus onderbroken moest worden voor de bevalling. Het was inmiddels halftwaalf ‘s avonds, de patiënte was twintig minuten aan het persen, maar kreeg toch een knip van de gynaecoloog, omdat deze snel naar huis wilde om verder te gaan met de consultatie. Volgens mevrouw Hollander werd geen toestemming gevraagd aan de barende vrouw voor de knip. Die bevallende vrouw vond het vreselijk. Vanuit het ziekenhuis kwam hierop geen reactie: het ging over een privédokter die rijkelijk werd vergoed.

Het andere voorbeeld was erger. Het ging om een jonge achttienjarige vluchtelinge die seksueel misbruikt was op haar doortocht naar België. De vroedvrouw en mevrouw Hollander, die toen nog arts in opleiding was, stopten veel tijd in het winnen van het vertrouwen van de bevallende vrouw: ze wilde geen inwendig onderzoek tijdens haar bevalling vanwege haar trauma en ze was ernstig in paniek; ze slaagden erin om haar tot rust te brengen. Uiteindelijk had ze volledige ontsluiting en begon ze te persen. Na een uur persen verscheen een stukje van het hoofd van de baby: alles ging goed en de baby zou er binnen de twintig minuten moeten komen. Toen arriveerde de dokter van dienst. Toen deze laatste vernam dat de vrouw in kwestie na een uur persen nog niet bevallen was, concludeerde hij dat zo lang persen niet menselijk was en hij pakte vervolgens de schaar en zette ze, zonder toestemming, op de vrouw die onmiddellijk heftig reageerde. De situatie is niet meer goed

gekomen: de vrouw raakte volledig in paniek en was uiteindelijk niet meer aanspreekbaar tot ze naar huis ging. En dit is dus een voorval van niet zo lang geleden, bij ons, in Vlaanderen.

3) Interview in **De Morgen** *(april 2021) met de voorzitter van de VVOG*

Vorig jaar stelde de voorzitter van de VVOG in *De Morgen*: «Op het vlak van begeleiding en informatie kunnen we op dit moment niet meer doen.»

Over een knip of keizersnede stelde hij: «Een arts heeft daar jaren hogere studies voor gedaan. Als we een ingreep doen is dat alleen om het welzijn van kind en moeder te garanderen.»

Mevrouw Hollander wil aantonen dat deze reflecties nog diep verankerd liggen in de cultuur van artsen. De dokter in kwestie mag dan nog ouder dan vijftig jaar zijn, hij leidt wel jonge dokters op.

Spreekster verwijst naar zichzelf en het feit dat zij in alle geval een andere mening is toegedaan.

a) Ook in Nederland…

Spreekster citeert getuigenissen in het kader van de actie van de Nederlandse geboortebeweging *#genoeggezwegen* van vijf jaar geleden. De actie was gelinkt aan de internationale acties «*Break the Silence*» en «*The Roses Revolution*». De beweging werd dus niet in Nederland opgestart, Nederland deed wel mee.

«Het lukt maar niet met de vacuümpomp. Ze doen nog een poging. Er loopt een kast van een kerel de kamer binnen. Zegt niets, stelt zich niet voor, maar plant zijn ellenboog stevig en hard in mijn buik. Er is progressie. Hij loopt weer weg. Zonder iets te zeggen. Ik voel me minder den een koe…» *#genoeg gezwegen*.

«Tijdens een perswee werd mij bevolen om te draaien en op de verlostafel te gaan liggen. Ik jammerde dat dat niet ging. Met z'n drieën draaiden ze me hardhandig «in positie». Ten kreeg ik een onaangekondigde knip.» *#genoeg gezwegen*.

Mevrouw Hollander geeft nog mee dat ze copromotor is van een arts sociale geneeskunde die promoveert op het onderwerp.

b) Enquête onder Nederlandse vrouwen

In 2021 werd een enquête gehouden onder Nederlandse vrouwen met hoge respons: 12 239 vrouwen namen deel. De hoge deelname aan de bevraging lag ook aan het feit dat ze op sociale media werd verspreid door *influencers*. Volgens mevrouw Hollander kan er gesteld worden dat de enquête representatief is voor «de Nederlandse vrouw».

Bijna 12 % (11,9 %) had een negatieve ervaring met een recente bevalling, 9 % had het zelfs over een «traumatische ervaring» en meer dan 50 % had tenminste een van de zeven types obstetrisch geweld (*cf. supra*) ervaren bij de bevalling.

De gedetailleerde cijfers lezen als volgt:

– lichamelijk geweld: 21,1 %;

– seksueel geweld: 0,8 %;

– verbaal geweld: 10,1 %;

– stigma en discriminatie: 0,8 %;

– onvoldoende professionele zorg: 39,8 %;

– slecht contact tussen de vrouw en de zorgverlener: 29,9 %;

– beperkingen in het gezondheidszorgsysteem: 21,3 %.

De totaalsom bedraagt geen 100 % aangezien meerdere vrouwen meerdere vormen van geweld ervaren hadden. Mevrouw Hollander concludeert dat het fenomeen dus (te) veel voorkomt.

c) Mogelijke oorzaken

Spreekster staat stil bij de mogelijke oorzaken van obstetrisch geweld. Ze wijst er terzijde op dat ze kiest voor de term «obstetrisch geweld» bij gebrek aan een betere term. Ze verwijst naar het feit dat er bijvoorbeeld in het Engels varianten worden gebruikt: in positieve terminologie gaat het daar over «*respectful maternity care*», in negatieve bewoordingen over «*disrespect*» en «*abuse*».

1. Paternalisme?

Niet zo heel lang geleden waren de meeste gynaecologen hoofdzakelijk mannen. En van diegenen die de huidige generatie gynaecologen opleidden, waren de meesten ook nog mannen. Mevrouw Hollander is ervan overtuigd dat als het de mannen zouden zijn die moeten bevallen, de kaarten ongetwijfeld anders zouden liggen. Spreekster verwijst naar de term «hysterie», daterend uit de tijd van S. Freud, die de blik van mannen op bevallende vrouwen verwoordt, en die hen niet als gelijkwaardige wezens ziet die een *life-event* meemaken en hun kind op de wereld zetten. Paternalisme is volgens mevrouw Hollander nog steeds gangbaar in de gezondheidszorg: ze is zelf al dertig jaar aan de slag binnen de sector en kan dit enkel maar bevestigen.

2. De rol van het kind

De vrouw draagt het kind in haar buik. De dokters kunnen oordelen dat er twee patiënten zijn: vrouw én kind. Soms denken de artsen dat ze het beter weten dan de vrouw en willen ze het kind beschermen. Maar tegen wie uiteindelijk: tegen de moeder? Er is niemand die meer belang heeft bij een goede afloop voor het kind dan de moeder … en dat wordt wel eens uit het oog verloren.

3. Gewoonten en gebruiken in het ziekenhuis

«Zo doen we het hier altijd… Zo gaat dat nou eenmaal…» Dergelijke uitspraken hoor je vaak in een verloskamer. In toenemende mate wordt er gebruik gemaakt van protocollen: deze zijn bedoeld om te veel varianten te vermijden onder de aanpak van de zorgverleners – om te vermijden dat iedereen zomaar doet zoals hij of zij het tijdens de opleiding meekreeg – en om te garanderen dat de meest moderne inzichten voor alle zorgverleners beschikbaar zijn.

Protocollen zijn geschreven voor zorgverleners door zorgverleners. Vaak wordt de patiënt niet geconsulteerd. In dergelijke protocollen worden er soms ook al keuzes en afwegingen gemaakt. Deze kunnen erop neerkomen dat er geopteerd wordt om regelmatig onnodig een ingreep te doen om in één geval het verschil te kunnen maken. Het kan wel goed zijn dat specialisten daartoe bereid zijn, maar geldt dat ook voor de zwangere of bevallende vrouw? Het gaat tenslotte om haar lichaam waarop de ingreep gebeurt. Die vraag wordt vaak helemaal niet gesteld, maar het zou vaker moeten gebeuren volgens mevrouw Hollander.

4. Angst

Zorgverleners hebben vaak last van angst: angst voor de tuchtrechter als er iets niet goed gegaan is, angst voor collega's die er misschien niets van vinden dat een ingreep plaats vond die meestal op een andere manier gebeurt of wordt uitgevoerd, angst die ze meenemen na een gesprek met een patiënt die angst heeft voor een slechte afloop, enz. Volgens mevrouw Hollander zijn de vele beslissingen die genomen worden op de werkvloer op basis van «stel dat er dat gebeurt…», «voor het geval dat…», «om zeker te zijn…» allemaal tekens van verkapte angst voor «Wat als het mis gaat?», «Wat als ik het niet goed doe?», enz.

Uit angst wordt er te veel gedaan. De WGO benoemt dit fenomeen met «*too much too soon*». Er worden te veel keizersneden uitgevoerd, er worden te veel knippen gezet uit angst dat het niet goed zou gaan. Die keuzes worden door de artsen gemaakt, maar zouden vaker in overleg met de patiënten gemaakt moeten worden.

5. Gebrek aan continuïteit

Veel vrouwen krijgen tijdens hun zwangerschap veel verschillende zorgverleners te zien. Het grootste deel van de vrouwen is niet onder controle bij een privégynaecoloog en ziet op het spreekuur verschillende zorgverleners: gynaecologen in opleiding, verloskundigen, enz. In het tegenovergestelde geval van een continue zorgverlener van begin tot eind, heeft deze meer weet dan van een aantal biometrische data op een stuk papier, hij weet ook wat de patiënt belangrijk vindt, waar diens angsten zitten, enz. Een gebrek aan continuïteit zorgt bij vrouwen voor heel veel angsten tijdens de bevalling: deze zakken weg van zodra er een vertrouwde zorgverlener binnen komt, op dat moment verloopt de bevalling ook beter. Dat is ook wetenschappelijk aangetoond.

d) Gevolgen voor de vrouw

Mevrouw Hollander merkt hier meteen op dat ze geen psychiater is.

Uit onderzoek, onder andere uitgevoerd door de vakgroep van de spreekster, blijkt alvast dat 10 tot 20 % van de vrouwen de bevalling een traumatische ervaring noemt, niet de dag erop, maar na enkele weken of maanden na de bevalling.

Eén tot 3 % van de vrouwen ontwikkelt een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Een trauma kan met de loop van de tijd verminderen, dat slijt. Een PTSS is echter een psychiatrische diagnose, die normaal gezien niet overgaat zonder behandeling. Daar wordt op dit ogenblik nog niet op gescreend of naar gevraagd.

Sinds de laatste jaren, maakt mevrouw Hollander er zelf wel een punt van om, tijdens het spreekuur op de nacontroles – meestal zes weken na de bevalling – aan alle vrouwen te vragen hoe ze de bevalling ervaren hebben. Diegenen die de ervaring als traumatisch benoemen, legt ze een vragenlijst voor PTSS voor.

Onlangs voerde spreekster een onderzoek in haar eigen ziekenhuis. Daaruit bleek dat het om 17 % traumatische ervaringen gaat en tot 4-5 % om een PTSS. Mevrouw Hollander stuurt de laatste groep vrouwen door naar een psycholoog die een *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) behandeling bij hen uitvoert. Een cognitieve gedragstherapie kan ook, al duurt die laatste meestal wat langer.

Als je er echter niet naar vraagt bij de patiënt, dan weet je het ook niet en wordt het vaak ook niet ontdekt, met de gevolgen van dien. Een vrouw met een PTSS of een post-partumdepressie, heeft meestal last om zich te binden aan haar kind. Eén van de patiënten van spreekster verwoordde het als volgt: «Ik kijk in dat wiegje en ik denk: je bent mijn kind, maar ik voel het niet. Ik voel helemaal niets.» Dat is zeker niet bevorderlijk voor de moeder-kind binding. Kinderen kunnen opgroeien met onvoldoende zelfvertrouwen omdat hun moeder niet voldoende bereikbaar of emotioneel beschikbaar is. Deze situatie is niet goed en zou niet moeten voorkomen: ze moet dan ook op tijd behandeld worden.

Vrouwen die een PTSS oplopen, worden ook vaak bijkomend geconfronteerd met een partnerrelatie die op de klippen loopt: de partner begrijpt niet onmiddellijk wat er aan de hand is: «Waarom doet ze zo? Het gaat goed, de baby is gezond…» Op een gegeven moment lukt het niet meer. De moeder blijft alleen over met het kind met wie ze geen binding heeft kunnen maken.

Ook het werk hervatten, gaat niet vlot bij veel van deze vrouwen. Het lukt misschien wel om het werk terug op te starten, maar onder haar eigen patiënten stelde mevrouw Hollander vast dat ze na een aantal dagen of weken werken, zich opnieuw ziek hebben moeten melden omdat het gewoon niet lukt.

Trouwens, op een ander niveau, op economisch vlak, baat het zeker ook om het fenomeen op tijd op te sporen en te behandelen.

e) Suggesties voor verandering

Voor spreekster is het in eerste instantie belangrijk dat zowel vrouwen, maar vooral zorgverleners, zich ervan bewust worden dat bevallen een *life-event* is, niet te vergelijken met een routine knieoperatie bijvoorbeeld In principe gaat het om een normale procedure, het is gezond, biologisch, fysiologisch (je baart een kind), maar je wordt tezelfdertijd ook moeder. En dat blijf je de rest van je leven. Je bent een ander voor de rest van je leven. Daar moeten we meer bij stilstaan. De bevalling moet niet beschouwd worden als een gebruikelijke medische ingreep.

De continuïteit van de zorgverlening is voor mevrouw Hollander ook een belangrijk aandachtspunt. Het is moeilijk om je eigen leven en het leven van je kind in handen te geven van iemand die jou niet kent of niet begrijpt. Het is dan ook heel belangrijk dat er continuïteit geboden wordt. En dan gaat het over meer dan één-op-één zorgverlening tijdens de bevalling, het is ook belangrijk bij het voortraject en bij voorkeur is het er ook nog de eerste dagen na de bevalling.

Spreekster haalt vervolgens het bevalplan aan. Ze herinnert zich uit haar loopbaanervaring in België dat het op dat ogenblik nog niet ingeburgerd was. Het bevalplan is zeker geen draaiboek voor de bevalling, en dat kan ook de bedoeling niet zijn: bevallingen zijn niet te plannen. Een bevalplan is wel een manier om verwachtingen op elkaar af te stemmen en om kennislacunes op te sporen. Het is een belangrijke discussieschakel tussen de vrouw en haar hulpverlener. Er zijn heel wat modellen van bevalplannen beschikbaar op het internet.

Een ander belangrijk aandachtspunt is de vorming van het zorgpersoneel. Dat personeel moet geschoold worden om te kunnen begrijpen wat een bevalling voor iemand betekent, en het personeel moet ook de vaardigheid worden bijgebracht om het gesprek aan te gaan zowel tijdens de zwangerschap alsook tijdens de bevalling. Ook korte gesprekken die binnen de minuut kunnen gevoerd worden. Er zijn volgens mevrouw Hollander heel weinig obstetrische noodsituaties die binnen één minuut moeten worden opgelost. Als dat dan al het geval zou zijn, en de patiënt heeft te maken met een vertrouwde zorgverlener, dan zal deze ook kunnen bogen op de vertrouwensband om aan te geven dat een bepaalde handeling op dat ogenblik echt moet.

Vrouwen moeten ook voorgelicht worden. Heel veel vrouwen hebben te weinig informatie over wat er op hen af kan komen tijdens de bevalling. Hoe meer je overvallen wordt door de realiteit van wat er zich afspeelt, des te groter de kans op een trauma. Een realistische verwachting is dus belangrijk. Spreekster wil niet de schuld voor een trauma bij de één of de andere partij leggen: beide partijen hebben hier duidelijk een taak. Het merendeel van de trauma's zit volgens mevrouw Hollander in de communicatie, ondersteuning en de bejegening en niet in het verrichten van een medische behandeling.

Vrouwen moeten weten dat ze keuzevrijheid hebben. Keuzevrijheid voor de zorgverlener, voor wie er bij hun bevalling aanwezig zal zijn en voor de plaats waar de bevalling zal doorgaan. Dit geldt zeker bij laagrisico vrouwen, maar uiteindelijk voor iedereen, want het is niet zo dat de vrouwen thuis worden opgehaald met een politiebusje.

C. Gedachtewisseling

Mevrouw Gahouchi onderstreept dat elke bevalling anders is. In een tijd waarin alle kennis met een klik beschikbaar is, besluit mevrouw Hollander haar uiteenzetting met de stelling dat vrouwen weinig informatie over de bevalling hebben. We stellen inderdaad een gebrek aan communicatie en begeleiding vast. Het verbaast de voorzitster dat men de toekomstige moeders vraagt eenmaal per maand naar de gynaecoloog te gaan om de ontwikkeling van de zwangerschap te volgen, maar dat er bij die routineconsultaties nooit tijd wordt uitgetrokken om het over psychologie te hebben. Men zou van die controle-afspraken gebruik moeten maken om de vrouw haar angsten te laten uitspreken. Het is waar dat een vrouw tijdens de bevalling nog slechts een lichaam is en dat het medisch personeel dat lichaam managet, soms zonder nog aan de geest te denken. Vrouwen durven dan niet speciaal vragen te stellen of het over hun angsten te hebben, omdat de prioriteit bij de geboorte van het kind ligt. Er moet nog een lange weg worden afgelegd om vrouwen hun zwangerschap zo rustig mogelijk te laten beleven, zonder fysieke agressie te moeten ondergaan bij de controle-afspraken. Ideaal is dat er een vertrouwensband ontstaat met de zorgverstrekker die bij de bevalling actief zal zijn. Er zou tijd moeten zijn om alle mogelijke vragen te stellen. Dan kan de professional begrijpen dat sommige vrouwen specifieker moeten worden gevolgd of psychologisch moeten worden gesteund.

Mevrouw Gahouchi wijst op de paradox tussen de trauma's en het kortere verblijf in het ziekenhuis na een bevalling. Soms worden de ouders aan hun lot overgelaten, want de kamer moet na amper twee dagen vrijkomen, terwijl dat moment primordiaal is in het leggen van de basis van het ouderschap. Ze vraagt beide sprekers hun mening over dat kortere verblijf in de kraamkliniek en de eventuele gevolgen ervan. Tot slot wil ze weten welke maatregelen sprekers voorstellen om de trauma's als gevolg van gynaecologisch geweld te verminderen.

Mevrouw Masai dankt beide sprekers voor hun uiteenzettingen, die elkaar perfect aanvulden. Dankzij hun woorden konden de talrijke gegevens die voordien werden gehoord, rustig in perspectief worden gezet. Beide bespiegelingen en beide steunpunten doen haar denken dat er specifieke gegevens op het gebied van de gynaecologie en de obstetrie moeten worden bestudeerd, die verder gaan dan de gewone relatie tussen patiënt en zorgverstrekker. Die relatie is uiteraard speciaal en asymmetrisch. Bij de problematiek van het obstetrisch en gynaecologisch geweld zijn echter verschillende specifieke aspecten aanwezig. Het verheugt haar dat het colloquium dat de GiP organiseert de aspecten van die problematiek zal behandelen en daarbij diverse overwegingen zal in acht nemen. Het is trouwens daarom dat ze ervan overtuigd is dat het thema ook in de Senaat moet worden onderzocht. We willen niet blijven stilstaan bij kritiek en klachten, maar ons concentreren op het constructief zoeken naar oplossingen. Precieze doelstellingen van volksgezondheid in verband met de continuïteit van de zorg of van problemen van posttraumatische stress zijn overigens van primordiaal belang.

Tijdens zijn uiteenzetting had de heer Roegiers het over een vroegtijdig prenataal onderhoud in Frankrijk. Mevrouw Masai wil daarover bijkomende informatie, over de wijze waarop het verloopt en ze wil weten wat het verschil is met de praktijk in België, om er eventueel inspiratie uit te putten. Het thema van de posttraumatische stress en dat van de post-partumdepressie komt de jongste jaren geregeld aan bod. Het lid wil de middelen kennen om ze op te sporen en te voorkomen. Heel wat postnatale depressies werden nooit gediagnosticeerd of behandeld. Hoe kan men rekening houden met dat probleem en een strategie ontwikkelen om het te verhelpen? Tevens heeft mevrouw Masai vragen bij de vooraf te organiseren preventie. Welk overheidsbeleid inzake gezondheid en preventie moet men in overweging nemen? Tot slot heeft het lid het over het probleem van de middelen die de GiP ter beschikking kan stellen qua colloquia, *tools* of bijscholing. We weten dat het leerproces tijdens de stages ook door simulatie in het veld gebeurt. De eerste dagen zijn overigens doorslaggevend. Welke verbeteringen zijn nog mogelijk in de bestaande opleidingen opdat de stages werkelijk een vruchtbare tijd worden? Zijn er begeleidingsprocessen voor die eerste dagen, om ze te veranderen in opportuniteiten tot reflectie en communicatie tussen de personen in opleiding en de organiserende teams?

Mevrouw Durenne stelt vast dat vrouwen die bevallen er nood aan hebben zich veilig te voelen bij de teams die hen begeleiden. Vrees en angst zijn echter heel aanwezig, zoals uit de uiteenzettingen van de sprekers gebleken is. Helaas stelt de huidige samenleving de attitude van het zorgpersoneel op de sociale netwerken aan de kaak. Communicatie tussen het zorgpersoneel onderling en ook tussen de ouders en het zorgpersoneel is daarom van het grootste belang. Merken sprekers uit hun respectieve ervaringen een collectieve wil om de communicatie te verbeteren? Het lid vraagt zich ook af of de patiënten de mentale last en de verantwoordelijkheden van het zorgpersoneel niet onderschatten. In hoeverre moet het zorgpersoneel in die optiek zijn emoties, zijn gevoelens achterwege laten om zijn werk zo goed mogelijk te doen? Ze wil ook horen of er maatregelen worden getroffen om het zorgpersoneel te helpen na ingrepen of gevallen die emotioneel moeilijker waren. Tot slot heeft mevrouw Durenne het over het thema van de perinatale rouw. Er is voorzien in begeleiding voor de gezinnen in die zeer pijnlijke momenten. Hoe zit het met het zorgpersoneel? Zijn er richtlijnen die idealiter moeten worden gevolgd?

Mevrouw Groothedde vindt het best moedig dat mevrouw Hollander, vanuit haar rol als arts, bij het begin van haar uiteenzetting stilstond bij het probleem van het paternalisme. Ook de insteek dat het concept obstetrisch geweld ruimer gaat dan het domein van de gynaecologie vindt spreekster interessant. Mevrouw Groothedde is er namelijk ook voorstander van om het debat over meer te doen gaan dan zwangerschap en bevalling alleen. Het is volgens haar namelijk belangrijk om het ook te hebben over de menarche, de menopauze of over zaken zoals endometriose. Misschien ook omdat in die laatste gevallen het concept «twee patiënten» niet aan de orde is.

Voor wat betreft het gegeven van «twee patiënten» vraagt mevrouw Groothedde zich überhaupt af of dat wel zo is – en dan heeft ze het niet alleen over de juridische aspecten – en of dit concept als leidraad moet worden genomen in het debat. In het bevestigend geval, kunnen er bijvoorbeeld in het (vermeende) belang van het kind beslissingen worden genomen en uitgevoerd, door arts of zorgverlener, die ingaan tegen de wensen van de zwangere.

In diezelfde context komt ook een mogelijk uitgangspunt bovendrijven dat de zwangere vrouw het mogelijk slecht meent – uit domheid? uit onwetendheid?. Mevrouw Groothedde stelt zich dan ook de vraag hoe deze reactie te verklaren valt en ook hoe we er vooral komaf mee kunnen maken.

Volgens spreekster vormt deze aanname de basis van een polarisering waarbij het belang van de zwangere of de bevallende en die van het kind tegenover mekaar staan. Bij dergelijke benadering lijkt het er ook op dat partij moet gekozen worden waardoor de zaken onmiddellijk op scherp worden gesteld. Mevrouw Groothedde vraagt zich af hoe we uit deze patstelling raken. Mogelijks, vanuit juridisch oogpunt, door meer macht te geven aan de zorgverlener of interveniënt om te beslissen in de plaats van de zwangere of bevallende vrouw. Deze benadering is op dit ogenblik niet voorzien door de wet, maar zou het een mogelijke oplossing kunnen bieden? En kan men daar nog in verder gaan? Volgens mevrouw Groothedde is dat in Nederland al het geval. In Nederland kan een vrouw, in de context van de materie van de «uithuisplaatsing», verplicht worden tot het ondergaan van bepaalde medische handelingen. Volgens mevrouw Groothedde wordt dergelijke regelgeving ook in België overwogen. Hoe staat mevrouw Hollander hier tegenover? Zou men op die manier verder geraken voor wat betreft het gegeven van gynaecologisch geweld?

Uit de uiteenzetting van mevrouw Hollander blijkt dat de protocollen ervoor zorgen dat er (te)veel ingrepen worden uitgevoerd ten nadele van de keuzevrijheid en de zelfbeschikking. Hoe geraken we uit deze patstelling? Zijn strakkere protocollen, die leiden tot minder twijfel, een oplossing en wat zou een tegenoplossing kunnen zijn?

Mevrouw Groothedde verwijst voorts naar de factor «angst» aangehaald door mevrouw Hollander. Mevrouw Groothedde wil weten of zij een zicht heeft over hoe substantieel bijvoorbeeld de angst voor de tuchtrechter is: stapt men vaak naar de rechter? Op welke manier kan er met de angst worden omgegaan? In het bespreekbaar maken van gynaecologisch geweld, loert vaak het spook van culpabilisering om de hoek. Er is ook de factor onuitgesproken verwachtingen waar moeilijk aan te ontsnappen valt, zeker in de groepscontext van een bevalling.

Mevrouw Hollander had het over 10 tot 20 % traumatische ervaringen na een bevalling en haalde de mogelijke gevolgen hiervan aan: voor de baby, voor de relatie met de baby en voor de relatie met de partner, maar hoe zit het met de gevolgen voor de vrouw zelf?

Mevrouw Hollander ging zelf in op de bewustwording rond het feit dat het gaat om een levensgebeurtenis (*life-event*), wat volgens mevrouw Groothedde, helaas, soms als «halfzacht» aanzien wordt. Waarom benadrukte mevrouw Hollander dit gegeven? Op welke manier is het belangrijk, en welke praktische consequenties heeft het in een aaneenschakeling van medische gebeurtenissen? Je kan een bevalling inderdaad zien als een *life-moment*, als iets wat een gezin of een toekomstige familie overkomt, of als een persoon die aan het bevallen is, enz., en ook als een aaneenschakeling van gebeurtenissen. Hoe kunnen die twee met elkaar gerijmd worden? Hoe kom je verder dan alleen dit feit aanreiken, met andere woorden hoe kan je dit alles implementeren?

Voorts komt mevrouw Groothedde terug op het bevalplan. Men hoort zorgverleners soms zeggen dat deze een latente bron van problemen zijn. Hoe kan de weerstand overwonnen worden die dergelijk plan oproept? Hoe kan het meer zijn dan enkel een «papiertje» of hoe kan ervoor gezorgd worden dat men met dit instrument verder geraakt in plaats van voor polarisering te zorgen?

Voorts concentreert mevrouw Groothedde zich op het aspect «keuzevrijheid» en de mogelijks verschillende belangen van de zwangere vrouw en de foetus of het kind en op het aspect van de zorgverlener die de belangen van het kind moet behartigen, of toch minstens de woordvoerder ervan moet zijn en daardoor bepaalde ingrepen stelt die überhaupt niet overlegd worden.

Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de suggesties voor verandering die mevrouw Hollander aanhaalt geïmplementeerd worden op een manier die ons effectief brengt tot minder gynaecologisch geweld? Kunnen de oorzaken van de «angst» en ook de redenen waarom het geweld voorkomt uit de weg geruimd worden en verzoend worden met de keuzevrijheid en het belang van zelfbeschikking van de persoon die bevalt?

Er zou werk zijn voor beide partijen in dit verhaal: mevrouw Groothedde hoorde vooral wat de opdracht van de zorgverlener zou kunnen inhouden, en dat is misschien ook logisch aangezien de zwangere of bevallende persoon in een rollercoaster stapt, meestal zonder veel ervaring. Er is sprake van vormen van agressie, maar het kan ook gaan om daden die gesteld worden in het allerbeste belang maar die uiteindelijk wel daden van agressie zijn.

De notie van het zich veilig voelen bij een arts, omhelst dit het concept «overgave»? Is het spanningsveld tussen de verantwoordelijkheid van de arts en de emoties bij de bevallende of zwangere vrouw een verantwoording voor wat er effectief gebeurt? Kan er vanuit dit perspectief gezocht worden naar een oplossing of zetten deze frames het debat net muurvast?

Mevrouw Ryckmans vraagt beide sprekers hoe men de preventiepraktijk op het gebied van de geestelijke gezondheid systematisch en algemeen kan verspreiden. Hoe kan men de psychologische ondersteuning zo toegankelijk mogelijk maken voor alle vrouwen die een traumatische of andere bevalling achter de rug hebben? In de wetenschap dat sommigen onder hen niet in staat zijn woorden te vinden voor wat ze beleefd hebben. De middelen moeten algemeen en inclusief zijn, in de zin dat ze voor alle vrouwen toegankelijk moeten zijn en niet alleen voor een bepaalde categorie van de bevolking. Welke actoren kunnen tijdens het hele zwangerschapstraject of na de geboorte voor de preventie in de geestelijke gezondheid instaan (de vroedvrouwen, de *Office de la naissance et de l'enfance* (ONE) of andere)? Het lid heeft het ook over preventie inzake geestelijke gezondheid voor een publiek dat het slachtoffer is van gynaecologisch geweld, bijvoorbeeld jonge meisjes.

De heer Roegiers zegt tevreden te zijn omdat het thema van het obstetrisch en gynaecologisch geweld aan een nauwgezet politiek onderzoek door de Senaat wordt onderworpen. Die problematiek leidt onvermijdelijk tot collectieve thema's van volksgezondheid en geestelijke gezondheid. Wat de vergelijking met Frankrijk betreft, meent spreker dat de Belgische kenmerken en praktijken op zich volstaan. Hij verklaart tevens sceptisch te staan tegenover systematische *screening*. Het «*Born in Belgium*»-initiatief was interessant maar te zeer gericht op systematische *screening* van kwetsbaarheid. Bovendien overwoog men de kwetsbaarheid digitaal te verspreiden, wat volgens hem vragen doet rijzen in verband met de confidentialiteit en het wantrouwen vergroot. Die tekortkomingen gingen het vertrouwen in de professionals van zwangerschap en bevalling zeker niet vergroten.

Al verscheidene jaren spreekt men vrijuit en durven vrouwen het over hun ervaringen hebben. Ze vinden echter niet altijd een klankbord of een luisterend oor bij de professionals van zwangerschap en geboorte. De beweging verplaatste zich geleidelijk aan van de gynaecologen-verloskundigen naar de vroedvrouwen en vervolgens, recenter, van de vroedvrouwen naar de doula's. De heer Roegiers zegt dat die laatsten geen professionele vaardigheden hebben, maar luisterbereidheid tonen zonder daarom de medische veiligheid te bieden waarvoor de gezondheidsprofessionals kunnen zorgen. Frankrijk vindt de kwestie van de emotionele veiligheid rond de perinataliteit sinds de jaren 2000 prioritair. Met als uitgangspunt die emotionele veiligheid, ging men nadenken over de balans, over de manier om een dossier van de ene professional aan de andere over te dragen, om gebrek aan continuïteit tussen professionals te voorkomen, om de eerder aangehaalde doorstroming te stimuleren. Die strategie omvat bijgevolg het vroegtijdig prenataal onderhoud alsook de regels van overdracht tussen de centra en de banden tussen de ziekenhuizen en de ambulante zorg. Wat dat laatste punt betreft, acht de heer Roegiers dat de kortere tijd dat men in de kraamkliniek verblijft een grote kans biedt om de banden tussen de ziekenhuizen en de ambulante zorg te activeren. Hij geeft toe dat daar soms nog vooruitgang moet worden geboekt.

Het doel is dat de vrouw centraal blijft in haar project, in een paar en een gezin, terwijl haar vrouwelijkheid en haar integriteit verzekerd worden. Dat heeft gevolgen voor de geestelijke gezondheid van het kind. Het is bewezen dat als de vrouw haar zwangerschap en bevalling kan beleven in een ervaring van doorstroming en continuïteit, ze die continuïteit gemakkelijker zal overdragen en zal kunnen voorzien in de fundamentele behoeften van haar kind. In die context verzoekt spreker het adviescomité het «*rapport de la commission des 1 000 premiers jours*» (73) («verslag van de 1 000 eerste dagen») in Frankrijk te consulteren, dat een verband legt tussen perinatale preventie en de ontwikkeling van het kind. Bovendien vinden de eminentste criminologen dat het om de delinquentie te verminderen en dus om de samenleving veiliger te maken en besparingen te verwezenlijken, onontbeerlijk is dat men massaal investeert in strategieën van preventie rond de geboorte. Die zaak neemt men al te vaak te licht op, maar ze is heel belangrijk en is gedocumenteerd. Reeds halfweg de 20e eeuw hebben de verzekeringen bewezen dat verpleegsters die aan huis kwamen obstetrische ongevallen voorkwamen zodra ze de vrouwen een gevoel van veiligheid gaven. Het rendement op investeringen zou worden vervijfvoudigd op het gebied van het welzijn van het kind, zelfs twintig jaar na zijn geboorte. De heer Roegiers verbergt niet ontmoedigd te zijn bij het zien van de situatie, omwille van het gebrek aan aandacht en anticipatie waaronder het thema van de emotionele perinatale zorg te lijden heeft.

---

(73) *Rapport de la commission des 1 000 premiers jours, ministère français des Solidarités et de la Santé*, september 2020: *https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1 000-premiers-jours.pdf.*

Spreker meent dat de zorg voor de fysiologische zwangerschap eveneens moet worden herdacht. Die moet in handen zijn van vroedvrouwen die, in België, sinds vijfentwintig jaar hun vaardigheden en autonomie ontwikkeld hebben. Er wordt nu een inspanning geleverd inzake opleiding, professionele bevestiging en verzelfstandiging. We moeten echter vaststellen dat de doorstroming tussen de wereld van de verloskunde en die van de gynaecologen-verloskundigen niet altijd optimaal is. In die optiek is het raadzaam complementariteit te ontwikkelen met ervaringsdeskundigen. De kwestie van de medische veiligheid mag niet worden veronachtzaamd, maar is ook niet strijdig met de emotionele veiligheid.

Er zijn instrumenten ter beschikking voor de opleiding van de professionals om vaardigheden te ontwikkelen in de eigen discipline, maar ook om transversaal te leren werken. Psychologen en psychiaters zijn niet als enigen competent voor de zorg voor het «psychische». Het gaat er ook om zich van bij het begin van het zwangerschapstraject aan te passen aan de gebruiksters. Een geboorteplan komt tot stand op basis van dat luisteren en van een aangepaste overdracht tot stand, volgens de deontologische regels. Een persoon waardig behandelen gebeurt via het luisteren naar en het eerbiedigen van haar verzoek of haar (geboorte)project. Voor personen die kwetsbaar zijn door negatieve medische ervaringen vergt die waardige behandeling het vertrouwen in de gezondheidsprofessionals. Tot slot moet men voor ogen houden dat het belang van het kind niet kan worden gescheiden van het belang van de moeder.

Wat de mentale belasting van de professionals betreft, heeft men de uitwisselingen tussen *peers* en ziekenhuiscentra als uiterst vruchtbaar en bemoedigend ervaren. Het is echter ook essentieel de ontevredenheid van de patiënten te begrijpen. De Franse gebruikersorganisaties zijn erin geslaagd te bewijzen dat er alternatieve protocollen bestonden en dat bepaalde professionals zoveel onregelmatigheden begingen dat ze moesten worden aangeklaagd. Soms zouden de beroepsorganisaties zich strenger moeten tonen voor personen die verantwoordelijk zijn voor ernstige feiten. Men moet echter ook een wederzijds begrip aanmoedigen tussen disciplines en met de patiënten, wat tot ieders welzijn zal bijdragen.

De kwestie van de rouw en de dood kwam bij de uiteenzetting van spreker aan bod via de presentatie van de accidentele situaties. Momenteel blijkt uit de cijfers dat kindersterfte zeldzaam is en moedersterfte uitzonderlijk. Toch blijft er in het collectieve onderbewustzijn verwarring bestaan, wat bepaalde trauma's veroorzaakt. De cijfers van de negatieve ervaringen rond de perinatale zorg en van de trauma's zijn nochtans relatief vergelijkbaar tussen België en Nederland, zoals mevrouw Hollander en de heer Roegiers in hun hoorzitting hebben verklaard. Wanneer er een negatieve ervaring plaatsvindt (moeilijke bevalling, ongunstige prenatale diagnose, enz.), is het risico dat men een trauma veroorzaakt inderdaad enorm. Afgaande op zijn eigen ervaring meent de heer Roegiers dat het gemakkelijk is een preventieve houding aan te nemen, hetzij door een eenvoudige debriefing van de bevalling, hetzij door het geven van informatie over de hulpmiddelen of de hulp die men kan krijgen na een ongunstige prenatale diagnose.

Tot besluit eert de heer Roegiers het initiatief van het informatieverslag en wijst hij erop dat die problematiek op het kruispunt van de geneeskunde en van een menselijke dimensie ligt. Hij vreest het gevaar van overdreven protocollering zoals bij de problemen rond het levenseinde. Het wordt tijd dat we ons vragen stellen bij het taylormodel dat, in naam van een bepaalde efficiëntie, de dimensies van geboorte en dood heeft veranderd. Sinds zestig jaar heeft dat model ziekenhuisopname voor die twee levensmomenten gangbaar, efficiënt en normaal gemaakt, maar het kan een grote psychologische weerslag veroorzaken, waarvoor we aandacht moeten hebben.

Voor wat betreft de vraag betreffende het feit dat de bevalling niet voldoende besproken wordt tijdens de raadplegingen en waarom vrouwen niet genoeg aandacht ervaren voor hun eigen beleving, denkt mevrouw Hollander, zich baserend op haar eigen ervaring, dat dit te wijten is aan het feit dat dokters opgeleid zijn dat ze in het algemeen geconfronteerd worden met «een ziekte» en dat ze «de zieke» navenant beter moeten maken. Dat is uiteraard al lang niet meer de enige taak van artsen of diegenen actief in de gezondheidszorg, maar dat idee ligt nog altijd een beetje aan de grondslag van het medisch curriculum. De arts meet de bloeddruk, voelt de buik, maakt een echo, stelt het bevalplan bij, maakt een diagnose, doet onderzoek … en tegen dan zijn de «tien minuten» al voorbij. Mevrouw Hollander ervoer zelfs dat het in België nog korter kon. Soms werkten ze met twee of drie dokters, zestig patiënten af in een uur. Tijdsgebrek is in deze context zeker een determinerende factor.

Het gebrek aan continuïteit steekt ook altijd de kop op in dit stuk van de discussie. Je bent meer geneigd om een babbeltje aan te knopen met iemand die je meer dan een keer ziet. Meer nog, als je iemand vaker ziet, kan je jezelf een heleboel tijd op medisch vlak besparen. Mevrouw Hollander noemt zichzelf ook wel eens de

«praatdokter» omdat ze één minuut besteedt aan het medische, en voor het overige aan babbelen. Dat wordt trouwens ook een beetje verwacht van de dokter in de huidige tijd: de dokter is niet langer een «mechanieker» die een probleem moeten herstellen: *in casu* de zieke beter maken.

Mentale belasting bij de zorgverleners

Zijn de artsen zich voldoende bewust van de mentale last van zorgverleners? Volgens mevrouw Hollander verschilt die per setting. Een zorgverlener in een Afrikaans land, zal een andere mentale last hebben dan een zorgverlener in Nederland of België. Ze hebben het wel allemaal druk. Ze voelen zich ontzettend verantwoordelijk voor alles wat er gebeurt onder hun handen want ze zijn met bevlogenheid het vak ingestapt. Mevrouw Hollander is zich daar voldoende van bewust en haar collega's ook. Volgens haar vormt het een onderdeel van het vak waarvoor je kiest. Je kiest voor het dragen van een mentale last die gepaard gaat met het vakgebied van de verloskunde. Daarmee wil mevrouw Hollander niet gezegd hebben dat het niet belangrijk is, maar het hoort er wel bij.

Deze situatie wordt trouwens ook concreet aangepakt in de structuur waar mevrouw Hollander werkzaam is: er bestaat een opvangteam dat begeleiding biedt aan het personeel indien nodig, en er bestaat ook een commissie collegiale ondersteuning bij de gynaecologenvereniging die tot midden in de nacht kan gebeld worden en die ondersteuning biedt, zelfs tot bij de tuchtrechter. In het algemeen vindt mevrouw Hollander dat het begeleiden van collega's bij nare uitkomsten of zware werklast een vast aandeel moet zijn van de ondersteuning op de werkvloer.

De zorgverlener moet er volgens mevrouw Hollander enigszins in slagen om de zaken los te laten. Zorgverleners stonden lang op een voetstuk, maar werden daar enige tijd geleden door de patiënten gedeeltelijk van afgegooid. Wanneer de zorgverlener zich verantwoordelijk stelt voor alles, inclusief de uitkomst van een ingreep, geeft hij zichzelf te veel verantwoordelijkheid: een hulpverlener is God niet. De hulpverlener is een beroepsbeoefenaar, verantwoordelijk voor het goed voorlichten van de patiënt, het stellen van de juiste diagnose, correct beoefenen van het vak, maar hij is niet verantwoordelijk voor de uitkomst. Dat kan ook niet. En slechte uitkomsten komen helaas voor. De hulpverlener is verantwoordelijk voor de eigen geleverde inspanning, de kwaliteit van de geleverde zorg, maar niet voor het noodlot en voor de genomen keuze van de patiënt. En dat is een belangrijk gegeven: men kan nooit de verantwoordelijkheid nemen voor de beslissingen van een wilsbekwame volwassene. Op dat vlak zijn de hulpverleners niet anders dan andere beroepsbeoefenaren.

Hoe moet het personeel omgaan met de gezinnen?

Die vraag vindt mevrouw Hollander «lastig». In het vakgebied van mevrouw Hollander verdwijnen de patiënten na ontslag na de bevalling doorgaans uit beeld. Ze komen na zes weken nog eens terug voor de nacontrole, maar daarna niet meer.

In Nederland is de structuur voor de opvolging van de bevalling anders dan in België:

– de kraamverzorgenden komen nog een week lang bij de gezinnen thuis;

– de eerstelijnsverloskundigen in de wijk komen ook nog de eerste week langs, en houden contact de eerste zes weken. Zij zien de mensen bij een volgende zwangerschap ook weer terug. De eerstelijnsverloskundigen hebben dus meer contact met de gezinnen dan de gynaecologen uit het ziekenhuis.

De andere levensfasen van de vrouwen, vanaf de eerste menstruatie tot aan de menopauze en daarna, vormen een gedeelte van het vak dat mevrouw Hollander al een tijdje niet meer beoefent, aangezien ze zich alleen heeft toegelegd op de verloskunde.

Toch wil ze er wel iets over kwijt. Als het over gezondheidsvragen gaat die specifiek zijn voor vrouwen, worden die vaak niet erg serieus genomen. Er is bijvoorbeeld nog steeds geen menstruatieverlof voor vrouwen die te kampen hebben met chronische problemen of pijn; er is ook geen regeling om de werklast aan te passen voor vrouwen in de overgang die bijvoorbeeld slecht slapen. Hetzelfde geldt voor anticonceptie: bijna alle anticonceptiemethodes vereisen een offer van de vrouw en hebben bijwerkingen.

Overal, in de kroeg, in de media, wordt er lacherig gedaan over vrouwenklachten.

Mevrouw Hollander stelt dat als de mannen zouden zwanger worden, dit soort situaties al veertig jaar geleden zouden zijn opgelost. Vrouwen worden minder *au sérieux* genomen in alle aspecten van hun vrouwengezondheid.

De juridische vertaling van een mogelijk conflict tussen de belangen van de moeder en die van het kind

Over dit thema heeft mevrouw Hollander een aantal artikels geschreven, die ze hier zal proberen samenvatten. Ze kan helaas niet spreken over de Belgische wetgeving; ze kent enkel de Nederlandse regelgeving.

In Nederland bestaat het kind juridisch gezien pas op het moment dat het geboren is: zolang het kind in het lichaam van de moeder zit, is het haar lichaam en beslist zij erover; dat kind is een deel daarvan. Een vrouw is niet minder wilsbekwaam dan een man met een tumor in zijn buik.

Uiteraard heeft het kind beschermwaardigheid, veel meer dan de tumor, want die wil je kwijt. Het kind heeft een ethische en morele en emotionele waarde, maar juridisch bestaat het nog niet. Dat wil niet zeggen dat je er zomaar van alles mee kunt doen. De wet regelt die beschermwaardigheid, en die reikt ver: in Nederland, in tegenstelling tot in België, mogen zwangerschappen bijvoorbeeld na vierentwintig weken niet meer beëindigd worden, ook niet bij kinderen met zeer ernstig aandoeningen.

Maar het is niet zo dat het kind al een zelfstandige juridische positie bekleedt als het zich nog in het lichaam van de moeder bevindt. Dat is ook logisch. Mevrouw Hollander geeft een denkvoorbeeld dat vaak aangehaald wordt in de medische ethiek. Als een moeder een ingreep gedwongen zou moeten ondergaan ten behoeve van de foetus die nog in haar buik zit, dan zou je haar lichamelijk geweld moeten aandoen, door haar buik open te snijden. Mevrouw Hollander verzekert dat dat een ernstige schade toebrengt aan de moeder: er worden zeven lagen in de buikwand doorsneden. Dat vergt een lang herstel en brengt bijkomende risico's mee voor volgende zwangerschappen.

Als je zoiets doet ten behoeve van de foetus zonder de toestemming van de moeder, is dat in wezen niet anders dan als men u als ouder van een kind dat een niertransplantatie nodig heeft, waarvoor u zelf niet bereid bent een nier af te staan, vastbindt en u die nier afpakt.

Het kind heeft dat immers nodig om te overleven. In Nederland is dat juridisch ontoelaatbaar, noch als het kind in de buik zit, noch als het kind al geboren is. De lichamelijke integriteit en autonomie van de wilsbekwame persoon gaat altijd boven die van een nog niet geboren kind, ook al is die beschermwaardig.

Mevrouw Hollander denkt echter dat dit soort situaties veel te veel uitvergroot worden.

Een trauma bij de vrouw vormt de meest voorkomende complicatie van de verloskunde. Tien tot twintig procent van de vrouwen gaan na hun bevalling ontzettend getraumatiseerd naar huis. Geen enkele andere complicatie komt zo vaak voor. In vergelijking daarmee zijn gevallen waarin een vrouw, een enkele keer, een ingreep weigert die levensreddend zou kunnen zijn voor haar baby, uiterst zeldzaam.

Mevrouw Hollander acht het dus volledig buiten proportie om een vrouw haar rechten af te nemen om dat te voorkomen. Het beleid moet er veel meer op inzetten goed te doen voor de grote groep. Mevrouw Hollander oefent haar beroep al meer dan twintig jaar uit. Ze biedt al zeven jaar een polikliniek voor vrouwen die ingaan tegen medisch advies. In al die tijd moet ze de eerste patiënte nog tegenkomen die er niets om geeft hoe het afloopt met haar baby. Bijna alle vrouwen hebben een veel groter belang bij een goede afloop dan de dokter die toevallig op dat moment voor hen zorgt.

Mevrouw Hollander vindt het verkeerd om te spreken over tegengestelde belangen tussen moeder en kind. Een moeder heeft ook belang bij een gezonde baby. Mevrouw Hollander herformuleert het probleem daarom. Het gaat om verschillende inzichten: een meningsverschil over wat op dat moment de juiste actie zou moeten zijn. Daarover kan en moet je met elkaar praten.

Als zorgverlener kan je informatie geven, counselen, en zelfs enigszins directief adviseren, maar de vrouw beslist. Om te voorkomen dat deze gesprekken zich te vaak op spoedeisende momenten aandienen, moet je als zorgverlener de patiënte kennen. Als je vermoedt dat er discussies kunnen ontstaan, is het belangrijk in de prenatale periode al zoveel mogelijk te bespreken: wat zijn de vooruitzichten, wat is de medische invalshoek,

wat is het standpunt van de vrouw, en waar heeft ze meer uitleg bij nodig? Met die aanpak kan je zeer veel problemen en schade voorkomen.

Mevrouw Hollander roept op om vooral niet aan de helft van de wereldbevolking hun rechten te ontzeggen in naam van een heel zeldzaam dilemma. Daarmee zal je immers geen baby's redden, maar wel moeders traumatiseren.

«Uithuisplaatsing» vindt mevrouw Hollander een misplaatste term voor een gedwongen keizersnede, want het huis van de baby is nog de baarmoeder. Voor het overige is het voldoende duidelijk dat dat geen toelaatbare optie vormt.

Mevrouw Groothedde verduidelijkt echter dat ze het heeft over de gedwongen uithuisplaatsing na de geboorte, en niet over de gedwongen keizersnede. Dat raakt volgens mevrouw Hollander aan de jeugdbescherming en de veiligheid in de thuissituatie. Zij is van oordeel dat die weinig te maken hebben met wat de vrouw tijdens de zwangerschap en de bevalling doet en beslist. Een rechter kan al tijdens de zwangerschap een verzoek tot uithuisplaatsing na de bevalling inwilligen, maar zowel het verzoek als de beslissing moeten uiteraard gemotiveerd zijn door overwegingen over de veiligheid van het kind na de bevalling, niet door het feit dat de vrouw niet akkoord gaat met het medisch beleid. Dat is een wezenlijk verschil.

Moeten de behandelingsprotocollen strikter worden?

De bestaande protocollen zijn volgens mevrouw Hollander streng genoeg. Ze is van oordeel dat strengere protocollen zowel voor vrouwen als voor zorgverleners de zaken enkel maar lastiger zullen maken. Het geeft vrouwen minder beslissingsruimte, en het maakt zorgverleners kwetsbaarder voor een klacht of een tuchtprocedure.

Protocollen zijn gemaakt om richting te geven aan het beleid, zodat er geen willekeur is in de zorg. Maar het zijn geen korsetten of dwangbuizen; het zijn richtlijnen, handvaten. Ze zijn zeker niet bindend en moeten dat volgens mevrouw Hollander ook niet zijn. Zij neemt de protocollen als een startpunt om het gesprek aan te gaan. Soms is het verstandig om ervan af te wijken, omdat de concrete casus niet helemaal overeenstemt met die van het protocol, of omdat een patiënte zelf, nadat ze alle informatie heeft gekregen, een andere afweging maakt.

Concreet bestaat er bij een stuitbevalling bijvoorbeeld een heel kleine kans op sterfte. Om één overlijden ten gevolge van dat risico te voorkomen, moet je 354 keizersneden uitvoeren. Een dokter zal wellicht zeggen dat hij daarom een keizersnede verkiest. Maar als het jouw buik is waarin die keizersnede moet gebeuren, mag jij daar anders over beslissen.

Is de angst voor de tuchtrechter gegrond?

Over het risico op tuchtprocedures wil mevrouw Hollander heel duidelijk zijn: ze heeft nog nooit meegemaakt dat een patiënte die zich gehoord voelde, naar de tuchtrechter is gestapt om haar zorgverlener aan te klagen, ook niet als het toevallig niet goed afliep.

Mevrouw Hollander denkt dat je als arts bang moet zijn voor de tuchtrechter als je niet naar haar luistert en haar wensen niet respecteert, bijvoorbeeld als je in een vrouw snijdt, of je vingers in haar stopt, terwijl ze «neen» roept.

Een vrouw kan en mag afwijken van een gegeven medisch advies, dat recht heeft ze. Als duidelijk wordt dat ze daarvoor kiest, is het belangrijk goed te documenteren dat het niet overeenstemt met het gegeven advies, en dat de vrouw weigert of zich beroept op haar autonomie. Uit de jurisprudentie blijkt dat een tuchtrechter, in Nederland althans, de klacht dan niet in behandeling zal nemen.

Welk vak men ook beoefent, angst voor de mening van collega's heeft men volgens mevrouw Hollander altijd. Sommige collega's zijn meer op jouw hand, andere collega's hebben een andere visie.

Mevrouw Hollander worstelt er persoonlijk ook mee. Ze wil uiteraard dat haar collega's haar een goede arts vinden en dat ze goed kunnen samenwerken, maar aan de andere kant is ze in de eerste plaats dokter van haar

patiënt, en dan pas collega van de collega's. De eed die ze heeft gezworen is om de patiënt te beschermen en te behandelen, niet om de collega's ter wille te zijn.

Om conflicten met de collega's te vermijden vindt mevrouw Hollander het belangrijk om moeilijke ervaringen niet onder de mat te vegen, maar om ze samen met het team te bespreken, en uit te leggen hoe en waarom je het zo aanpakt. Als dat niet vooraf kan, dan achteraf. De loyauteit van mevrouw Hollander ligt zeker ook bij de collega's, maar prioritair bij haar patiënt.

De gevolgen van een bevallingstrauma voor de vrouw zelf

Mevrouw Hollander vindt de vraag om de gevolgen van een trauma voor de vrouw wat uitvoerig te behandelde volkomen terecht. Wat duidelijk moge zijn is dat vrouwen veel last hebben van die trauma's, zeker als er geen diagnose of behandeling is geweest. Hoe hoger je scoort op de schaal van een PTSS, hoe meer last je hebt.

Mevrouw Hollander heeft vrouwen gesproken die zelfs niet meer voorbij het ziekenhuis willen fietsen, omdat ze dan *flashbacks* krijgen. Die 's nachts nog badend in het zweet wakker worden, meer dan twee jaar na de bevalling en opnieuw die gebeurtenissen voor zich zien. Ze heeft vrouwen behandeld die besloten om geen kind meer te krijgen. Sommige vrouwen die dat eerst besloten hadden, hebben uiteindelijk beslist toch weer zwanger te worden, maar dan enkel onder bepaalde voorwaarden: bijvoorbeeld met de belofte voor een keizersnede op verzoek – terwijl daar geen medische reden voor was – of juist voor een bevalling met veel minder medische toeters en bellen dan wat mevrouw Hollander zelf zou adviseren.

Mevrouw Hollander benadrukt dat het niet vervullen van je kinderwens, zeer ingrijpend is. Als ze mensen kan helpen om daar toch de juiste voorwaarden voor te creëren, dan doet ze dat graag, ook al is het medisch gezien misschien niet de eerste keuze.

Getuigt de uitspraak dat een bevalling een «*life event*» is van een «halfzachte» instelling? Die vraag wijst voor mevrouw Hollander op de eeuwig onderwaardering van de softe kant van het vak, die helaas, in 2022, nog steeds te veel voorkomt. Er wordt bijvoorbeeld ook nog steeds lacherig gedaan over psychiatrische aandoeningen, terwijl we al honderd jaar weten dat dat gewoon ziektes zijn die even erg zijn als lichamelijke aandoeningen.

Dat geldt ook hier: omdat het trauma in het hoofd zit, in plaats van zichtbaar, aan de buitenkant van het lichaam, wordt het minder serieus genomen. Mevrouw Hollander stelt dat een trauma in het hoofd na de bevalling in de meeste gevallen grotere gevolgen heeft dan iets aan de buitenkant van het lichaam, dat gecorrigeerd kan worden. Maar men kan het wel voorkomen. Het is niet meer van deze tijd om dat niet ernstig te nemen.

De rol van een bevalplan

Mevrouw Hollander weet dat er dokters zijn die denken dat een bevalplan enkel ellende en last met zich meebrengt. In het ziekenhuis in Nijmegen waar mevrouw Hollander werkt is daar een heel simpele oplossing voor gevonden: iedere zwangere vrouw heeft een bevalplan. Bij dertig weken krijgt ze van het ziekenhuis het verzoek om er één te schrijven. Daar haal je het stigma helemaal mee weg.

Wat erin staat kan heel erg variëren: van «ik wil graag meteen een ruggenprik en dan zie ik wel», tot zestien bladzijden. Een bevalplan aan iedereen adviseren en het met iedereen bespreken geeft je een kapstok om de wensen en gedachten op het spreekuur in een rustige context aan bod te laten komen, en geen aannames te doen, over en weer. Voor mevrouw Hollander zou dat even normaal moeten worden als de bloedafname bij de eerste consultatie van de zwangerschap.

Wie is de patiënt?

De wilsbekwame zwangere is uiteraard de patiënt. Bij een zwangerschap heeft de arts of vroedvrouw medisch gezien twee verschillende patiënten, en zij moeten voor allebei goed doen. Maar als het erom gaat wie de beslissingen mag nemen, is dat de wilsbekwame zwangere: dat is diegene die ja of neen mag zeggen.

Naar een herijking van de rol van de zorgverlener?

Artsen zijn als zorgverlener allemaal opgeleid om medische problemen op te lossen en ziektes te behandelen. In de 21e eeuw is dat echter niet meer wat van hen gevraagd wordt. De arts van deze tijd is een *coach*, mentor, begeleider. Zij is bezig met preventie, gezondheid en gezondheidsgedrag. Zij is niet meer diegene bij wie je het probleem voorlegt, en die het probleem oplost. Dat zit echter wel nog diep in het DNA van de zorg. Mevrouw Hollander pleit ervoor dat dit in de komende tijd echt moet veranderen. Zorg moet gaan van *cure* naar *care*, en van genezen naar preventie. Daar zal in de komende decennia de meeste gezondheidswinst geboekt kunnen worden.

Dat houdt ook in dat artsen niet de beslisser zijn, maar wel de adviseur en de raadgever. Als ze wel de beslisser proberen te zijn, en patiënten daardoor het gevoel hebben dat hun autonomie geschonden wordt, zijn die mensen niet verplicht om zorg te zoeken. In het Westen van Europa is goede zorg een recht. Maar we zijn niet verplicht om zorg af te nemen.

Als je de rechten van vrouwen niet respecteert, dan komen ze niet meer. Dan zijn ze «gewoon» zwanger en bevallen ze zonder dat er een zorgverlener bij betrokken is. Dat is dan ook de meest onwenselijke situatie, vanuit maatschappelijk oogpunt, vanuit medisch perspectief, en sociaal-emotioneel gezien voor de vrouw. Geen enkele vrouw doet dit graag allemaal alleen: daarvoor moet je al een enorm wantrouwen hebben tegenover de zorgverleners. Dat wantrouwen moeten we zien kwijt te raken.

Hoe kunnen we vrouwen het beste begeleiden na de bevalling?

Hoe kunnen we de problemen waarvoor een verloskundige of arts hulp kan bieden, het beste opsporen, zonder te stigmatiseren? Daar ziet mevrouw Hollander verschillende mogelijkheden voor.

Belangrijk is uiteraard dat de mensen die een sociale problematiek hebben, zoals een taalbarrière, schulden, of onvoldoende woonruimte, niet uit de boot vallen. Mevrouw Hollander beveelt een combinatie aan van screenen en proactief mensen opzoeken.

Het ziekenhuis in Nijmegen bijvoorbeeld belt iedereen die bevallen is, drie weken later op. De zorgverleners vragen hoe het gaat, en schatten in wat er nog nodig is: een nacontrole, een doorverwijzing naar de huisarts, enz. Wie dat nodig heeft, komt na zes weken op controle. De andere vrouwen gaan in principe naar hun eigen verloskundige, die ook de prenatale zorg heeft gedaan.

Deze aanpak bereikt niet iedereen. Als het ziekenhuis hen niet kan bereiken, zullen een aantal mensen bijvoorbeeld van de jeugdgezondheidszorg een huisbezoek krijgen. Dat klinkt een beetje als bemoeizorg, maar dat is eigen aan Nederland: uiteraard mag je de deur dicht laten, maar er wordt in alle geval aangeklopt.

Bedoeling is om ook de kwetsbare mensen zoveel mogelijk te bereiken. Mevrouw Hollander en haar team sporen vrouwen met wie het niet goed gaat proactief op.

Het enige wat niet goed geregeld is, is de traumabehandeling. Nederland heeft behandeltrajecten gedefinieerd voor depressie en voor PTSS. Via de huisarts kunnen vrouwen een doorverwijzing krijgen naar de eerstelijnsgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Maar vrouwen die een trauma hebben opgelopen, maar geen of onvoldoende symptomen van een post-traumatische stressstoornis vertonen, kunnen daar geen beroep op doen. Voor wie onder de drempels voor de diagnose PTSS valt, bestaat er geen regulier behandeltraject.

Mevrouw Hollander screent vrouwen die geen klinische diagnose «scoren», maar wel een dusdanige ziektelast, dat ze hulp nodig hebben, en stuurt hen zo nodig door voor een EMDR-behandeling. Ze heeft daar ook net een studie over uitgevoerd, die in de week van 14 maart wordt gepubliceerd.

Landelijk is dit soort situaties echter nog niet geregeld, en dat is iets waar Nederland zeker nog op kan verbeteren.

*

* *

IV. HOORZITTINGEN VAN 28 MAART 2022

– Mevrouw Pascale Gustin, psycholoog, lid van het bestuur van de dienst geestelijke gezondheidszorg «*Le chien vert*»;

– De heer Xavier Capelle, hoofdverloskundige, dienst gynaecologie en verloskunde van het *Centre hospitalier universitaire* (CHU) te Luik.

A. Uiteenzetting van mevrouw Pascale Gustin, «*Le chien vert*»

Bij wijze van inleiding licht mevrouw Gustin toe dat zij voorzitster is geweest van de Belgisch-Luxemburgse WAIMH (*World Association for Infant Mental Health*), een wereldwijd netwerk dat het geestelijk welzijn en de gezonde ontwikkeling van zuigelingen wereldwijd bevordert, rekening houdend met culturele, regionale en milieuverschillen, en dat wetenschappelijke kennis over dit onderwerp genereert en verspreidt.

Op basis van deze ervaring en haar werk als psychologe zal spreekster zich toespitsen op de geestelijke gezondheid van baby's en hun gezinnen wanneer ze worden getroffen door obstetrisch geweld. Dit geweld brengt een hoge menselijke en maatschappelijke tol met zich mee.

Spreekster werkt momenteel in de dienst geestelijke gezondheidszorg «*Le chien vert*», een ambulante dienst die buiten het ziekenhuis opereert en een erkenning heeft voor perinatale geestelijke gezondheidszorg.

Spreekster ontvangt in haar privépraktijk ook patiëntes uit de hele Franse Gemeenschap. Heel vaak komen deze patiëntes naar haar toe op advies van hetzij eerstelijnsdeskundigen, hetzij de naaste omgeving van de patiënte. De moeilijkheden die deze patiëntes in hun dagelijks leven ondervinden, hetzij in hun relatie met hun kind, hetzij met betrekking tot hun eigen geestelijke gezondheid of de beleving van hun lichaam en vrouwelijkheid, zetten hen ertoe aan op consultatie te komen.

Over het algemeen bevinden deze vrouwen zich reeds in de nasleep van de gebeurtenissen die ze hebben meegemaakt. Ze ervaren vaak een subjectief gevoel van dringendheid dat hen ertoe aanzet de muur van stilzwijgen en gebrek aan eigenwaarde te doorbreken en professionele hulp te zoeken. Deze behoefte wordt vaak aangevoeld wanneer het probleem rijst van de band met het kind dat is geboren na een problematische bevalling.

De leeftijd van de vrouwen die spreekster op consultatie ziet, varieert sterk. Men zou kunnen denken dat het vooral vrouwen in de perinatale fase betreft, maar de moeilijkheden duiken in zeer uiteenlopende tijdsbestekken weer op. Het komt zelfs voor dat oudere vrouwen dit hoofdstuk van hun leven willen heropenen omdat een gebeurtenis in hun relatie met hun volwassen kinderen opnieuw naar voren is gekomen, vooral wanneer hun dochters op hun beurt moeder zijn geworden. Het transgenerationele aspect van obstetrisch geweld is dus zeer opvallend in relatie tot bevallen en het doorgeven van leven.

Spreekster merkt op dat obstetrisch en gynaecologisch geweld het vitaliteitsproces van een persoon daadwerkelijk kan aantasten.

Steeds meer mensen spreken zich over dit onderwerp uit en er ontstaat wederzijdse hulp, met name dankzij gespecialiseerde verenigingen en discussieforums op het internet, enz. Tal van vrouwen in de preconceptionele fase komen op consultatie met zeer specifieke vragen over het onderwerp intergenerationele overdracht.

Bevallen is immers geen medische handeling. Het is veel meer dan dat, want het gaat er bovenal om een pasgeborene het leven te schenken en de banden tussen de vorige en de volgende generaties aan te halen, met uitdagingen op het gebied van loyaliteit en culturele overdracht, zowel in moederlijke als in vaderlijke lijn. Het is een beweging van het leven die, op het ogenblik van de bevalling, aanleiding geeft tot een unieke opname waarin het onvoorspelbare onder ogen moet worden gezien, zoals dat ook het geval is met de dood.

De problematiek van steun tijdens de bevalling is bijgevolg van essentieel belang. Ook de verantwoordelijkheid van een samenleving ten opzichte van het ongeboren kind komt hierbij aan de orde. Dood en geboorte zijn belangrijke indicatoren van de manier waarop een samenleving een omgeving, technische handelingen en rituelen creëert. Het is van cruciaal belang dat deze technische handelingen doordrongen zijn van menselijkheid en respect, zodat niemand wordt beroofd van zijn eigen geschiedenis. Een geboorte blijft een unieke ervaring en mag geen abstract bandwerk worden.

Voorts is het aspect van kwetsbaarheid ook zeer belangrijk in de perinatale periode, die ruwweg loopt van de kinderwens tot het einde van het eerste levensjaar van het kind. Tijdens de zwangerschap bevindt de vrouw zich in een bijzondere psychologische toestand. Ze verkeert in een positie van kwetsbaarheid, waarin haar psychologische weerstand afneemt. De gebeurtenissen die zich tijdens de zwangerschap voordoen, hebben dus een grote impact op de vrouw. Deze positie van kwetsbaarheid impliceert ook een verhoogde gevoeligheid die haar in staat zal stellen haar kind te verwelkomen, dat geboren wordt in een toestand van neotenie en totale afhankelijkheid van zijn omgeving. Daarom is een kwaliteitsvolle omgeving tijdens deze zeer bijzondere periode uiterst belangrijk.

Tijdens de pandemie nam de ongerustheid onder vrouwen toe door het verlies van de kwaliteit van hun omgeving en slechts weinigen hadden toegang tot kwalitatieve zorgnetwerken. Uit een onderzoek van de geslachts- en leeftijdspiramide blijkt dat voornamelijk vrouwen op vruchtbare leeftijd door angstverschijnselen zijn getroffen.

Preventieve zorg voor vrouwen en koppels in de prenatale periode en tijdens de zwangerschap is ook rendabel, aangezien hierdoor hun capaciteiten om voor hun baby te zorgen toenemen, doordat ze weerbaarder worden gemaakt tegen kwetsbaarheid.

Wanneer deze kwaliteitsomgeving tijdens de zwangerschap ontbreekt, kan dit – zelfs ongemerkt – bij de patient gevoelens van opstandigheid en woede of zelfs depressie veroorzaken. Soms ervaren vrouwen zelfs een gevoel van uittreding uit het lichaam, typisch voor posttraumatische stress, waarbij de schok zo groot is dat men niet meer helder kan denken. Deze traumatische ervaring wordt in de psyche ingebed, alleen schijnbaar vergeten, om bij de volgende zwangerschap weer op te duiken in de vorm van zware angststoornissen.

Bovendien wordt ook de geestelijke gezondheid van de baby aangetast door obstetrisch of gynaecologisch geweld. Er bestaat een fundamentele zintuiglijke band tussen een moeder en haar baby die zowel kwetsbaar als sterk is, en dit kan zelfs worden waargenomen bij zeer premature baby's. Als de moeder alle gevoel van eigenwaarde heeft verloren en gevoelens van schuld of schaamte ervaart over de «mislukking» van de geboorte van haar baby, bestaat het risico van onthechting tussen de moeder en het kind. De vader of een ander familielid zal het dan overnemen, met als gevolg dat de gevoelens van ongeschiktheid bij de moeder nog toenemen. Baby's hebben een sterke neurobiologische gevoeligheid voor stress van de moeder en de omringende sfeer. De onthechting van de moeder heeft gevolgen voor zowel de zintuiglijke en motorische ervaringen als de cognitieve ontwikkeling van het kind. Daarom vindt spreekster dat ouders al in het eerste levensjaar van het kind moeten worden ondersteund, zoals bijvoorbeeld in Frankrijk gebeurt via het project «*Les premiers 1 000 jours, où tout commence*» (74).

Op dit moment verloopt de begeleiding van patiëntes die het moeilijk hebben moeizaam. Toch is ze essentieel. De subtiele signalen van deze vrouwen of van hun baby's, die ook depressieve symptomen kunnen vertonen, moeten kunnen worden opgepikt.

Spreekster pleit dan ook voor toegewijde en geïndividualiseerde prenatale begeleiding van de patiëntes, met respectvolle ondersteuningsnetwerken. Uiteindelijk weten de prenatale artsen maar zeer weinig over hun patientes: hebben ze bijvoorbeeld een traumatisch verleden of geweld meegemaakt dat in de perinatale periode tot uiting kan komen? Voor dergelijke ondersteuning zijn echter financiële en menselijke middelen nodig. Momenteel verschillen de mogelijkheden om toegang te krijgen tot ouderschapsondersteuning geografisch zeer sterk van het ene Gewest tot het andere. Het verband tussen perinatale zorg en geestelijke gezondheid wordt nog steeds te weinig gelegd, met als gevolg dat alleen vrouwen van een bepaald sociaal niveau de middelen hebben om de hulp te vinden die ze nodig hebben. Veel andere noodlijdende vrouwen, die «onzichtbaar» zijn, blijven helaas onder de radar.

Spreekster gaat vervolgens in op de ervaringen van de zorgverleners. Ze ontmoet immers ook zorgverleners die geschrokken zijn van de onaangepaste zorg waarvan ze getuige zijn geweest of van het obstetrisch geweld waaraan ze noodgedwongen hebben moeten meewerken of dat ze niet hebben kunnen voorkomen. Het lijden dat vrouwen wordt aangedaan, treft dus ook de zorgverleners.

Zij zijn ook blootgesteld aan geweld van een andere aard: de toenemende snelheid van de zorg, het toenemende belang van gemedicaliseerde praktijken en technologie, de versnippering van de zorg en de piramidestructuur

(74) *https://www.vie-publique.fr/rapport/276114-les-1000-premiers-jours-la-ou-tout-commence.*

van de ziekenhuizen. Veel zorgverleners zeggen ook dat ze bang zijn om bepaalde medische handelingen aan de kaak te stellen.

B. Uiteenzetting van de heer Xavier Capelle, dienst gynaecologie en verloskunde van het CHU te Luik

De heer Capelle wil een iets ander licht werpen op obstetrisch geweld dan het beeld dat wordt geschetst in een bepaald militant en mediadiscours. Hij stelt vast dat er in de professionele wereld heel wat spanningen zijn over dit onderwerp, maar ook tussen de verzorgers en de verzorgden. Hij zou dan ook willen bijdragen tot een serenere situatie.

Zijn uiteenzetting is opgebouwd uit drie elementen:

– een analyse van de inhoud van het discours in de media en de gevolgen ervan voor het probleem van obstetrisch geweld;

– in het tweede deel wordt obstetrisch geweld vanuit een ander perspectief bekeken;

– in het derde deel zal worden getracht een verzoenende aanpak en preventiemiddelen voor te stellen.

Sinds 2017 maakt het *CHU de Liège* zijn personeel bewust van obstetrisch geweld, wat overeenkomt met het moment waarop het fenomeen in de media begon te komen, met name in Frankrijk. Het gaat er hier niet om de realiteit van het verschijnsel in twijfel te trekken, noch het lijden van de patiëntes die er het slachtoffer van zijn, zoals blijkt uit de enquête die is uitgevoerd door het *Plateforme pour une naissance respectée.*

De spanningen rond dit verschijnsel worden evenwel verergerd door het discours in de media. Zo luidde een titel in de krant *Libération* «*Gaffe au con*», met het beeld van een vrouw die met beide handen haar naaktheid poogt te verbergen. In België publiceerde *Le Vif* op de voorpagina de foto van een verbouwereerde gynaecoloog die achteloos op zijn patiënte heeft plaatsgenomen. Hij draagt een muts en een schort die veeleer aan een slagerij in een supermarkt doen denken dan aan een dokterskabinet en kijkt vertwijfeld tussen de benen van zijn patiënte, waarschijnlijk omdat de titel van het weekblad hem wakker heeft geschud: «*Docteur, les femmes c'est pas du bétail!*» (Dokter, vrouwen zijn geen vee!).

Het beeld dat in de pers wordt geschetst, is dus niet erg fraai. Het discours is ongenuanceerd, accentueert de polarisering en versterkt de conflicten tussen de diverse protagonisten.

Hetzelfde geldt voor het militante discours, waar het mediadiscours ook inspiratie uit put. Op de blog van Marie-Hélène Lahaye (75), met bewoordingen en illustraties in dezelfde zin, kan men lezen: «De bevalling op zich als gewelddadig beschouwen, getuigt van een totale miskenning van de fysiologische processen van de bevalling en van een van genderstereotypen doordrongen visie die de artsen projecteren op de bevallende vrouw.»

De heer Capelle beklemtoont de gevolgen die dergelijke bewoordingen kunnen hebben. Op de blog van mevrouw Lahaye of in militante boeken en uiteenzettingen in het algemeen wordt een allegaartje gemaakt door het zonder onderscheid samenbrengen van verhalen en beschrijvingen van toestanden. Er is ook sprake van artsen die vrouwen misbruiken of verkrachten. Dat bestaat uiteraard, maar men mag er geen allegaartje van maken.

Mevrouw Lahaye heeft een zeer uitgesproken mening over de geneeskundige praktijken en de wetenschappelijke grondslag van de verloskunde. Hij citeert haar nog een keer: «De risico's op overlijden in het kraambed berusten eveneens op waanbeelden, zoals dat van de kerngezonde vrouw wier zwangerschap uitstekend verlopen is, en die de geboorte van haar kind plots in een gruwel ziet veranderen, terwijl daar geen enkel voorteken van was.»

Wanneer men historisch en geografisch wat afstand neemt, en denkt aan de nog dagelijks voorkomende ramp van de moedersterfte, beseft men dat dit schandalige en gevaarlijke woorden zijn. Het is een botte verwerping van de wetenschappelijke feiten, die de actuele strategieën inzake reproductieve gezondheid ondersteunen. Strategieën die nochtans de wereldwijde toestand sinds amper een tiental jaren merkelijk verbeterd hebben. Pas sedert de Tweede Wereldoorlog is er aandacht voor de catastrofale omvang van de wereldwijde moeder-

(75) *https://marieaccouchela.net/.*

en kindersterfte. Spreker wijst erop dat er nog steeds elk jaar meer dan 300 000 vrouwen en 2 600 000 pasgeboren kinderen overlijden als gevolg van verloskundige verwikkelingen, die men met aangepaste en geschikte zorg gemakkelijk kan voorkomen. Elke twee minuten sterft een vrouw aan de verwikkelingen rond zwangerschap en bevalling. We weten dat 99 % van die overlijdens plaatsvindt in landen met weinig middelen en dat van de veertig landen die door die hoge sterfte getroffen worden, er zich zesendertig in Afrika bezuiden de Sahara bevinden. Moedersterfte blijft vandaag in die landen de tweede doodsoorzaak voor vrouwen. Het leven is er zeker geen sprookje.

De heer Capelle projecteert in vergadering een grafiek getiteld «*Extent of maternal mortality, morbidity, and disabilities*». Wanneer men de grafiek bekijkt, dan geeft het rechthoekje helemaal links de moedersterfte weer. Voor de jaren 2000 bedroeg ze nog 600 000 doden per jaar in de wereld. Aan de rechterkant van de grafiek geeft de figuur weer dat voor elke vrouw die sterft, er 40 langetermijngevolgen blijven dragen, met als belangrijkste de vesico-vaginale fistels.

Spreker vraagt zich dan ook af op welke kennis mevrouw Lahaye zich beroept en nodigt haar uit om hier en elders eens de verloskwartieren te bezoeken en zich in de obstetrische werkelijkheid onder te dompelen, eens de traumatische ervaring mee te maken van een zware post-partumbloeding, die zich onaangekondigd, werkelijk als een donderslag bij heldere hemel voordoet. Hij spoort haar ook aan de ervaring van de soms machteloze en hulpeloze zorgverstrekker te delen, wanneer hij niet de middelen heeft om in te grijpen. Ten slotte verzoekt hij haar te luisteren naar de verhalen van de overlevenden, die bij een spoedeisende overbrenging de dood voor ogen hebben gezien of naar dat van hun partner, die er de bange en machteloze getuige van was en die door het geweld van het gebeuren een trauma voor het leven heeft opgelopen.

Bij het lezen van de volgende regel «de risico's op overlijden in het kraambed berusten eveneens op waanbeelden», op de blog van mevrouw Lahaye, krijgen de gezondheidswerkers een echte emotionele schok. Met verbijstering en woede denken ze terug aan professionele situaties die ze hebben meegemaakt en die hen brutaal hebben geconfronteerd met dramatische ervaringen die door niets werden aangekondigd. In de ogen van de heer Capelle is het onbetamelijk en misdadig die realiteit zo lichtzinnig te negeren. Door het intrinsieke geweld en de trauma's die inherent zijn aan het organisch en psychisch proces van het moederschap en de bevalling te ontkennen, maakt het militante discours een lachertje van recente en moeizaam verworven overwinningen.

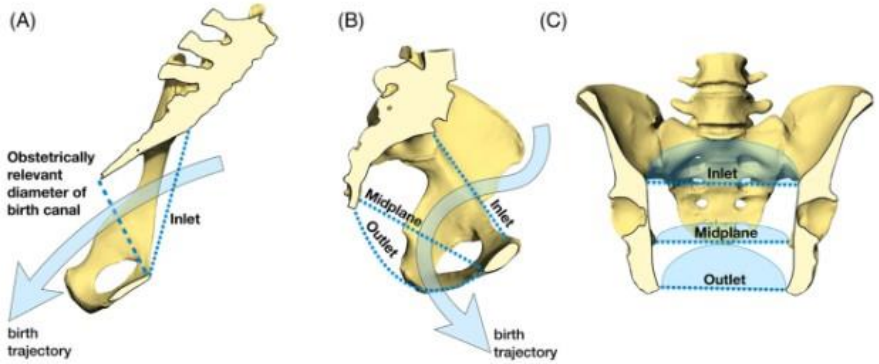
Als we voortlezen op die blog blijft de toon dezelfde. De titel van het hoofdstuk van het boek «*Accouchement, les femmes méritent mieux*» (Bevalling: vrouwen verdienen beter) is dezelfde als die van de blogpagina van mevrouw Lahaye: «*Quand les femmes enceintes sont moins respectées que les guenons*» (Wanneer zwangere vrouwen minder gerespecteerd worden dan apinnen). De heer Capelle betreurt dat de auteur er niet voor terugdeinst om haar stellingen te staven met zoölogische analyses; van de wijfjesgiraf over de wijfjesolifant tot de apin. Men kan op de blog zeer mooie video's zien van de geboorte van giraffenkalfjes, olifantenkalfjes of van kleine gorilla's. Voor de juriste, die zich baseert op de diergeneeskunde, is het parool duidelijk: «Men raakt niet aan een wijfje dat jongt, of men dreigt het werpen te verstoren. Waarom past men dezelfde principes niet toe voor vrouwen, die toch ook zoogdieren zijn? Het antwoord op die vraag brengt de stelsels van geloof, dogma's en bijgeloof aan het licht, waarop de verloskunde gebouwd is.»

De heer Capelle verklaart dat de auteur in het volgende hoofdstuk de menselijke specificiteit van de bevalling volledig ontkent, en dan vooral de mechanische dystokie die veroorzaakt wordt door de ontwikkeling van het menselijk brein. En mevrouw Lahaye besluit haar hoofdstuk: «In het begin van de 20e eeuw wordt het tijd dat de verloskunde haar seksistische dogma's en racistisch geloof laat varen, om zich bij de wetenschap aan te sluiten. Het beroep van de verloskundigen en de vroedvrouwen moet bijgevolg volledig worden herzien, te beginnen bij hun opleiding, bijvoorbeeld door de training in ziekenhuizen in vaginaal toucheren, dat even overbodig als indringend is, te vervangen door het observeren van zoogdieren tijdens een stage in een zoo.»

Hier beëindigt spreker zijn commentaar op de blog en het boek van mevrouw Lahaye. Hij wou aantonen welke nefaste gevolgen dat discours kan hebben, zowel voor het gezondheidspersoneel als voor de bevallende vrouwen. Hij voegt eraan tot dat de fylogenie ons zo heeft gebouwd als we vandaag zijn. En de rechtopstaande houding, het relatief smalle bekken en het buitengewone volume dat onze hersenen gedurende een gezamenlijk proces van hersenvorming en hominisatie gekregen hebben, maakten de bevalling voor de vrouwen tot een passage waarbij het leven al te vaak eerst met de dood moest worden bekocht. Antropologen en psychiaters wijzen ons erop dat die realiteit sinds mensenheugenis spookt door de psyche van vrouwen die moeder gaan worden.

De heer Capelle verklaart dat het dierlijk model als obstetrisch ideaal voor de menselijke soort vooropstellen op het gebied van de obstetrische mechanica, *ex absurdo* aantoont dat het model van mevrouw Lahaye niet werkt. Op het moment van de geboorte is het gewicht van een baby en dat van een geitenlam met ongeveer 3,500 kilogram vergelijkbaar. De hersenen van de baby wegen tussen 350 en 400 gram en die van het geitenlam, waarvan de moeder nooit de kwelling van de dystokie zal kennen, amper een veertigtal gram. Die gegevens, die al decennia gekend zijn en die niets te maken hebben met de waanvoorstelling van een patriarchale samenleving, zijn verantwoordelijk voor de hoge tol die al te veel vrouwen en pasgeborenen vandaag nog betalen.

De obstructieve arbeid is karakteristiek voor de bevalling van de mens en hij verschilt hierin van de andere zoogdieren en primaten. Hij is hoofdzakelijk gerelateerd aan de disproportie tussen het hoofdje van de foetus en het bekken van de moeder, en treft momenteel nog 1 300 000 vrouwen die zich voor de bevalling aandienen. Vrouwen die dan geen keizersnede kunnen krijgen, wacht de calvarie van een lange, uitputtende arbeid van verscheidene dagen, die systematisch dramatisch afloopt met de neonatale dood. In een aantal gevallen sterft ook de moeder en vrouwen die het wel overleven, kunnen getroffen worden door langetermijngevolgen, zoals de vesico-vaginale fistel. De heer Capelle projecteert een beeld van het bekken van een mens en van een grote aap, om te tonen hoezeer de bevalling van beide soorten, die nochtans heel verwant zijn, verschilt. Het beeld in het midden is dat van het menselijk bekken en toont dat het traject van de geboorte gecompliceerd is en niet recht, met bekkenopeningen die steeds nauwer worden en met een eierstokopening die niet meer in het verlengde ligt, met spieren die de bekkenbodem ondersteunen en die eveneens een niet te verwaarlozen obstakel zijn.



In tegenstelling tot dieren, heeft de mens begeleiding nodig bij de geboorte. Zij wordt als gevaarlijk ervaren en veroorzaakt angst en bezorgdheid. Ze gaat gepaard met culturele gewoontes en rituelen en wordt een sociale handeling. Geboorte is een belangrijk antropologisch verschijnsel dat, net als het verbod op incest, de overgang van natuur naar cultuur inluidt. Zoals Drina Candilis-Huisman, psychiater en perinatale psychoanalytica, opmerkt, vormt de bevalling in het leven van een vrouw een soort ervaring van een naderend levenseinde, vanwege het somatische geweld dat ermee gepaard gaat. De dood is dan niet slechts een hersenschim. De dood is bij een bevalling nog steeds een belangrijke antropologische realiteit. Een Afrikaans spreekwoord zegt: een vrouw die bevalt, staat met één voet op de grond en met de andere in het graf. In die omstandigheden kan het huidige militante discours over obstetrisch geweld en het gebruik van naturalistische modellen ook worden opgevat als een middel om de zeer beangstigende situatie van de bevalling onder controle te houden, in een ideologie waarbij het lichaam van de vrouw wordt gezien als een middel om onderworpen te worden aan de mannelijke macht. Ter afsluiting van dit tweede deel benadrukt spreker dat het militante discours tekenen vertoont van radicalisering waarbij de werkelijkheid voorgesteld wordt als een onverzoenlijke tegenstelling waarin de hoofdrolspelers rug-aan-rug komen te staan. Aan de ene kant is er spanning bij de zorgverleners en aan de andere kant bij de bevallende vrouwen die vasthouden aan een geïdealiseerde en geruststellende maar valse voorstelling van de bevalling. Om uit die spanningsboog te geraken, is een andere visie nodig, want zoals Camus zei: «*Mal nommer les choses c'est ajouter au malheur du monde*» (De realiteit slecht benoemen, is bijdragen tot de ellende in de wereld).

De term obstetrisch geweld impliceert noodgedwongen die van «geweldpleger». Zonder de medische verantwoordelijkheid te ontkennen, wil de heer Capelle het probleem veeleer benaderen vanuit het standpunt van de

patiënte en haar traumatische ervaring, waarbij hij het moederschap als een unieke ervaring beschouwt, net als de bijzonderheden van het beroep van verloskundige en vroedvrouw, en het standpunt van de antropologie en de psychopathologie van de perinataliteit.

In de eerste plaats moeten de getuigenissen van deze vrouwen en hun lijden ernstig worden genomen. Het CHU van Luik vertrekt vanuit debriefingen en getuigenissen. Deze debriefingen zijn bijeenkomsten van zorgverleners en patiëntes die worden georganiseerd wanneer er iets is misgelopen en waarbij veel kan worden bijgeleerd over het lijden van deze patiëntes. De volgende situaties worden systematisch besproken: de gehaaste arts van wacht, die men niet kent, en die zich niet voorstelt; de noodbevalling die midden in de nacht wordt uitgevoerd of de episiotomie die zonder voorafgaande uitleg wordt uitgevoerd. Er wordt ook gesproken over de noodsituaties, de onmiddellijke postnatale bloeding, het inwendige onderzoek van de baarmoeder, dat noodzakelijk is maar soms zonder verdoving gebeurt, de scheiding van moeder en kind zodra het geboren is, of erger nog, de scheiding van het koppel, de angst van de vader die zijn vrouw naar de operatiezaal ziet vertrekken. Uit deze getuigenissen blijkt duidelijk de realiteit van een traumatische ervaring en de discrepantie tussen het standpunt van de patiënt en van de zorgverlener.

De heer Capelle vraagt zich af waarom de obstetrische gynaecologie op het beklaagdenbankje zit. Is er een bijzonder agressieve, respectloze, minachtende behandeling die alleen is voorbehouden aan vrouwen in de verloskamer of in de praktijk van de gynaecoloog? Er zijn toch ook andere medische specialisaties die even intrusief zijn, die intiem of seksueel van aard zijn, zoals gastro-enterologie en urologie. Maar die worden niet geconfronteerd met dergelijke beschuldigingen. Er moet dus ook rekening worden gehouden met de specifieke aard van het beroep. Zelfs in een routinesituatie lijken bepaalde handelingen banaal, maar ze vormen een inbreuk op de intimiteit, wat min of meer als traumatisch kan worden ervaren, afhankelijk van levenservaringen die de zorgverlener niet noodzakelijk kent. Een verloskundige noodsituatie, die vaak levensbedreigend is, gaat gepaard met handelingen van een vanzelfsprekend geweld, waartegen zorgverleners noodzakelijkerwijs immuun zijn. De zorgverlener bezit dus een beschermings- en onthechtingsmechanisme dat hem in staat stelt efficiënt en operationeel op te treden.

In een beroemde tekst «*L'anthropologie structurale*» analyseert Claude Lévi-Strauss de mechanismen van de symbolische doeltreffendheid, met andere woorden, de inductieve eigenschappen van het denken op het organisch proces. In de context van obstetrisch geweld, of van een traumatische ervaring van een bevalling, leek deze tekst voor spreker om verschillende redenen interessant. Het gaat over zwangerschap, als een bijzondere vorm van een psychosomatische articulatie. Dit komt krachtig tot uiting in heel wat omstandigheden, waarvan zwangerschapsontkenning ongetwijfeld de meest spectaculaire is. Vervolgens wordt gewezen op het belang van een gedeelde voorstelling van gebeurtenissen tussen de zorgverleners en de patiënt, als een middel voor therapeutische doeltreffendheid. Deze tekst beschrijft hoe aanhoudend sjamanistisch gezang een moeilijke bevalling kan oplossen. Voor Lévi-Strauss ligt de genezing in het denkbaar, samenhangend, aanvaardbaar en bespreekbaar maken van wat voor de patiënt een willekeurige, onuitsprekelijke en ondraaglijke ervaring was. De hypothese van Lévi-Strauss is dat de sjamanistische genezing een fysiologisch proces deblokkeert. Door ons verklaringen aan te reiken over de doeltreffendheid van de sjamanistische genezing, wijst Lévi-Strauss ook op het belang van een gedeelde voorstelling van gebeurtenissen in een therapeutische relatie. Terwijl het fenomeen van obstetrisch geweld het misverstand, de hiaat en de betekenisloosheid benadrukt en versterkt.

Gelet op die verschillende elementen wil de heer Capelle de term obstetrisch geweld beschouwen als een geheel van omstandigheden met als gemeenschappelijk punt een traumatische ervaring bij een professionele behandeling van de zwangerschap en de bevalling. Verschillende mechanismen kunnen leiden tot een traumatische situatie of ervaring, maar deze moeten gezien worden in de specifieke complexiteit van de bevalling en de zwangerschap. Obstetrisch geweld dat verband houdt met niet-conforme praktijken, met gewelddadige woorden of handelingen zijn dan slechts bijzondere vormen van een multi-causale traumatische ervaring.

Tot slot wijst het militante discours tegen obstetrisch geweld het paternalisme en machisme aan als hoofdoorzaken van de trauma's waarvan sommige vrouwen het slachtoffer zijn bij hun bevalling. Daardoor worden het intrinsieke geweld en de trauma's die verband houden met het organische en psychische proces van de zwangerschap en de bevalling ontkend. Daardoor gaat een groot deel van de complexiteit van het debat verloren, omdat de zorgverlener en de verzorgde tegenover elkaar komen te staan met hun wederzijdse wonden. Zonder bepaalde medische handelingen te willen vrijpleiten, acht de heer Capelle het nuttig om het probleem van het obstetrisch geweld in een ruimere context te zien. Daardoor worden het lijden van de patiënt, de middelen voor preventie en behandeling herbekeken binnen de specifieke complexiteit van het «toekomstige moederschap».

De uitdaging van de huidige verloskunde in onze samenleving is tegemoetkomen aan de verwachtingen van de patiëntes, waarbij veiligheid en goede medische praktijken worden geëerbiedigd.

C. Gedachtewisseling

Mevrouw Masai betreurt dat de heer Capelle zijn spreektijd tijdens de hoorzitting vooral heeft aangewend om een aantal ergernissen over het militante discours en het discours in de media aan te halen, want dit strookt niet echt met de doelstellingen van de werkzaamheden van het comité die erop gericht zijn constructief aanbevelingen te formuleren en oplossingen aan te reiken. Spreekster richt zich tot mevrouw Gustin die wees op de kwetsbare status van de vrouw tijdens haar zwangerschap. Dit laat spreekster niet onberoerd en ze vraagt of die kwetsbaarheid gebruikt wordt als argument tegen het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw.

Mevrouw Gustin geeft aan dat die kwetsbaarheid niet begrepen moet worden als onbekwaamheid. Die extreme kwetsbaarheid moet gezien worden als een activator van empathie. Zich door iemand laten raken op een emotionele en intelligente manier is een factor die zal bijdragen tot het moederschapsgevoel, maar ook tot het vaderschapsgevoel, namelijk het vermogen om passend en adequaat de bewegingen en de vraag om hulp van de baby zo nauw mogelijk te volgen en de baby niet aan zijn lot over te laten. Die kwetsbaarheid vormt ook een voedingsbodem voor de angst voor de dood en dwingt de betrokkene het hoofd te bieden aan het onvoorziene. Om te kunnen zorgen voor een pasgeborene, moet men zich emotioneel veilig voelen. Daarom is een kwaliteitsvolle omgeving belangrijk: om empathie te voelen voor de baby en in zichzelf de middelen te vinden om de baby te begrijpen en zo juist mogelijk te handelen, moet men zich affectief en emotioneel veilig voelen, waarbij men moet kunnen rekenen op zijn omgeving. Die kwetsbaarheid is geen gebrek, maar een kwaliteit. In die zin is het een pleidooi voor zelfbeschikkingsrecht.

Mevrouw Durenne stelt een vraag aan mevrouw Gustin over psychologische stoornissen. Zij vraagt zich af of er in de loop der tijd een evolutie is vastgesteld met betrekking tot de stoornissen of de mensen die daaraan lijden.

Mevrouw Durenne wil ook weten hoe de heer Capelle geweld bestreden heeft in zijn dienst en welke initiatieven er genomen zijn. In tien jaar is het aantal episiotomieën in de afdeling gynaecologie-verloskunde van het CHU Luik gedaald van 50 % naar 17 %, en het aandeel keizersneden ligt er rond de 20 %. Zij vraagt zich af hoe het CHU een dergelijk resultaat heeft bereikt en welke moeilijkheden en tegenkantingen er daarbij zijn gerezen. Mevrouw Durenne stelt zich vragen over de opleiding van de studenten aan het CHU Luik en over het belang dat er gehecht wordt aan de relatie tussen de gynaecoloog en de patiëntes.

Mevrouw Ryckmans vraagt de sprekers hoe ouders geholpen kunnen worden om geïnformeerde keuzes te maken en hoe er rekening kan worden gehouden met hun instemming. Omdat het comité in hoofdzaak positieve praktijken wil verbeteren, wil zij weten hoe de debriefingen en de lessen vervolgens hun weg vinden in de toepassing van de praktijken rond de bevalling.

De heer Capelle legt uit dat debriefingen aanvankelijk georganiseerd werden op vraag van de bemiddelingsdienst, maar dat zij uitgebreid werden tot iedere moeilijke situatie. Dankzij een debriefing kan men vaststellen welke verschillende voorstellingen en misverstanden er zijn kunnen ontstaan in een situatie die heel anders beleefd werd door zorgverleners en patiëntes en tussen zorgverleners onderling. Zo kunnen zorgverleners die op de achtergrond staan soms beter de gewelddadige aard van bepaalde handelingen opmerken dan de zorgverleners in actie, die zich daar niet van bewust zijn omdat zij zich concentreren op efficiënt handelen. Zo werden er potentieel kwetsende uitspraken gerapporteerd tijdens debriefingen, en heeft men gemerkt dat men sommige woorden beter niet meer gebruikt. Op voorwaarde dat zij systematisch plaatsvinden en dat men de besluiten ervan toepast, kunnen debriefingen een bron van knowhow en gedragscodes vormen voor de toekomst. Dit kan zorgverleners en patiëntes helpen om zeer uiteenlopende voorstellingen van eenzelfde gebeurtenis met elkaar te verzoenen. Daarom verwees de heer Capelle tijdens zijn uiteenzetting naar Claude Levi-Strauss en naar het militante discours, omdat dit discours de kloof tussen de voorstellingen van zorgverleners en patiëntes uitvergroot. Hij benadrukt hierbij dat hij noch het obstetrisch geweld, noch het lijden van de vrouwen die er het slachtoffer van zijn, wil minimaliseren.

Mevrouw Gustin voegt hieraan toe dat een debriefing de gelegenheid biedt om te vergaderen en om vanuit verschillende invalshoeken te durven spreken over wat er gebeurd is. Er moet een goede verstandhouding en een veilig gevoel heersen binnen de teams om deze vergaderingen te doen uitmonden in een gedachtewisseling.

Het doel is om lessen te trekken uit wat niet goed verlopen is en psychopathologische gevolgen heeft gehad. Het is dan ook belangrijk om na te gaan hoe men de gepaste omstandigheden kan scheppen om te voorkomen dat dit soort situatie zich herhaalt. Het is dus van fundamenteel belang dat er ruimte wordt gecreëerd voor discussie tussen zorgverleners en met de patiëntes. De kwestie van de transversale opleiding binnen de diensten wordt hier essentieel. De sfeer binnen de dienst, die de verantwoordelijken kunnen bevorderen, moet de muur van stilte kunnen doorbreken om op een professionele manier problematische situaties te bespreken. De getraumatiseerde patiënte begeleiden, haar in een veilige omgeving plaatsen waar zij vrij kan spreken en omgaan met de zorgverleners, zal haar in staat stellen om de psychische en relationele banden met de medische wereld weer aan te halen. Het is immers een hele uitdaging om de wereld van de verloskunde en de perinataliteit te verbinden met de wereld van de geestelijke gezondheid, want de kloof is groot. Gelet op het aantal pre- en postnatale depressies, die te weinig gediagnosticeerd worden, is het belangrijk om een transversale kijk te ontwikkelen via opleidingen en op basis van getuigenissen.

Het geïnformatiseerde patiëntendossier opent de discussie over de instemming. De militanten, verenigingen en vrouwen die problemen aanklagen, brengen ons in de war omdat zij ons vragen om een wereld in verandering te herbekijken, ten gunste van iedereen. De rentabiliteit- en snelheidsvereisten die wegen op de teams in de ziekenhuizen zijn een rem op mogelijke veranderingen en beletten dat er tijd vrijkomt voor menselijke relaties. Het is trouwens een probleem dat zo weinig vrouwen toegang hebben tot goede geestelijke gezondheidszorg: zelfmoord is de belangrijkste doodsoorzaak bij vrouwen tussen de eerste zes weken en het eerste jaar na de geboorte. Het is belangrijk om gedachtewisselingen te organiseren tussen geestelijke gezondheidszorgverleners, patiëntes en (neonatale) clinici om depressies en de impact ervan op de ontwikkeling van de baby's en het gezinsleven te voorkomen. Tot slot herinnert mevrouw Gustin eraan dat obstetrisch geweld tegen vrouwen ook gevolgen heeft voor de gezondheid van hun kinderen en voor het evenwicht binnen het koppel en het gezin.

Mevrouw Gahouchi dankt de sprekers van harte voor hun nuttige antwoorden en bijdragen.

<u>Na de hoorzitting bezorgt de heer Capelle een schriftelijk antwoord op de vragen van de leden van het adviescomité:</u>

1. Wat kan men zeggen over de oorzaken en de oorsprong van het gynaecologisch en obstetrisch geweld (GOG)?
2. Heeft GOG gevolgen voor de vrouwen, voor de pasgeborene en de toekomstige ontwikkeling van het kind, voor het koppel, het gezin, het zorgpersoneel? Welke?
3. Hoe worden deze gevolgen aangepakt?
4. Welke mechanismen of hefbomen kunnen worden gebruikt om GOG en de gevolgen ervan voor de gezondheid van de vrouwen te beperken?

Het militante discours tegen obstetrisch geweld wijst op het paternalisme en machisme in de medische wereld als voornaamste oorzaken voor de trauma's die sommige vrouwen oplopen tijdens hun bevalling.

Dit discours gaat voorbij aan het intrinsieke geweld en de inherente trauma's die verbonden zijn aan de organische en psychische processen van het moederschap en de bevalling. Het berooft het debat van een groot deel van zijn complexiteit en biedt geen oplossing voor de zorgverleners en patiëntes en hun respectieve kwetsuren.

Zonder bepaalde medische gedragingen te willen goedpraten, leek het ons aangewezen om de problematiek van het obstetrisch trauma in een ruimere context te bekijken, waarbij ook met andere aspecten rekening wordt gehouden:

- de psychische en culturele dimensie van de bevalling en de verwekking;
- de specifieke aard van het beroep van gynaecoloog-verloskundige en vroedvrouw;
- de psychische en somatische toestand die eigen is aan het zwangerschap en de bevalling, in het bijzonder voor de toekomstige moeder, maar ook voor de toekomstige vader;
- de inbreng van de perinatale psychopathologie;
- het therapeutische kader.

Deze benadering stelt ons ook in staat om het lijden van de patiëntes in kaart te brengen en oplossingen aan te reiken inzake preventie en begeleiding in het kader van de specifieke complexiteit van het moederschap.

De uitdaging van de hedendaagse verloskunde in onze maatschappij bestaat erin de verwachtingen van onze patiëntes in te lossen, mét inachtneming van de veiligheid en de medische *best practices*.

In deze context moet gynaecologisch en obstetrisch geweld beschouwd worden als een specifiek aspect van de traumatische ervaringen in de gynaecologische of obstetrische zorgverlening.

Zo kan men op een coherentere en efficiëntere manier preventieve maatregelen nemen en de factoren blootleggen die kunnen leiden tot deze traumatische ervaringen. Deze factoren beperken zich niet tot de factoren die verantwoordelijk geacht worden voor het obstetrisch geweld.

De analyses die al jaren binnen onze dienst worden gemaakt, waarin de verschillende beroepsbeoefenaars rond de perinataliteit betrokken zijn (psychologen, maatschappelijk werkers, vroedvrouwen, anesthesisten, verloskundigen, kinderartsen, pediatrische verpleegkundigen), hebben ons er in eerste instantie toe gebracht een zorghandvest op te stellen waarin voor elk punt overeenkomstige handelingen staan. Enkele voorbeelden in het groen illustreren dit.

<u>Zorghandvest van de kraamafdeling CHU BRUYERES:</u>

1. We houden rekening met de vraag van koppels om partners te zijn in het verloop van de geboorte en stimuleren hun zelfstandigheid in hun moederschapstraject;
2. We staan positief tegenover geboorteprojecten, binnen de limieten die consensueel met het zorgteam zijn vastgelegd;
   - huidige situatie:
     - negatief vooroordeel van het team;
     - belang voor koppels.
   - bestaand probleem:
     - misverstanden / gebrek aan communicatie;
     - onvoldoende vertrouwen in het team;
     - onvoldoende kennis van de dienst.
   - toekomstige projecten:
     - geboorteprojecten herbekijken;
     - uitwisseling van informatie van bij het begin van de zwangerschap;
     - standaardgeboorteproject.
3. We ontvangen alle koppels en situaties zonder enige vorm van discriminatie:
   - identificatie van risicogevallen (verslaving, seksuele geaardheid, familiaal of sociaal verval, psychopathologie, godsdienstige of culturele specificiteit, moeizame communicatie, migranten, enz., of ook inherente kwetsbaarheid kunnen onbegrip veroorzaken, tegen negatieve transfer);
   - extra inzet;
   - identificatie / anticipatie / zorgtraject.
4. Zelfstandige vroedvrouwen ter ondersteuning van de moeder zijn welkom.
5. We moedigen de aanwezigheid in de verloskamer van een door de moeder gekozen begeleider aan.

6. De affectieve aspecten rond een geboorte zijn belangrijk voor ons;
   - huidige situatie:
     - empathie, kwaliteitsvolle opvang;
     - bewustzijn team moeilijke ervaring;
     - paradox aantal gevallen / tijd;
     - consultatietraject voor *screening* vanaf vierentwintig weken.
   - problemen:
     - bij voorbaat geweigerd door de patiëntes;
     - geen systematische consultatie vanaf vierentwintig weken.
   - mogelijke oplossingen:
     - opvoeren van de consultatie vanaf vierentwintig weken;
     - systematische debriefing.
7. we stimuleren het fysiologische verloop van de bevalling naar de huidige aanbevelingen:
   - vraag van de gebruikers en bewustwording van de gezondheidswerkers;
   - op bewijzen gebaseerde aanbevelingen;
   - huidige toestand:
     - opleidingen, uitrusting, openheid;
     - minder gekende en minder verspreide aanbevelingen.
   - bekendmaking van de aanbevelingen:
     - vrijwillige toepassing;
     - evaluatie.
   - architectuurproject.
8. We bevorderen de rust van moeder / kind en eerbiedigen het tempo van de baby.
9. We houden de moeder en de baby in de mate van het mogelijke samen.
10. We eerbiedigen het beroepsgeheim.
11. We zien toe op de eerbiediging van de eerbaarheid en de intimiteit in het moederschapstraject.
12. We scheppen een gunstig klimaat voor comfort en welzijn.
13. We moedigen oprechtheid, transparantie en dialoog in alle situaties aan.

In onderstaand schema staat in het midden de traumatische ervaring van de patiënte en errond de aspecten of de omstandigheden welke de traumatische ervaring kunnen bevorderen en dus het bepalen van een aangepaste preventiehefboom kunnen vergemakkelijken.

Het therapeutisch kader bepaalt de wijze waarop de zorgverlening al dan niet toestaat een therapeutische relatie tot stand te brengen.

De aspecten die daartoe bijdragen en de bepaalde acties zijn talrijk:

- belang van wat gezegd wordt, van luisteren, van de omgangsvormen, van de manier waarop men zich uitdrukt;

– belang van een coherente transversale communicatie, tegenstrijdige verklaringen van de diverse zorgverleners voorkomen, versnipperde communicatie van de diverse actoren van de perinataliteit met de patiënten voorkomen;

– het niveau van de info en de instemming verbeteren (episiotomie, inleiding, keizersnede);

– de daling van de episiotomiecijfers kwam er bijvoorbeeld door de bewustmaking rond het thema en door artsen de mogelijkheid te geven hun cijfer te vergelijken met het gemiddelde van de dienst.

– vertrouwensklimaat;

– tegenstrijdige voorstellingen voorkomen via debriefing en accepteren van de geboorteprojecten;

– een antwoord bieden op de vraag om de geboorte uit de medische sfeer te halen en naar *empowerment*;

– zich voorbereiden op de opvang van patiëntes die een thuisbevalling wensen.

Voor de psychische specificiteit van de zwangerschap:

– de psychische aspecten eigen aan de perinatale periode kunnen overschouwen (opleidingen);

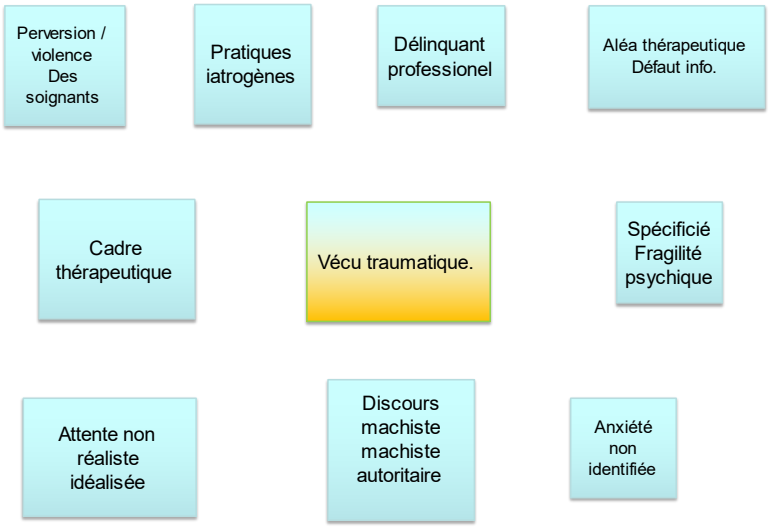
– noodzaak van interdisciplinaire samenwerking met de psychotherapeuten en de psychiaters;

– voorbereiding op en *screening* van familiale of individuele risicosituaties.

Voor de therapeutische risico's:

– het gaat om ervaren situaties met een al dan niet dramatische afloop;

– uitvoeren van debriefing / vorming door simulatie.



<u>Vertaling:</u>

Perversie / geweld van de zorgverleners – iatrogene praktijken – professionele delinquent – therapeutisch risico, geen info – Therapeutisch kader – traumatische ervaring – specifieke psychische kwetsbaarheid – onrealistische, geïdealiseerde verwachting – machistisch en autoritair discours – niet-geïdentificeerde angst

*

* *

V. HOORZITTINGEN VAN 9 MEI 2022

- Mevrouw Céline Landuyt en mevrouw Sophie Fraschina, medevoorzitsters van de *Association francophone des doulas de Belgique* (AFDB);
- Mevrouw Dominique Roynet, arts gezinsplanning te Rochefort en voormalig docent;
- De dames Sophie Evrard en Milena Jarosik, pedagogische verantwoordelijken van de paramedische afdeling van de *Haute école de Namur-Liège-Luxembourg* (Hénallux).

A. Uiteenzetting van mevrouw Céline Landuyt en mevrouw Sophie Fraschina, *Association francophone des doulas de Belgique* (AFDB)

1) De rol van de doula

Mevrouw Landuyt begint haar betoog met wat uitleg over het beroep van doula. Een doula verleent niet-medische ondersteuning op verschillende momenten van transitie in het leven. Het is een persoon die zorgt voor meer draagvlak bij de verschillende overgangsmomenten van de geboorte tot de dood. Ze begeleidt vrouwen en hun naasten een leven lang: in de puberteit, bij de kinderwens, de zwangerschap, de geboorte, de postnatale periode, de rouw, de menopauze en het levenseinde. De bijstand verleend inzake perinataliteit is het best bekend maar steeds meer vrouwen doen een beroep op een doula om hen te begeleiden op andere scharniermomenten.

De rol van een doula bestaat er vooral in dat een luisterend oor wordt geboden en objectieve informatie wordt verschaft, dat er een netwerk is en dat mogelijkheden worden verkend zodat elke vrouw kan kiezen voor haar eigen beleving, met waardigheid en inachtneming van haar rechten.

2) De Association francophone des doulas de Belgique

De *Association francophone des doulas de Belgique* werd in 2008 opgericht en is de enige beroepsvereniging van doula's in Franstalig België. Ze telt vandaag een negentigtal leden afkomstig uit diverse scholen en opleidingscentra, met een uiteenlopende achtergrond, zodat de vereniging binnen de rangen kan bogen op een grote rijkdom. De aangesloten doula's verbinden zich ertoe te werken volgens ethische principes en waarden die in een gemeenschappelijk charter zijn opgenomen.

3) De AFDB en haar netwerken

De vereniging is actief binnen een netwerk en samen met partners, waaronder de Vlaamse Federatie van doula's (76) en het *European Doula Network* (77) maar ook met verschillende spelers in het veld van de perinatale zorg. Spreekster wijst erop dat de doula's niet-medische professionals zijn inzake perinatale zorg. Ze werken samen met medici en paramedici, met sociaalwerkers en opvoedkundigen en met verenigingen en burgerinitiatieven die erop gericht zijn vrouwen en hun entourage te ondersteunen.

4) Het charter van de AFDB

Mevrouw Landuyt brengt enkele kernpunten van het gemeenschappelijk charter van de AFDB naar voren. Elk lid van de vereniging heeft dit document bij toetreding tot de AFDB ondertekend.

1. De begeleiding door een doula is niet-medisch. Bijgevolg is het taalgebruik van de doula aangepast aan de opdracht die ze vervult. Ze vervangt geen enkele perinatale zorgverlener, die medisch, sociaal of nog anders is opgeleid. In het kader van een perinatale begeleiding zal een doula dus geen moeders of koppels bijstaan die niet gevolgd worden door een vroedvrouw of een arts. De doula verleent vrouwen en koppels een

(76) *https://dedoula.be/*.
(77) *European Doula Network*, zie: *https://www.europeandoulanetwork.org/*.

duurzame begeleiding en ondersteunt hen bij de zoektocht naar informatie. Ze respecteert in ieder geval de beslissingen die door de vrouw of het koppel worden genomen.

2. De doula heeft voornamelijk tot doel om de ouders te informeren, met name over haar dienstverlening en over de mogelijke keuzes. Ze zet ouders op weg naar de geschikte professionals of organisaties. Bij prenatale ontmoetingen moedigt de doula de ouders aan om zich terdege te informeren en om vragen te stellen aan de gezondheidswerkers die hen volgen. Doula's werken steeds met inachtneming van ieders bekwaamheid en pogen een vertrouwensband te laten ontstaan, steeds met het belang van de ouders in het achterhoofd.

3. Doula's verbinden zich ertoe om zich voortdurend bij te scholen. Zo is tijdens de Covidperiode die permanente bijscholing van de doula's een noodzaak gebleken vanwege de voortdurende evolutie van de toegepaste werkwijzen en het onvermijdelijke gegeven dat hun werk in een specifieke context verder moest kunnen plaatsvinden.

5) De aanpak van de doula's wat de problematiek van gynaecologisch en obstetrisch geweld betreft

Spreekster merkt op dat doula's op verschillende manieren geconfronteerd worden met gynaecologisch en obstetrisch geweld (GOG):

– ten eerste fungeren doula's via hun begeleiding van de vrouwen als de vertrouwenspersoon aan wie de vrouwen hun verhaal kunnen vertellen, bij wie ze tijdens de perinatale periode hun beleving en datgene waar ze onder lijden kwijt kunnen;

– ten tweede zijn doula's als begeleidsters van de vrouwen rechtstreeks getuige van het GOG dat vrouwen ondergaan tijdens prenatale consultaties, bij de bevalling zelf en tijdens post partum consultaties;

– ten derde hebben ze als vrouw en mogelijk ook als moeder zelf ervaringen met GOG (ook al werd die term vroeger nog niet gebruikt);

– ten vierde zijn doula's als niet-medische professionals inzake perinatale zorg een schakel in een systeem voor de begeleiding van vrouwen dat ze als gewelddadig beschouwen. Doula's zijn voor hun werk vaak aanwezig in de ziekenhuizen en moeten dus aan de slag in een zorgomgeving die gewelddadig blijkt te zijn, aldus mevrouw Landuyt. Het is daardoor voor doula's soms moeilijk om hun positie in te nemen omdat ze als het ware met een been binnen en een been buiten het systeem staan.

Spreekster voegt daaraan toe dat het voor doula's vrij complex is om te weten hoe ze met getuigenissen van GOG moeten omgaan en welk gevolg ze daaraan dienen te geven (klachten, trauma's, enz.). De laatste jaren worden doula's bewust gemaakt van het bestaan van GOG en willen ze zich daarover informeren, opleidingen volgen en het geweld bestrijden.

De hefbomen voor verandering die gebruikt kunnen worden om het geweld tegen te gaan zijn volgens mevrouw Landuyt:

– moeder en baby centraal plaatsen in de zorgverlening;

– werken aan een nieuw geboorteparadigma, waarbij vertrouwen wordt gegeven aan de vrouwen die begeleid worden;

– het beginsel van «een doula – een vroedvrouw» bevorderen;

– de gynaecologische en verloskundige begeleiding van vrouwen herzien vanaf de puberteit tot het levenseinde;

– de begeleiding buiten het ziekenhuis opwaarderen, met inbegrip van het niet-hiërarchisch bekijken van kennis en de erkenning van complementariteit. Het is voor doula's immers een gevecht om hun plaats te veroveren als volwaardige niet-medische begeleidsters;

– aanzetten tot transparantie, zowel van de slechte praktijken als van de goede, die niet altijd voldoende bekend zijn, terwijl ze model zouden kunnen staan voor een alternatieve aanpak;

– vrouwen informeren is een essentieel element. Vaak zijn ze om diverse redenen niet goed geïnformeerd, hetzij vanwege hun socio-economische omstandigheden, hun buitenlandse origine, het ontbreken van een netwerk in België, enz. De informatiekanalen bestaan wel maar ze bereiken de vrouwen niet altijd;

– een meer coherent zorgbeleid bepleiten gelet op de versnippering van bevoegdheden in België. Mevrouw Landuyt vindt het belangrijk om te investeren in het middenveld via verenigingen zoals de AFDB, maar ook in verenigingen van vrouwen en moeders die interessante en nuttige initiatieven opzetten. Er moeten neutrale ruimten gecreëerd worden waar de betrokkenen vragen kunnen stellen en zich gewaardeerd voelen;

– en tot slot moet het bestaande kader worden gevolgd, waaronder de wet op de patiëntenrechten (78) en de aanbevelingen die geformuleerd zijn door de *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée* (79).

6) De engagementen van de AFDB

De AFDB organiseert onder meer informatievergaderingen voor ouders en toekomstige doula's. Tijdens die sessies worden deelnemers gewezen op mogelijk gynaecologisch en obstetrisch geweld.

De AFDB heeft ook twee salons georganiseerd onder de benaming «*Bien Naître*». Op die alternatieve beurzen konden ouders kennis maken met welwillende spelers in de perinatale zorg. De vereniging wil steeds meer werk maken van projecten die gericht zijn op informatie, zelfbeschikkingsrecht en het bestrijden van GOG in samenwerking met verschillende actoren en sectoren door middel van:

– de aanwezigheid in reflectiegroepen;

– de ondersteuning van de oprichting van geboortehuizen;

– het verspreiden van de *advocacy*-acties;

– informatiestanden;

– informatievergaderingen;

– bijscholingen, enz.

De AFDB verbindt zich ook tot samenwerking in België en op het Europese niveau via het Europese netwerk van doulas (*European Doula Network*).

B. Gedachtewisseling

Mevrouw Durenne wil weten hoe de doula's worden opgeleid. De AFDB verstrekt zelf geen opleidingen tot doula. Ze maakt een lijst van theoretische opleidingen over thema's die door de AFDB als kennisvereiste worden gesteld. Het lid wil weten welke die thema's zijn en of communicatie met patiënten en hun naasten daar ook toe behoort. Betekent dit ook dat er nog meer opleidingen bestaan en dat er bijgevolg doula's zijn die beter opgeleid zijn dan andere?

Op de eerste vraag antwoordt mevrouw Fraschina dat op de website van de AFDB verschillende scholen vermeld worden die Franstalige opleidingen geven. De theoretische opleidingen gaan over de volgende thema's: de rol van de doula, geweldloze communicatie en actief luisteren. Daarbij komen nog: opleidingen die verband houden met perinatale zorg zoals post-partumfysiologie, kennis over borstvoeding en de weg naar geschikte professionele hulpverlening. Meer spirituele en rituele inhoud is ook opgenomen in de opleiding van doula's. De opleiding in de praktijk gebeurt via stages na afloop van bepaalde opleidingsonderdelen. De AFDB biedt zelf ook stagemogelijkheden aan voor toekomstige leden.

Mevrouw Durenne verwijst naar de website van de AFDB, waar statistieken te vinden zijn die aangeven dat de aanwezigheid van een doula bij de bevalling leidt tot een daling van het aantal keizersneden, 60 % minder

(78) Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, *https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2002/08/22/2002022737/justel.*
(79) *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée*, zie*: https://www.naissancerespectee.be/.*

vraag naar epidurale verdoving en een verkorting van de arbeid met 25 %, enz. Het lid vraagt zich af op welke manier doula's deze resultaten bereiken.

Mevrouw Fraschina legt uit dat die statistieken voortvloeien uit studies van Marshall Klaus en John Kennell, onderzoekers in de geneeskunde die het eerste gerandomiseerde wetenschappelijke onderzoek hebben uitgevoerd naar het effect van de aanwezigheid van een doula tijdens de bevalling (80). Volgens die studie zijn er op verschillende niveaus gunstige effecten merkbaar tijdens de geboorte en maakt de aanwezigheid van de doula een verlaging van de incidentie mogelijk van sommige medische handelingen:

– 50 % minder keizersneden;

– 25 % kortere arbeidstijd;

– 60 % minder vragen naar epidurale verdoving;

– 40 % minder toediening van oxytocine;

– 30 % minder toediening van analgetica of pijnstillers;

– 40 % minder gebruik van de forceps;

– minder gevallen van post-partumdepressie;

– een betere beleving van de borstvoeding.

Mevrouw Durenne zegt dat de hoorzittingen met betrekking tot gynaecologisch en obstetrisch geweld plaatsvinden in het kader van de werkzaamheden van het adviescomité voor Gelijke Kansen voor vrouwen en mannen en ze heeft daarom de volgende vraag: zijn doula's altijd of per definitie vrouwen? Ze stelt vast dat mannen heel duidelijk in de minderheid zijn. Ze vraagt zich af of deze realiteit in de toekomst kan veranderen en of spreeksters vinden dat dit een positieve evolutie zou zijn.

Momenteel zijn alle leden van de AFDB personen die zichzelf identificeren als vrouw. Voor de opleidingen die nu lopen hebben ook mannen interesse getoond voor het beroep van doula. Dit beroep is niet voorbehouden voor vrouwen en spreeksters zijn van mening dat het een meerwaarde zou betekenen als ook mannen dit beroep zouden uitoefenen.

Mevrouw Ryckmans onthield uit de presentatie de vermelding van transparantie over de medische praktijken. Ze vraagt zich af welke aanbevelingen de spreeksters daarover willen doen.

Mevrouw Landuyt wijst erop dat sommige cijfers al werden gepubliceerd, maar dat het nuttig zou zijn om die cijfers nog meer op te splitsen per soort verstrekker, per materniteit, enz. Spreekster merkt op dat sommige ziekenhuizen hierover transparanter zijn dan andere. Ze bepleit grotere transparantie ten voordele van het algemeen belang en van de verspreiding van goede praktijken. De transparantie moet ook betrekking hebben op informatie over de redenen waarom gekozen werd voor sommige (para-)medische handelingen.

Mevrouw Ryckmans wenst te weten wat de voorwaarden zijn voor de aanwezigheid van doula's bij een bevalling in de verschillende omgevingen (thuis, ziekenhuis, geboortehuis) en op welke manier deze aanwezigheid vormt krijgt. Ze vraagt zich ook af hoe het medisch korps de aanwezigheid van doula's percipieert en wat ze denken van hun werk. Hebben doula's de mogelijkheid om *feedback* te geven over wat zich bij een bevalling heeft afgespeeld, eventueel samen met medisch personeel dat ook bij die bevalling aanwezig was?

Zoals gezegd tijdens de presentatie van het charter van de AFDB, weigeren aangesloten doula's om bijstand te verlenen bij bevallingen waar geen medisch personeel bij aanwezig is. De voorwaarden voor de aanwezigheid van doula's bij een bevalling zijn afhankelijk van de plaats waar die bevalling plaatsvindt. Sommige ziekenhuizen eisen een voorafgaande ontmoeting, andere vragen de ondertekening van een overeenkomst en nog andere stellen daarvoor geen voorwaarden.

De verhouding met de aanwezigen verloopt meer ongedwongen bij een thuisbevalling of in een geboortehuis gelet op de nauwere contacten met de vroedvrouwen. Meestal zijn doula's evenwel aanwezig bij bevallingen

---

(80) John Kennell, MD; Marshall Klaus, MD; Susan McGrath, PhD; *et al.*, *Continuous Emotional Support During Labor in a US Hospital – A Randomized Controlled Trial*, voir: *https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/385782*.

in een ziekenhuis en in die gevallen is het moeilijker om *feedback* te geven omdat de vroedvrouwen vaak niet beschikbaar zijn aangezien ze bezig zijn met andere taken. Doula's zijn zeker vragende partij voor *feedback* en om vragen te kunnen stellen aan het verplegend personeel. Ze maken wel een balans op van de bevalling met de ouders. Als er medische vragen rijzen, brengen de doula's de ouders in contact met de bevoegde diensten om hun medisch dossier te kunnen raadplegen of om indien nodig gebruik te kunnen maken van de diensten voor bemiddeling met de patiënt.

Mevrouw Masai heeft nog vragen bij de goede praktijken die soms onvoldoende bekend zijn, zoals mevrouw Landuyt en mevrouw Fraschina tijdens hun uiteenzetting aangaven. Ze vraagt spreeksters welke praktijken dienen te worden gepromoot opdat bevallingen op een meer vrouwvriendelijke manier zouden kunnen verlopen.

Mevrouw Fraschina benadrukt het belang voor de vrouw om de plaats van de bevalling te kunnen gebruiken zoals zij het wenst, om zich er in veiligheid te voeen met respect voor haar intimiteit. Ze beveelt de inachtneming aan van het beginsel van «één vroedvrouw voor één vrouw», dat heel duidelijk een gunstige invloed heeft op het verloop van de bevalling. Andere goede praktijken waarvan spreeksters getuige zijn geweest zijn onder meer dat noch de vulva, noch het perineum noch het hoofdje van de baby tijdens de bevalling worden aangeraakt.

C. Uiteenzetting van mevrouw Dominique Roynet, gezinsplanning te Rochefort

Mevrouw Roynet is huisarts en werkt al tweeënveertig jaar in een centrum voor gezinsplanning dat abortussen uitvoert. Ze is dus elke dag actief als gynaecologe buiten het ziekenhuis. Ze is ook vijftien jaar docente geweest in de medische faculteit van de ULB waar ze aan toekomstige huisartsen lesgaf over seksuele en reproductieve gezondheid van vrouwen. In het kader van die cursus wijdde Mevrouw Roynet een hoofdstuk aan «*maltraitance, bientraitance – malveillance, bienveillance*». Naar haar mening zijn er maar weinig andere mogelijkheden om iets tegenover een slechte behandeling te plaatsen dan een goede behandeling. Als een zorgverstrekker niet de moeite doet om zich de juiste handelingen, gedragingen en taalgebruik van een welwillende aanpak eigen te maken zal hij dat niet vanzelf leren. Het vrouwvriendelijk medisch handelen moet volgens spreekster overigens zo vroeg mogelijk in de opleiding worden aangeleerd.

Mevrouw Roynet begint haar uiteenzetting met de stelling dat een goede behandeling goed is voor de gezondheid, voor het mentaal welzijn en voor alle betrokkenen. Een zorgzame aanpak is goed voor de patiënten maar ook voor de gezondheidswerkers. Ze vindt het opvallend dat gezondheidswerkers tegenwoordig zeer defensief reageren op vragen die verband houden met gynaecologisch en obstetrisch geweld. De meeste aantijgingen van slechte of onwelwillende behandeling botsten grotendeels op afweerreacties veeleer dan op het in vraag stellen van de gangbare praktijken. De notie van zorgzaamheid gaat evengoed over de dialoog en de communicatie met het medisch personeel dat – daar is ze van overtuigd – patiënten niet intentioneel slecht of onwelwillend behandelt. Maar ze is ook van mening dat personen die manifest slechte gedragingen of handelingen stellen zichzelf vaak iets wijsmaken over hun intenties en hoe ze overkomen, zonder dat ze evenwel sadistische motieven zouden hebben.

Spreekster zal haar betoog in vier delen naar voren brengen. Ze zal het eerst hebben over de opleiding van artsen bij het begin van hun studie geneeskunde maar ook tijdens de specialisatie tot verloskundige. Tot slot zal ze het hebben over de noodzaak van een specifieke opleiding voor medische verloskunde buiten het ziekenhuis, die vandaag niet bestaat in België. Dit type van opleiding is een van de mogelijke denksporen om gynaecologisch en obstetrisch geweld tegen te gaan, aldus spreekster.

1) Bij het begin van de studie

Volgens Mevrouw Roynet is de stelling dat bij kinderen alles wordt vastgelegd voor de leeftijd van zes jaar ook van toepassing in de context van de opleiding geneeskunde. De volgende punten leveren immers een hoger risico op voor een gebrek aan zorgzaamheid bij studenten. Het gaat erom de inherente risico's niet uit het oog te verliezen:

– wanneer nooit buiten de beveiligde omgeving van de school naar het ziekenhuis wordt getreden: veel studenten verlaten het middelbaar onderwijs, gaan naar het hoger onderwijs en vervolgen hun opleiding in het

ziekenhuis, maar leren nooit enige andere structuur of omgeving kennen. Ze zijn met andere woorden totaal niet bekend met de leefomstandigheden van de meeste mensen en in het bijzonder van de meest kwetsbaren. Deze beperking komt duidelijk tot uiting in de sociale geneeskunde. Mevrouw Roynet is ervan overtuigd dat geen enkele vorm van geneeskunde kan bestaan zonder sociale dimensie;

– wanneer men artsen opleidt met de idee dat er een relatie van dominantie en onderdanigheid bestaat: de arts is alwetend en wordt geraadpleegd omwille van zijn kennis. De patiënt is onwetend, heeft pijn of is ziek en is angstig. Zo ontwikkelt er zich bijna vanzelf een machtsrelatie tussen arts en patiënt. Mevrouw Roynet zal er nog op terugkomen maar geeft aan dat tijdens de studie geneeskunde studenten werkelijk kunnen worden fijngemalen. Enkel de meest robuuste, enkel zij die de meeste aanleg hebben om dominant te worden, slagen en zullen arts worden;

– wanneer men zijn beroep aanleert in weinig zorgzame systemen: ook de studenten moeten oog hebben voor de onwelwillende aspecten van de systemen waarin ze zullen actief zijn. Mevrouw Roynet zal dat later nog verder toelichten;

– wanneer men zelf onwelwillend behandeld wordt is men minder zorgzaam: een student die in een onwelwillend systeem terechtkomt en jarenlang moet knokken tegen dat systeem dreigt zelf ook te weinig zorgzaamheid aan de dag te leggen. Dit scenario moet men dus voortdurend in het achterhoofd houden tijdens de gehele duur van de studie geneeskunde.

2) Onwelwillende systemen

Alle systemen kunnen ontaarden tot onwelwillende systemen: niet alleen ziekenhuizen, maar ook scholen, gezinnen, sportclubs, enz. De factoren die daartoe bijdragen zijn divers. Vooreerst, wanneer de belangen van het systeem voorgaan op die van de mensen die er deel van uitmaken is het risico op een slechte behandeling groot, aldus mevrouw Roynet. Ook wanneer er geen enkele cultuur van welwillendheid binnen het systeem gehuldigd wordt, neemt het risico toe.

Systemen met een groot risico op onwelwillendheid zijn systemen die in zichzelf gekeerd zijn en waarop weinig of geen externe controle wordt uitgeoefend. Ze verworden dan tot autoritaire, hiërarchische en hypergecentraliseerde structuren met een ondoorzichtige conflictbeheersing, manipulatie, doofpotoperaties en gecodeerde communicatie (communicatie tussen mensen van het systeem die enkel door henzelf wordt begrepen) en die, ten slotte, gebruik maken van paradoxale bevelen. Deze kenmerken vindt men vaak in ziekenhuizen terug, ook al is dat geen algemene regel. Mevrouw Roynet voegt daaraan toe dat, als de leidinggevenden blijk geven van welwillendheid, de leden van de teams dat ook doen. Maar als de leiding onwelwillend is zullen de teams ook zo te werk gaan, op alle niveaus.

Een slechte behandeling kan ook voorkomen in systemen die als te open worden beschouwd. Die worden dan gekenmerkt door een verzwakking van de het gezag en de verantwoordelijkheden, een gebrek aan duidelijke rolpatronen en functies en verwarring daaromtrent en door een gebrek aan conflictbeheersing. Ziekenhuizen, maar ook verenigingen bijvoorbeeld kunnen als open systemen worden beschouwd.

Bovendien kunnen systemen «met een gebrek aan het een of het ander» ook risico’s vertonen. Het kan hen bijvoorbeeld ontbreken aan middelen, aan geld, aan bekwaamheid, aan opleiding, aan goede organisatie of aan transparantie. Ze bestaan uit mensen die niet hoog aangeschreven staan, niet hoog opgeleid zijn, niet goed betaald zijn of weinig erkenning krijgen. Wanneer deze systemen bovendien niet beschikken over de nodige ruimte om te worden gehoord, om te communiceren, om zich veilig te voelen of gerustgesteld te worden is het gevaar groot dat ze onwelwillend worden.

Mevrouw Roynet wijst erop dat wanneer een individu binnen een onwelwillend systeem heeft gefunctioneerd en hij door dat systeem zelf slecht werd behandeld, er een groot risico bestaat dat hij vervolgens zelf weinig zorgzaam wordt. Ze staaft deze stelling met het volgende voorbeeld: een patiënt wordt opgenomen in een ziekenhuis en verblijft in een kamer. Daar komt de dokter binnen, meestal de hoofdarts, gevolgd door tal van mensen in witte schorten waaronder adjuncten, assistenten en studenten geneeskunde. Hun aantal ligt tussen vijf en tien personen en ze komen dichter bij de patiënt. Niemand stelt zich voor. Een van hen tilt het laken dat op de patiënt ligt op waarna hij hem of haar eventueel palpeert. Het laken wordt teruggelegd op het lichaam van de patiënt en allen verlaten de kamer zonder veel woorden. De eerste keer dat een student geneeskunde dit

meemaakt zal hij geschokt zijn. De tweede en de derde keer is hij nog steeds gechoqueerd, maar in mindere mate. De vierde of de vijfde keer is hij dat niet meer en de tiende keer doet hij het zelf. Dit scenario is volgens spreekster zo goed als voorspelbaar. Het is dus van zeer groot belang om aan zorgzaam gedrag te denken vooraleer de studenten die stadia bereiken. Mevrouw Roynet is ervan overtuigd dat de basisopleiding van artsen cursussen filosofie, psychologie en zelfs andere sociale wetenschappen moet bevatten. Op dit moment ontbreekt die materie in de opleiding van artsen.

In de specifieke opleiding tot gynaecoloog en verloskundige moeten ook cursussen psychologie, ethiek en seksuologie het curriculum verrijken. Spreekster betreurt dat gynaecologen de basis van de seksuologie niet beheersen terwijl ze in hun praktijk te maken krijgen met de intiemste aspecten van het leven van vrouwen en koppels. Het is daarom ook zeer belangrijk om het gedrag, de gebaren en het taalgebruik aan te leren die kenmerkend zijn voor welwillendheid. Mevrouw Roynet is er bovendien van overtuigd dat elke zorgverstrekker, man of vrouw, zich vragen moet stellen over paternalisme, seksisme, racisme, homofobie en allerlei vooroordelen in zijn of haar eigen gedrag en zichzelf kritisch moet bekijken.

3) Welwillendheid bevorderen

Zorgzaam gedrag dat aan studenten kan worden aangeleerd is bijvoorbeeld:

- zichzelf voorstellen en identificeren bij de patiënten om verwachtingen en onrust weg te nemen;
- vermijden dat er een computerscherm staat tussen de zorgverstrekker en de patiënt. Tegenwoordig verloopt een gesprek onder vier ogen meestal in een driehoek: de arts, zijn computerscherm en de patiënt, waarbij de ogen van de arts afwisselend naar het scherm en naar de patiënt kijken. Mevrouw Roynet beveelt aan om de computer niet tussen de zorgverstrekker en de patiënt op te stellen;
- de patiënt aankijken, naar hem luisteren en hem geloven;
- de patiënt laten uitspreken;
- vertrouwen schenken;
- vriendelijk maar niet neerbuigend zijn;
- de ander respecteren (en zijn geschiedenis, zijn waardigheid, zijn uniek karakter);
- er niet van uitgaan dat men alles heeft begrepen;
- zich verzekeren van de *informed consent* van de gesprekspartner en dat die toestemming wordt gegeven nadat hij begrepen heeft waarover het gaat. Mevrouw Roynet verwijst hiervoor naar de federale commissie patiëntenrechten die klachten kan ontvangen tegen zorgverstrekkers;
- seksistische, autoritaire, vernederende attitudes en dergelijke herkennen.

Mevrouw Roynet vervolgt haar betoog met een toelichting van gedragingen en gebaren die blijk geven van welwillendheid in de gynaecologie. Dat zijn (niet-exhaustieve lijst):

- de onderzoekstafels tegenover een muur plaatsen en niet tegenover een deur of een venster: het is voor een vrouw niet comfortabel om zich voor te bereiden op een onderzoek wanneer de tafel tegenover een deur staat;
- een doek ter beschikking stellen om zich te bedekken tijdens het onderzoek;
- niet naar een vrouw (laten) kijken terwijl ze zich uitkleedt: wanneer er een intieme ruimte is voorzien achter een scherm kan de patiënten zich in alle rust uitkleden;
- de intieme bubbel van een vrouw niet binnendringen via de gynaecologische schoot: die bubbel is een informele veiligheid die het eigen lichaam omgeeft en die van persoon tot persoon verschillend is. Het wordt als bijzonder intrusief ervaren als men de bubbel van de patiënt binnendringt via de gynaecologische schoot, terwijl het mogelijk is om die bubbel van opzij te benaderen, bijvoorbeeld om de buik van de patiënt

te palperen. Het is een klein gebaar dat toch een groot verschil kan betekenen op weg maar grotere zorgzaamheid;

– de speculums opwarmen voor het onderzoek om dit voor veel patiënten bekende ongemak te vermijden;

– uitleggen waar het onderzoek uit bestaat en welke handelingen daarbij zullen worden gesteld;

– een vaginisme (schedekramp) niet forceren; dit wordt vaak uitgelokt door seksueel of gynaecologisch geweld of door extreme angst. Door het te forceren wordt het zonder twijfel erger. De vaste commentaar die vrouwen dan vaak te horen krijgen «Ontspan u, mevrouw» zal niet het beoogde doel bereiken en de kramp doen verdwijnen;

– weigeren om pijn te veroorzaken: bijvoorbeeld door geen spiraaltje te plaatsen zonder anesthesie.

Al deze basishandelingen maken een zorgzame aanpak mogelijk voor raadplegingen in de gewone gynaecologische praktijk.

In dezelfde zin zijn de bewoordingen van een correcte behandeling onder andere:

– kwetsende, spottende, denigrerende woorden herkennen;

– opmerkingen over het uiterlijk (te veel of niet genoeg wegen, te zware beharing enz.) die kwetsend kunnen zijn, voorkomen. De behandeling van het lichaam is bijzonder rechttoe rechtaan bij gynaecologisch onderzoek. Vrouwen zijn tijdens die onderzoeken immers weerloos. De gekozen woorden en de manier waarop ze gezegd worden moeten dus altijd de nodige aandacht krijgen;

– een taalfout, een grammaticale fout niet corrigeren;

– vermijden om de patiënt in de rede te vallen;

– een heteroseksueel uitgangspunt vermijden;

– het onuitgesprokene, het onzegbare aanvaarden;

– het overbodige «Ontspan u, mevrouw» vermijden.

4) Opleiding medische gynaecologie buiten het ziekenhuis

Mevrouw Roynet vindt dat het uiterst belangrijk is om in België een opleiding medische gynaecologie buiten het ziekenhuis in het leven te roepen. Het gaat om niet-heelkundige en niet-verloskundige gynaecologie. Ze wordt beoefend in de eerstelijnszorg in de centra voor gezinsplanning of wijkgezondheidscentra. Deze gynaecologie is voor iedereen toegankelijk, kost weinig en is geografisch en op korte termijn toegankelijk. Ter herinnering, momenteel bedraagt de wachttijd voor een afspraak bij een gynaecoloog in het ziekenhuis enkele maanden. In de privépraktijk zijn de termijnen korter, maar men betaalt veel meer.

De medische gynaecologie buiten het ziekenhuis biedt een oplossing voor dit probleem van gynaecologisch en obstetrisch geweld dat vooral voorkomt in ziekenhuizen. Die opleiding bestaat in Frankrijk, maar moet niet identiek worden overgenomen in ons land. Het voorstel van mevrouw Roynet beoogt een opleiding van medische gynaecologen die in structuren werken buiten het ziekenhuis.

Mevrouw Roynet benadrukt dat er in driekwart van de tachtig centra voor gezinsplanning in Wallonië geen arts is of huisartsen zijn die geen opleiding hebben in gynaecologie-verloskunde. Ter herinnering, de centra voor gezinsplanning zijn medische structuren, voor zachte preventie en opvang, die gesubsidieerd worden en laagdrempelig zijn, met een potentieel groot publiek, maar die helaas niet medisch ingezet kunnen worden omdat er geen opgeleide artsen zijn.

De gynaecologie die studenten geneeskunde aan de universiteit krijgen, is niet in overeenstemming met de gynaecologie buiten het ziekenhuis. Mevrouw Royet verwijst naar de Brusselse ziekenhuizen die ze kent zoals het Erasmus-ziekenhuis, het UMC (universitair medisch centrum) Sint-Pieter of het UMC Brugmann. In die ziekenhuizen zal een student tijdens zijn stage gynaecologie van drie maanden slechts maximaal vijf keer een speculum kunnen inbrengen. Bij die omstandigheden vraagt spreekster zich af hoe een student geneeskunde

een speculum kan leren inbrengen of een uitstrijkje van de baarmoederhals nemen. Dat soort handelingen moet worden aangeleerd binnen een precies kader dat overigens niet veel meer middelen vergt. Bovendien zijn er voldoende structuren buiten de ziekenhuizen in België (polyklinieken, centra voor gezinsplanning, enz.) waar interessante stages kunnen worden gelopen in het kader van die opleiding.

D. Uiteenzetting van de dames Sophie Evrard en Milena Jarosik, *Haute école de Namur-Liège-Luxembourg* (Hénallux)

Om een antwoord te geven op de vragen van de Senaat hebben spreeksters een SWOT-analyse (*strenghts, weaknesses, opportunities, threats*) gemaakt van de opleiding vroedvrouw die gegeven wordt aan de *Haute école de Namur-Liège-Luxembourg* (Hénallux). Tijdens hun uiteenzetting zullen zij niet te lang stilstaan bij de inhoud van de opleiding in haar geheel, maar zullen zij zich concentreren op de elementen die in verband staan met gynaecologisch en obstetrisch geweld en zelfbeschikking. Onderstaand schema wordt tijdens de zitting geprojecteerd:

STERKTES

- **B1: Vrije en geïnformeerde toestemming** (wet patiëntenrechten, 2002) die opgenomen is in de zorgtechnieken, Wet inzake kwaliteit, pijnbegeleiding bij de bevalling (farmacologisch en niet-farmacologisch)
- **B2:** Primaire gezondheidszorg, **handicap**
- **B3:** Bespreking obstetrisch geweld, partnergeweld, GOG, enz.
- **B4**: «**Kwetsbaar**» publiek
- **Transversaliteit in de verschillende leseenheden**:
  - interculturaliteit, communicatie, holistische benadering van de vrouw, eerbiedige zorg (WGO, 2022), communicatie patiënte / vroedvrouw **(zelfbeschikking)**
  - Diversiteit van de simulaties
  - *Evidence-based*
  - Geestelijke gezondheid: GOG hebben een impact op de geestelijke gezondheid bij een bevalling via keizersnede, enz.
  - Gezondheidsopvoeding: **zelfbeschikking**
  - Debriefing van de nationale en internationale stages, delen van goede praktijken

ZWAKTES

- Weinig uitgewerkte inhoud:
  - **LGBTIQA+**
  - Pluridisciplinair partnerschap en netwerken
  - Begrip gender en intersectionele aanpak
  - Geletterdheid in gezondheid: **zelfbeschikking**
- Klinische situaties: weinig diversiteit in de profielen: **LGBTIQA+, handicap, kwetsbaar publiek**.
- Opleiding van de lesgevers inzake gender, communicatie, GOG, interculturaliteit, enz.

KANSEN

- Samenwerkingen CEpiP, «*Born in Belgium*»
- **Reflectie master:** valorisatie autonomie van de vroedvrouw, *leadership*, werken in een netwerk, besluit colloquium. Wat zal zorgen voor de ondersteuning (*advocacy*) van vrouwen, om zelfbeschikking te ontwikkelen, rechten van de LGBTIQA+, enz.

BEDREIGINGEN

- Weinig toepassingen tijdens de stages voor ondersteuning tot zelfbeschikking van vrouwen (protocollen, enz.)
- Financiering per handeling bij de bevalling (prijs van de handeling verschilt bij gynaecoloog vs. vroedvrouw)
- Beperking van de autonomie van de vroedvrouw
- Tijd in het ziekenhuis >< Tijd van de geboorte
- Miskenning en geen zichtbaarheid van het beroep bij de Belgische bevolking
- Plaats van gender in de samenleving (patriarchaat)
- Baccalaureaat in vier jaar (Europees niveau 6)

1) Sterke punten

Mevrouw Jarosik somt de elementen op die de sterke punten vormen van de opleiding tot vroedvrouw bij Hénallux. De eerste twee jaar worden besteed aan de fysiologische aspecten en de kenmerken van een normaal verlopende geboorte. De pathologische aspecten worden in een tweede fase bestudeerd. Mevrouw Jarosik verklaart dat reeds in het eerste jaar de klemtoon op de vrije en geïnformeerde toestemming ligt. Die aanpak is belangrijk om zowel in het onderwijs als in de praktijk, de zorghandeling niet van de toestemming te scheiden. Van in het eerste jaar staan begeleiding bij de geboorte en (niet-) farmacologische pijnbeheersing centraal in de lessen. In het tweede jaar kunnen de studenten en studentes stagelopen in omgevingen buiten de ziekenhuizen. Die «uitstap» uit de ziekenhuizen geeft de stagiairs de kans de gezinnen te ontmoeten, zich rekenschap te gegeven van de werkelijke behoeften in het veld, en wel in een holistische benadering. In datzelfde jaar wordt het probleem van de handicap behandeld. GOG komt in het derde jaar aan bod, in de cursus communicatie. Het vierde jaar behandelt de kwestie van de kwetsbare groepen in klinische situaties.

Doorheen het hele curriculum worden thema's in verband met GOG en zelfbeschikking transversaal behandeld. Die benadering is niet evident, gelet op de bestaande gewoontes om «in hokjes» te werken. De coördinatrices van de opleiding tot vroedvrouw waken daarom over een geïntegreerde benadering van de zorg, zodat men de vrouw niet los ziet van haar kind en het gezin.

Mevrouw Jarosik somt de transversale aspecten op die in de lessen worden behandeld:

– de interculturaliteit, de communicatie, de holistische benadering van de vrouw, de communicatie patiënte-vroedvrouw en de zelfbeschikking. Er wordt lesgegeven over de zorgmodellen van de WGO voor respectvolle zorg in de perinataliteit (81) (82);

– diversiteit in de simulatie-cases van klinische situaties. In sommige gevallen nemen de doula's eraan deel;

– alle technische handelingen worden met de *evidence-based*-insteek bekeken. Die benadering wordt toegelicht aan de hand van de presentatie van een schema van het gezin en de vrouw, de zorgverstrekker en het recent gepubliceerd onderzoek;

– de opleiding omvat ook een gedeelte over de geestelijke gezondheid van de vrouw: GOG wordt geïdentificeerd als iets dat een impact heeft op de geestelijke gezondheid, bijvoorbeeld bij een bevalling met een keizersnede. Spreekster geeft Franse cijfers die bewijzen dat suïcide de tweede oorzaak van moedersterfte is in het eerste jaar na de geboorte van het kind (83);

– de lessen gezondheidseducatie vinden plaats over alle jaren van het curriculum. Daarin komt het thema van de zelfbeschikking aan bod;

– een aantal lesuren wordt besteed aan de debriefing van de nationale en internationale stages en aan het delen van goede praktijken. GOG dat de studentes eventueel op hun stage hebben waargenomen wordt geanalyseerd, met als doelstelling mimetisme van die handelingen door de toekomstige vroedvrouwen te voorkomen. De studenten en studentes hebben ook de kans te getuigen over de mishandeling die ze eventueel tijdens de stage hebben ondergaan.

2) Zwakke punten

Mevrouw Evrard vermeldt de zwakke punten van de opleiding. Een aantal inhoudelijke punten is weinig uitgewerkt. Het gaat om:

– aspecten in verband met de LGBTQIA+'ers;

---

(81) Wereldgezondheidsorganisatie, perscommuniqué van 15 februari 2018, «*Individualized, supportive care key to positive childbirth experience*», *https://www.who.int/news/item/15-02-2018-individualized-supportive-care-key-to-positive-childbirth-experience-says-who*.

(82) Wereldgezondheidsorganisatie, *Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*, 30 maart 2022, *https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989*.

(83) *Les maladies cardiovasculaires et les suicides premières causes de décès maternels en France en 2013-2015, https://presse.inserm.fr/les-maladies-cardiovasculaires-et-les-suicides-premieres-causes-de-deces-maternels-en-france-en-2013-2015/41869/*.

– het pluridisciplinaire partnerschap en het partnerschap in zorgnetwerken;

– het begrip gender en de intersectionele aanpak;

– de geletterdheid in gezondheid, dat wil zeggen zich een narratief van gezondheidseducatie voor vrouwen eigen maken.

Volgens mevrouw Evrard, moet er meer variatie komen in de klinische situaties, om meer diversiteit in de profielen op te nemen: LGBTQIA+'ers, mensen met een handicap of kwetsbare groepen.

Niet alle lesgevers hebben de kans gekregen een opleiding te volgen over thema's zoals gender, communicatie, vrouwelijke genitale verminking, interculturaliteit, enz.; die thema's waren niet opgenomen in hun aanvankelijke opleiding.

3) Kansen

Mevrouw Jarosik vermeldt de kansen die men ziet:

– dankzij de samenwerking met het *Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP)* (84) kan men kennis hebben van de diverse statistieken in verband met perinataliteit. Door de samenwerking met het platform «*Born in Belgium Professionals*» (85) kan in een netwerk worden gewerkt en is uitwisseling met *peers* mogelijk;

– men is beginnen na te denken om van de opleiding een master te maken. Volgens mevrouw Jarosik staat een dergelijk proces toe het competentieveld uit te breiden, door er competenties in op te nemen zoals: leiderschap, netwerken, de klinische beslissing, enz. Die uitbreiding van de competenties zal het mogelijk maken om de verdediging van de vrouwenrechten en van de zelfbeschikking, van de rechten van de LGBTQIA+'ers, enz., te versterken.

4) Bedreigingen

– de eerste bedreiging behelst de vrije en geïnformeerde toestemming. Hoewel het principe in het curriculum is opgenomen, wordt het bij de stages in het veld niet altijd toegepast, wat een kloof veroorzaakt tussen de theoretische opleiding en de werkelijkheid in het veld. Ook de spanningen tussen het medisch protocol en de zelfbeschikking van de vrouw storen de studenten;

– de forensische risico's en de vrees van de artsen die de practica begeleiden.

5) Aanbevelingen

Mevrouw Evrard beëindigt haar uiteenzetting met een voorstel van enkele aanbevelingen:

– van de opleiding tot vroedvrouw een master maken zou de autonomie van de vroedvrouwen vergroten. Het schept ook de mogelijkheid meer thema's in het curriculum op te nemen, zoals leiderschap, het verdedigen van de rechten van de vrouw, enz.;

– het versterken van de bijscholing van de vroedvrouwen: het kan relevant zijn in de bijscholing thema's op te nemen die verband houden met de vrije en geïnformeerde toestemming, gender en het zelfbeschikkingsrecht en GOG (vroedvrouwen moeten om de vijf jaar gedurende vijfenzeventig uur bijscholing volgen).

(84) Het *Centre d'épidémiologie périnatale (CEpiP)* is een Franstalige interuniversitaire vzw, zie: *https://www.cepip.be/home.php*.
(85) *Born in Belgium Professionals*, zie: *https://borninbelgiumpro.be.*

E. Gedachtewisseling

Mevrouw Durenne wenst van mevrouw Roynet, die mensen ontmoet uit diverse sociaaleconomische kringen, te vernemen of ze een verschil van behandeling door het zorgpersoneel waarneemt bij minderbedeelde patiëntes.

Mevrouw Roynet verklaart dat de patiëntes uit minderbedeelde kringen inderdaad minder goed behandeld worden dan anderen. Die vaststelling heeft allerlei redenen. Die patiëntes worden door hun armoede gedwongen naar ziekenhuizen te gaan, omdat ze niet de middelen hebben om bij privéstructuren aan te kloppen.

Mevrouw Durenne onthoudt uit de diverse hoorzittingen dat de relaties tussen zorgpersoneel en patiëntes soms aan een tekort aan communicatie lijden. Ze vraagt zich af hoeveel aandacht Hénallux voor dat aspect heeft en of het curriculum mettertijd positief geëvolueerd is wat de insteek van de communicatie betreft.

Mevrouw Evrard verklaart dat het curriculum cursussen psychologie, sociologie, filosofie en antropologie omvat, waarin de communicatie tussen zorgverstrekkers en patiënten behandeld wordt, ook geweldloze communicatie en interculturaliteit. Daarover worden simulatie-oefeningen en interviews met personen georganiseerd. Er is tevens een partnerschap met de interculturele bemiddelaars en bemiddelaarsters van de ziekenhuizen.

Mevrouw Ryckmans stelt vast dat de vertegenwoordigers van Hénallux voorstander zijn van een masteropleiding tot vroedvrouw. Ze vraagt zich af of dat proces, dat de opleiding tot vroedvrouw omvangrijker, langer en vollediger maakt, ook een oplossing zal bieden voor de zwakke punten en bedreigingen die in de uiteenzetting werden besproken. Tevens wil ze weten hoe de inhoud die aan bod kwam in de sterke punten van het curriculum, met eerbiediging van de academische vrijheid, deel kan uitmaken van de basissokkel van de opleiding tot vroedvrouw.

Mevrouw Jarosik legt uit dat de *Académie de recherche et d'enseignement supérieur* (ARES) een kader geeft voor de inhoud van de opleiding zonder daarbij de verschillende transversale thema's op te leggen die onder de vrije pedagogische keuze van de school vallen (86). In alle gevallen pleit Hénallux voor een geïntegreerde benadering van de zorg.

Mevrouw Ryckmans vraagt wat mevrouw Royet aanbeveelt om de huidige opleiding verloskunde en gynaecologie meer te richten op gedrag, handelingen en woordgebruik voor een correcte behandeling, zoals aangegeven in haar uiteenzetting. Zonder een specifieke opleiding gynaecologie buiten het ziekenhuis, zou de huidige opleiding in die zin verbeterd kunnen worden of acht spreekster dit niet haalbaar?

Mevrouw Roynet denkt dat wijzigingen in de opleiding geneeskunde momenteel niet mogelijk zijn. Structurele of systemische wijzigingen in ziekenhuizen zijn ondenkbaar op korte termijn. Het zou moeilijk en nutteloos zijn om te proberen die structuren te veranderen die ziekenhuisgericht zijn, of zelfs «ziekenhuis-universiteitsgericht».

Mevrouw Masai heeft vragen over de stagebegeleiding die een sleutelmoment is om de praktijken op het terrein aan de orde te stellen. Ze vraagt wat de goede praktijken ter zake zijn. Voorts vraagt ze hoe de ervaringen en *feedback* van de stagairs worden beheerd en of er overlegorganen of vertegenwoordiging van de studenten is.

Mevrouw Jarosik geeft aan dat er werkgroepen van stagairs zijn binnen de ziekenhuizen: zij informeren naar de ervaringen van de stagairs en zoeken naar mogelijke verbeteringen. Daarnaast heeft Hénallux sinds dit jaar evaluaties van de ziekenhuisdiensten ingevoerd die door de studenten zijn gemaakt. Tijdens de partnerschapsbijeenkomsten tussen de scholen en de ziekenhuizen kan de stageverantwoordelijke de samenvattingen van de stages doornemen en de goede praktijken en eventuele aandachtspunten aangeven. Een andere rol ter zake wordt ingevuld door de stagebegeleiders van de studenten. Zij vormen een schakel tussen de opleidingsinstellingen en de ziekenhuizen. Deze leraren kunnen de aandacht vestigen op bepaalde praktijken die niet worden aanbevolen maar *evidence based* zijn.

---

(86) De *Académie de recherche et d'enseignement supérieur* (ARES) is de federatie van de Franstalige instellingen voor hoger onderwijs in België. Ze zorgt voor de algemene coördinatie van hun activiteiten en moedigt onderlinge samenwerking aan. Zie: *https://www.ares-ac.be/fr/*.

De stages zijn op zich erg gevarieerd: dat kunnen stages zijn op verschillende plaatsen in België of in het buitenland (bijvoorbeeld in Frankrijk, met het Europees programma Erasmus+). Die verscheidenheid biedt stagiairs de mogelijkheid om verschillende praktijken te leren kennen. Voortaan worden alle buitenlandse stages begeleid door leerkrachten die een interculturele opleiding hebben genoten om stereotypering tegen te gaan en cultuurschokken te beheren.

Mevrouw Roynet geeft ook aan dat voor meer diversiteit in de stageplaatsen, men moet voorkomen dat stages louter in ziekenhuizen plaatsvinden. Door diversificatie van de stageplaatsen buiten het ziekenhuis zouden de stagairs geneeskunde, volgens spreekster, een andere manier leren kennen om patiënten te verzorgen en te behandelen. Perifere ziekenhuizen, polyklinieken of andere gelijkaardige structuren bieden hun de mogelijkheid om dichter bij de mensen te staan.

*

* *

VI. HOORZITTINGEN VAN 20 JUNI 2022

– Hoogleraar Anne Delbaere, directrice van de dienst Gynaecologie en Verloskunde en van dokter Clotilde Lamy, directrice van de Verloskunde Kliniek, Erasmus Ziekenhuis, ULB;

– De dames Greet Jorissen, Kaatje Keppens en Madhi Sysmans, Hogeschool Thomas More, campus Lier, opleiding vroedvrouwen.

A. Uiteenzetting van hoogleraar Anne Delbaere, dienst Gynaecologie en Verloskunde en dokter Clotilde Lamy, Verloskunde Kliniek, Erasmus Ziekenhuis, ULB

Mevrouw Delbaere verduidelijkt dat zij gespecialiseerd is in begeleide voortplanting, terwijl mevrouw Lamy gynaecoloog-verloskundige is. Mevrouw Delbaere spreekt in haar hoedanigheid van hoogleraar geneeskunde aan de ULB en zal proberen de vragen over de opleiding van de studenten te beantwoorden.

1) Het begrip geïnformeerde toestemming van de patiënt en zelfbeschikkingsrecht

Die begrippen komen aan bod in het derde jaar bachelor geneeskunde (blok 3) in het kader van de cursus bioethiek en deontologie. Die onderwerpen worden ook behandeld in de master 2 (blok 5) in de studie legale geneeskunde.

De studie gynaecologie-verloskunde van de master 2 (blok 5) maakt deel uit van de vakgroep gynaecologie-verloskunde en genetica. De studie gynaecologie-verloskunde wordt hier in drie studieactiviteiten (cursussen) ingedeeld: geneeskundig-chirurgische gynaecologie, verloskunde en endocrinologie van de voortplanting. De begrippen toestemming en zelfbeschikkingsrecht komen specifiek aan bod in de leerunits endocrinologie van de voortplanting en verloskunde. De wettelijke context betreffende toestemming komt in het bijzonder aan bod in de lesonderdelen over zwangerschapsonderbreking of begeleide voortplanting.

Tijdens seminaries worden die begrippen ook besproken in de *grandes cliniques* (87) *de Gynécologie-Obstétrique*.

Mevrouw Delbaere geeft aan dat in de masterspecialisatie één keer per maand, voor alle gynaecologen-verloskundigen, seminaries worden ingeplant over een specifiek thema. Dit jaar werd bijvoorbeeld een avondseminarie georganiseerd over transidentiteit met drie sprekers. Maar die algemenere thema's komen niet elk jaar aan bod.

2) Gynaecologisch en obstetrisch geweld

Gynaecologisch en obstetrisch geweld en de gevolgen ervan voor de fysieke en mentale gezondheid van patientes komen aan bod in de master 2 tijdens de cursus verloskunde.

De volgende onderwerpen worden besproken:

– de definitie van obstetrisch geweld;

– de aanpak van deze problematiek in de wetenschappelijke literatuur;

– de inschrijving ervan in de wet in Venezuela;

– de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie;

– verschillende getuigenissen van patiëntes;

– enz.

(87) Dit zijn klinische bijeenkomsten in kleine groepen waarbij met studenten kan worden gesproken over klinische, diagnostische en therapeutische aspecten van gynaecologische en verloskundige aandoeningen. Er zijn vier *grandes cliniques* van telkens drie maanden: gynaecologie-verloskunde, pediatrie, chirurgie en interne geneeskunde.

De manier waarop obstetrisch geweld wordt gezien door zorgpersoneel komt ook aan bod via getuigenissen. Hieruit blijkt dat die situaties destabiliserend werkten en men geleidelijk evolueerde naar de erkenning dat obstetrisch geweld wel degelijk bestaat.

Spreekster benadrukt dat de cursus verloskunde in de master 2 achttien uren omvat. In die erg beperkte tijdsspanne worden foetale geneeskunde, verloskunde en verloskundige pathologieën behandeld. In deze cursus wordt maar één uur gewijd aan obstetrisch geweld en de gevolgen ervan: minderwaardigheidsgevoel, gevoel van vernedering, infantilisering, het gevoel louter herleid te worden tot een lichaam, eenzaamheid, verlatenheid, angst voor de dood, enz.

Ook in de permanente opleidingen kan dit specifieke onderwerp bestudeerd worden, meer bepaald via multidisciplinaire bijeenkomsten binnen de GIC-groep (*Groupe interdisciplinaire de périnatalité*). In die groep zitten psychiaters, psychologen, vroedvrouwen, gynaecologen en verloskundigen en wordt vooral perinataliteit besproken. De bijeenkomsten vinden twee à drie keer per jaar plaats.

Voorts worden er in bepaalde ziekenhuizen meer specifieke initiatieven georganiseerd. In het Erasmus-ziekenhuis werd een interdisciplinair project rond perinatale mentale gezondheid, NATUS, opgericht door een kinderpsychiater. Dit project beoogt de behandeling van perinatale mentale problemen volgens het vrij ruime begrip van «duizend dagen». Die periode omvat dus de antenatale periode, de geboorte en de postnatale periode. De volledige traumatische verloskundige beleving wordt dus tijdens die bijeenkomsten besproken.

Bovendien wordt het thema tijdens de *grande clinique de gynécologie-obstétrique* besproken voor het onthaal van de internen. Mevrouw Delbaere herinnert eraan dat elke student geneeskunde drie maanden stage loopt op een afdeling gynaecologie-verloskunde tijdens zijn inwonend coassistentschap (88). Een van de grootste problemen is dat studenten verspreid worden over verschillende ziekenhuizen die elk een andere titularis hebben in het kader van de *grande clinique*. Dit betekent bijgevolg dat er geen eenvormigheid is in de opleiding tijdens die *grandes cliniques*. Spreekster stelt voor om voor alle studenten in een gemeenschappelijke basisopleiding te voorzien tijdens die *grandes cliniques.* Dat zou kunnen via simulatiesessies, waarin communicatie met de patiënt zit vervat. Maar spreekster benadrukt dat deze praktijk personeel en tijd vergt.

3) Opvang en zorg voor LGBTIQA+-personen, kwetsbare personen of personen met een handicap

Mevrouw Delbaere gaf tot dit jaar een cursus inleiding tot menselijke reproductie in het tweede jaar bachelor geneeskunde (blok 2). Het gaat om een cursus van twaalf uur die ze vrij integratief heeft opgevat. De cursus gaat over zowel de fysiologie van de reproductie, als over een reeks belangrijke hiermee gepaard gaande maatschappelijke vraagstukken. Zo worden bijvoorbeeld twee lesuren besteed aan seksueel determinisme met genetische, hormonale basis die het geslacht bepalen bij de geboorte. Vervolgens wordt met de studenten nagedacht over genderidentiteit en genderexpressie, seksuele geaardheid, de verschillende interseksuele statussen, enz. De studenten beschikken over documenten van de vzw *Genres pluriels* zoals een basislexicon voor transidentiteiten (89) of de *Charte du réseau psycho médicosocial trans et inter belge* (90). Maar mevrouw Delbaere geeft wel aan dat er niet genoeg tijd is om deze thematiek meer in detail te bespreken. Ze geeft die documenten enkel door zonder ze in de cursus te behandelen.

In het tweede jaar bachelor geneeskunde nodigt spreekster mevrouw Christine Gilles, directrice van de dienst Gynaecologie-Verloskunde van het Sint-Pieterziekenhuis, uit om over gynaecologisch geweld te komen spreken. Mevrouw Gilles was nauw betrokken bij de oprichting van het centrum dat seksueel geweld behandelt en aanleunt bij het Sint-Pieter-ziekenhuis. Haar uiteenzetting gaat over het begrip toestemming, over de manier waarop vrouwelijke slachtoffers van seksueel geweld geholpen moeten worden en over de tijd die patiënten moeten krijgen en het woord dat aan hen moet worden gegeven.

Tot slot stelt mevrouw Nadine Kacelenbogen in het derde jaar bachelor geneeskunde een cursus algemene geneeskunde voor waarin seksueel geweld wordt besproken, vooral seksueel partnergeweld. In de master 2, specialisatie gynaecologie en verloskunde, in het kader van de cursus endocrinologie van de voortplanting, behandelt mevrouw Delbaere evenwel seksueel geweld vanuit een praktijkgericht oogpunt. Ze betreurt echter

(88) Voor diens *grande clinique de gynécologie-obstétrique.*
(89) *https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/terminologies_-_brochure_genres_pluriels.pdf.*
(90) *https://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/190309_charte_reseau_pms_trans_et_inter_belge_fr.pdf.*

dat door tijdgebrek bepaalde onderwerpen zoals de opvang van mensen uit de LGBTIQA+-gemeenschap, de manier om met transgender- in plaats van cisgenderpatiënten om te gaan, enz., niet specifiek aan bod komen tijdens de studie geneeskunde.

4) De oorzaken en gevolgen van obstetrisch en gynaecologisch geweld

Mevrouw Delbaere denkt dat de oorzaken en de oorsprong van dit soort geweld vooral toegeschreven kunnen worden aan een gebrek aan middelen in een gezondheidszorgsysteem waarin rentabiliteit een steeds grotere rol speelt. Het spreekt ook voor zich dat een gebrek aan opleiding van het zorgpersoneel tot obstetrisch geweld leidt. De ULB hoopt dit manco geleidelijk te kunnen wegwerken, maar om op een efficiënte manier opleiding te kunnen geven via ateliers of simulaties is er personeel en tijd nodig. De opleiding inzake perinatale mentale zorg is essentieel, maar gaat gebukt onder een groot gebrek aan middelen.

De gevolgen van obstetrisch geweld komen aan bod in het kader van het lessenpakket in master 2. Er zijn momenteel nog maar weinig studies over de impact van dat specifieke geweld op de opbouw van de relatie tussen moeder en kind, of over de manier waarop dit door de partners wordt ervaren. Mevrouw Lamy geeft aan dat er in dit domein momenteel onderzoek wordt gedaan. De eerste studies uit Frankrijk onderzoeken de traumatische beleving die in verband wordt gebracht met een posttraumatisch stresssyndroom dat depressies, psychologische of psychiatrische problemen veroorzaakt die erg groot kunnen zijn tijdens het post partum.

5) De hefbomen van verandering om GOG tegen te gaan

Spreeksters pleiten voor de invoering van een multidisciplinaire opleiding van het zorgpersoneel. Voorbeelden in Frankrijk worden beschouwd als inspirerende goede praktijken. De CEGORIF (*Cercle d'étude des gynécologues obstétriciens d'Ile de France*) heeft een handvest opgesteld van de rechten en plichten van de zorgverleners, van de partners van patiënten en een therapeutische voorbehandeling. Het CRGOLFB (*Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue Française de Belgique*) zal bij de aanvang van het schooljaar een charter voorstellen dat beschikbaar zal zijn in de kraamklinieken. De kraamkliniek Bruyères van de *CHU de Liège* heeft in juni 2021 een charter van verloskundige zorg (91) bekendgemaakt dat de belangrijkste elementen overneemt. Er zijn ook pedagogische films beschikbaar voor de opleiding van zorgpersoneel en als initiatie om teams onderling tot nadenken aan te moedigen. Die voorbeelden kunnen middelen worden voor een correcte gynaecologisch-verloskundige behandeling.

B. Uiteenzetting van de dames Greet Jorissen, Kaatje Keppens en Madhi Sysmans, Hogeschool Thomas More, opleiding vroedvrouwen

1) De ervaringen en motivatie van een vroedvrouw in opleiding

Mevrouw Sysmans stelt zich voor als vroedvrouw, auteur van de bachelorproef «Mag ik?» en oud-leerling van mevrouw Keppens en mevrouw Jorissen, die beiden als docent verbonden zijn aan de opleiding vroedkunde van de Hogeschool Thomas More in Lier. Mevrouw Keppens werkt daarnaast ook als zelfstandige vroedvrouw.

Mevrouw Sysmans start haar uiteenzetting met enkele opvallende resultaten uit het onderzoek dat zij voor haar bachelorproef gevoerd heeft:

– 44 % van de studenten vroedkunde wisten vóór zij aan dit onderzoek deelnamen, niet wat obstetrisch geweld is en hoe het zich manifesteert;

– negen op tien studenten gaf aan dat ze al getuige waren van obstetrisch geweld tijdens hun stage;

– 13 % van de studenten respecteert de procedures voor «*informed consent*» én past deze ook correct toe.

(91) *https://www.chuliege.be/jcms/c2_23983679/fr/bientraitance-obstetricale?id=c2_23983679&preview=true.*

Hoewel mevrouw Sysmans het frappante cijfers vindt, verbazen ze haar niet, als ze kijkt naar haar eigen stage-ervaringen. Die waren soms zeer choquerend, soms ook minder, maar mevrouw Sysmans vond het in ieder geval belangrijk ermee aan de slag te gaan, en die ervaringen vormden dan ook de eerste aanzet voor haar bachelorproef.

De ervaringen van mevrouw Sysmans met obstetrisch geweld waren zeer uiteenlopend: het kon uitgaan van een vroedvrouw, een gynaecoloog of soms zelfs van een andere zorgverlener, zoals een anesthesist.

Een incident dat voor mevrouw Sysmans tekenend is geweest, was dat ze samen met de vroedvrouw waarbij ze stage liep, de benen van een bevallende vrouw in de beensteunen moest houden, zodat de gynaecoloog en de assistent gynaecoloog een goed zicht zouden hebben op de bevalling. Mevrouw Sysmans wist dat de vrouw in het verleden slachtoffer was geweest van seksueel geweld, en voelde zich daar heel slecht bij.

In een ander geval werd een vaginaal touché zeer hardhandig uitgevoerd bij een vijftienjarig meisje dat aan het bevallen was. De zorgverlener in kwestie kwam binnen, stelde zich niet voor, legde niet uit wat hij kwam doen, laat staan dat hij toestemming vroeg. De parturiënte schreeuwde het uit van de pijn en vroeg herhaaldelijk te stoppen, maar dat werd gewoon genegeerd.

Dit zijn twee extreme voorbeelden van obstetrisch geweld, die volgens mevrouw Sysmans gelukkig zelden voorkomen. Veel vaker, zelfs bijna dagelijks, heeft ze echter minder erge gevallen meegemaakt. Voorbeelden zijn:

– bij het binnenkomen meteen al aankondigen dat «we» «eventjes wat medicatie gaan geven zodat de bevalling wat sneller vooruitgaat», zonder te vragen of de zwangere vrouw het daarmee eens is;

– infantiliserend of vernederend taalgebruik. Mevrouw Sysmans heeft ooit een vroedvrouw aan de partner van een parturiënte horen zeggen dat de vrouw «heel stout was, en niet goed luisterde als ze moest persen»;

– bepaalde zorgen volledig uit handen van de partner of de parturiënte nemen, omdat daardoor het werk voor de professionele zorgverleners sneller gaat. Mevrouw Sysmans vertelt dat ze bijvoorbeeld als stagiair eens de opdracht kreeg om een babybadje te geven. De mama van het kindje wou dat heel graag zelf doen, maar mevrouw Sysmans voelde zich verplicht om dat in haar plaats te doen. Achteraf kreeg ze de opmerking dat ze «strenger moest zijn tegen de ouders» en «wat meer op haar strepen mocht staan».

Mevrouw Sysmans meent dat de commissieleden zich wel kunnen inbeelden dat zulke ervaringen voor de ouders negatief tot traumatiserend kunnen zijn. Maar ook als stagiair-vroedvrouw neem je zoiets mee naar huis. Mevrouw Sysmans heeft heel wat lopen ventileren tegen haar partner over alle dingen die ze heeft zien mislopen.

Ze heeft bewust haar eigen houding proberen te bepalen tegenover die ervaringen, en daar ook over gesproken met haar stagementors, maar dat ze daarmee weinig verandering bracht, voelde als een gemis. Door haar bachelorproef te wijden aan het probleem van obstetrisch geweld, hoopt mevrouw Sysmans bij te dragen tot een aanzet in de goede richting.

2) Respectvolle geboortezorg in de Vlaamse opleidingen voor vroedvrouwen

Mevrouw Jorissen licht vervolgens toe hoe obstetrisch geweld in de opleiding vroedkunde aan bod komt.

Vroedkunde gaat uit van een meer positieve invalshoek: respectvolle geboortezorg, in het licht van de subjectieve ervaring van de manier waarop er met de intimiteit van de vrouw wordt omgegaan. Daarbij zijn meerdere zorgbeoefenaars betrokken.

Respectvolle geboortezorg is een internationaal erkende term, onder andere door het *International Childbirth Initiative*. Respectvolle geboortezorg omvat het voorkomen en beletten van alle, ook meer subtiele vormen van disrespect dan enkel of louter geweld. Alle opleidingen en beroepsorganisaties van vroedvrouwen benadrukken het belang ervan. Zo is er al in 2018 aan de Hogeschool Artesis Plantijn een meer theoretische bachelorproef geschreven over obstetrisch geweld.

Toch blijkt, onder andere uit de cijfers die mevrouw Sysmans net heeft getoond, dat obstetrisch geweld in Vlaanderen toch wel frequent voorkomt.

Hoe wordt dit onderwerp benaderd in de Vlaamse opleidingen tot bachelor in de vroedkunde?

De Vlaamse Onderwijsraad heeft het opleidingsprofiel van de Belgische vroedvrouwen in 2014 vastgelegd in twaalf leerresultaten die moeten bereikt worden. Kennis van obstetrisch geweld staat daar niet in vermeld als een afzonderlijk leerdoel. Ook respectvolle geboortezorg wordt niet als een afzonderlijk leerdoel vooropgesteld. Maar respectvolle geboortezorg vormt wel een basisprincipe dat wordt aangebracht over verschillende leerdoelen, leerresultaten en gedragsindicatoren heen, gedurende de hele opleiding tot vroedvrouw.

Mevrouw Jorissen somt een aantal opleidingsdomeinen op waaruit dit blijkt:

– fysiologie: gelukkig is de geboorte in de meeste gevallen nog een fysiologisch proces. De bewaking en begeleiding daarvan is een hele belangrijke taak van de vroedvrouw. Als de bevalling fysiologisch verloopt, is er minder nood aan interventies. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat de tevredenheid bij de barende vrouw en haar partner veel hoger ligt;

– psychosociale context: deze komt in de opleidingen uitgebreid aan bod. De nadruk ligt op *cliënt centered care*, waarbij de vroedvrouw uitgaat van de noden van de patiënt;

– professionele, kwalitatief hoogstaande en veilige zorg, die *evidence based* is;

– gezondheidspromotie: dit houdt onder meer in dat de vroedvrouw correcte informatie kan geven en de ouders kan ondersteunen om geïnformeerde beslissingen te nemen. Daarbij staan *informed consent* en de ondersteuning van de autonomie centraal;

– communicatieve vaardigheden;

– reflectievaardigheden: het vermogen van de vroedvrouwen, om stil te staan bij wat ze meemaken en bij hun eigen handelen, tijdens hun stage, maar ook na hun opleiding.

De verschillende hogescholen bieden ook bij- en nascholingsmogelijkheden aan die focussen op respectvolle geboortezorg. De Karel de Grote Hogeschool organiseert bijvoorbeeld een bijscholing over «Bevallen op eigen kracht». Thomas More geeft scenariotrainingen waarin die respectvolle geboortezorg heel sterk benadrukt wordt; ook externen kunnen daaraan deelnemen.

Mevrouw Jorissen vindt de bevindingen van de bachelorproef heel confronterend, en sommige verhalen ronduit choquerend. Bewustwording en bewustmaking zijn dan ook uitermate belangrijk; dat 44 % van de studenten niet bekend is met het thema van obstetrisch geweld, is veelzeggend. Een respectvolle omgang met andere mensen lijkt een vanzelfsprekendheid, maar spijtig genoeg is dat niet altijd het geval. Het vereist een individuele benadering, die oog heeft voor de eigen noden en voorgeschiedenis van elke patiënt. Dit principe maakt deel uit van de gehele opleiding, zowel in de theorievakken als in de praktijk.

In de opleiding aan de Hogeschool Thomas More campus Lier komt obstetrisch geweld daarnaast ook expliciet aan bod: in het eerste jaar van de opleiding tot bachelor vroedkunde, bij het vak «persoonlijke ontwikkeling», en in het derde jaar, bij het vak «kwaliteit van zorg».

Mevrouw Keppens gaat verder in op de integratie van kennis en vaardigheden over obstetrisch geweld in de andere vakken.

Bij de Hogeschool Thomas More gebeurt dat in de eerste plaats via de lessen over fysiologie. Vroedvrouwen die goed op de hoogte zijn van het verloop van een fysiologische bevalling en weten hoe ze die fysiologie kunnen ondersteunen, kunnen helpen voorkomen dat interventies nodig zijn. Meestal heeft het uitvoeren van interventies de meeste impact op de zorgbeleving van moeder en kind, bijvoorbeeld bij een vaginaal toucher.

Door de fysiologie te benadrukken willen de opleiders ook de autonomie van het koppel bevorderen. Hoe beter een moeder zich fysiek voelt, hoe beter ook haar beleving zal zijn, en hoe beter ook de hechting zal zijn met haar kind. Net dit jaar heeft een andere student aan de Hogeschool Thomas More een bachelorproef geschreven over onderzoek dat aantoont dat ook vaders op langere termijn veel meer depressies ontwikkelen als een moeder een depressie heeft, bijvoorbeeld ten gevolge van een ervaring van geweld.

In de lessen over communicatie gaan de studenten actief aan de slag met het *Calgary Cambridge* model, dat vertrekt van een gesprek dat erop gericht is om zoveel mogelijk informatie in te winnen. Zo proberen de

studenten inzicht in de beleving van de moeder en van het gezin te verwerven, nog vóór er enig advies of enige zorg gegeven wordt.

De opleiding zet met de cursus «omgaan met de cliënt» ook sterk in op *client centered care* en *informed consent*. Natuurlijk zijn er protocollen, maar moeder en kind moeten centraal staan en met een grote flexibiliteit benaderd worden, met oog voor hun specifieke noden en vooral ook voor hun beleving. Daarbij beperken de zorgverleners de communicatie niet enkel tot informatie en mededelingen, in de aard van «mevrouw, ik ga nu een vaginaal onderzoek uitvoeren», maar vragen ze ook toestemming: «mevrouw, mag ik…?»

Zo'n benadering vraagt natuurlijk ook wat meer tijd, bij de opleiding en in de zorg. Mevrouw Keppens wijst er verschillende malen op dat het tijdsbestek van de driejarige opleiding, en de manier waarop de zorgverlening en de stagebegeleiding georganiseerd is, slechts beperkt ruimte laten om alle aspecten van respectvolle geboortezorg ten volle aan te leren en in de praktijk te brengen.

Binnen het curriculum wordt ook aandacht gegeven aan de perinatale psychologie en het belang van de eerste duizend en één dagen in het leven van het kind, om studenten ervan bewust te maken dat moeder en kind tijdens de zwangerschap en bevalling niet gedifferentieerd zijn. Alles wat de moeder voelt, wordt eveneens door de baby gevoeld. Als een moeder het gevoel heeft een ruwe behandeling of obstetrisch geweld te ondergaan, vormt dat ook de eerste indruk in het leven van het kind. Thomas Verny, een psychiater, stelt in dat verband: «*Womb ecology is world ecology*». Als er aan het begin van het leven iets misgaat, heeft dat ons hele leven lang een impact.

3) De uitdagingen voor de verstrekkers van opleidingen in de vroedkunde

Mevrouw Keppens looft mevrouw Sysmans voor haar bijdrage aan het besef dat het bewustzijn over respectvolle geboortezorg en over de problematiek van obstetrisch geweld nog verbetering behoeft. De Hogeschool denkt erover na hoe ze dat bewustzijn bij de studenten vroedkunde kan verhogen, en hen ertoe kan brengen de juiste vragen te stellen:

– wat wil je bereiken?

– welke interventie ga je doen, en hoe pak je dat aan?

– welke impact hebben jouw handelingen en aanpak op het jonge gezin?

– hoe ga je om met je ervaringen, en hoe reflecteer je daarop?

Maar mevrouw Keppens wil ook de opleiders en stagebegeleiders in de spiegel laten kijken. Bij de voorbereiding van deze uiteenzetting is onder de spreeksters de vraag gerezen wat een stagebegeleider doet, kan doen en zou moeten doen als een student zulke verhalen als die van mevrouw Sysmans vertelt. Tot heden blijven die gesprekken meestal tussen stagebegeleiding en student, mede onder invloed van de hiërarchie waarbinnen vroedvrouwen en stagiair-vroedvrouwen werken.

Hoe kan de stage- en werkomgeving ertoe bijdragen dat studenten en hun begeleiders op een veilige manier met elkaar in verbinding staan? Hoe kunnen zij in die context een open gesprek aangaan, en een gesprek opentrekken?

Mevrouw Keppens wijst ook op de toenemende medicalisering van de huidige geboortezorg. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat zorg die meer door vroedvrouwen gestuurd wordt, tot een betere beleving bij de ouders leidt. Op langere termijn heeft dat ook een positief effect voor het kind.

Hoe maken we studenten sterk voor zo'n aanpak? Hoe kunnen opleiders en begeleiders duidelijk maken dat respectvolle zorg veel meer omvat dan louter rechten en plichten?

Tot slot wil mevrouw Keppens, samen met mevrouw Jorissen en mevrouw Sysmans, iedereen eraan herinneren dat mensenrechten ook in de geboorte gelden. Iedereen heeft recht op een kwaliteitsvolle zorg, op maat en vrij van discriminatie, op respect en waardigheid, op privacy en vertrouwen, op volledige informatie en op de vrijheid te beslissen.

C. Gedachtewisseling

Mevrouw Yigit richt een vraag tot mevrouw Sysmans. Professor Delbaere heeft kort gewezen op het tekort aan wetenschappelijk onderzoek, aan vorming en aan middelen om obstetrisch geweld in kaart te brengen en terug te dringen, en zij heeft ook benadrukt dat dit een multidisciplinaire aanpak vereist.

Welke instrumenten zouden er nu al aangereikt kunnen worden, zowel aan de vroedvrouwen in opleiding als aan hun begeleiders? Wanneer studenten vroedkunde tijdens de stage geconfronteerd worden met obstetrisch geweld, hoe kunnen zij daar dan mee omgaan? En wat zou helpen om hierover te kunnen reflecteren en dit in alle veiligheid te kunnen bespreken?

Mevrouw Sysmans diende tijdens haar stage elke dag een evaluatieformulier in te vullen om haar handelingen als stagiair-vroedvrouw te registreren, en daar kritisch op te reflecteren. Zij weet echter niet of dat voor alle hogescholen geldt. Deze formulieren zouden expliciet kunnen vragen naar situaties waarin de grenzen van de betrokkenen niet gerespecteerd werden, naar de manier waarop de stagiair daarnaar kijkt, en naar de lessen die daaruit kunnen getrokken worden. Mevrouw Sysmans meent dat een student hier elke dag van de stage over doen nadenken, automatisch een verankering in het bewustzijn en in het handelen van de vroedvrouw zal teweegbrengen.

Daarnaast zou er een standaardprocedure moeten zijn om bij de stagementor melding te maken van traumatiserende situaties, voor de parturiënte, haar partner, of de stagiair-vroedvrouw zelf. De stagementor zou dan op zijn of haar beurt het geval moeten voorleggen aan de hoofdvroedvrouw, en het met hem of haar bespreken. Doorgaans staat de stagementor wel informeel in contact met de hoofdvroedvrouw. De hoofdvroedvrouw kan een brug slaan naar de andere vroedvrouwen, de gynaecologen en andere zorgverleners, zodat ook zij naar aanleiding van het voorval een verbeteringsactie kunnen uitwerken. Mevrouw Sysmans vindt dat laatste belangrijk; het volstaat niet dat de stagiair-vroedvrouw haar verhaal kan doen, en dat de kous daarmee af is.

Mevrouw Keppens vult aan dat de bachelorproef van mevrouw Sysmans ertoe geleid heeft dat nu in alle verslagen en taken die studenten moeten maken, gevraagd wordt om te reflecteren over hoe respectvol iemand benaderd werd. Op die manier wil de Hogeschool het eigen bewustwordingsproces al starten vanaf het eerste jaar.

Mevrouw Lamy benadrukt dat het sleutelmoment voor specialisten de debriefing is, zowel met de patiënten als in de multidisciplinaire vergaderingen met de artsen, vroedvrouwen en psychologen samen. Sommige gevallen worden meermaals en langdurig geanalyseerd, omdat zorgverleners er hun beleving, die pas na enige tijd duidelijk kan worden, moeten uitdrukken. Mevrouw Lamy wijst erop dat iedere zorgverlener die optreedt in de perinatale periode zich bewust is van de kwestie van obstetrisch en gynaecologisch geweld. De uitspraken van de spreeksters van de Hogeschool Thomas More over de ervaringen van studenten die tijdens hun stage getuige zijn geweest van geweld, heeft haar bijzonder getroffen. In bepaalde situaties voelen zorgverleners zich soms machteloos. Het is dus belangrijk om naar deze zorgverleners te luisteren en hen de ruimte te geven om hun ervaringen te delen. Zoals eerder vermeld, kunnen sommige zorgverleners naargelang van de oorsprong van het geweld zelf te maken krijgen met geweld. Spreekster haalt het voorbeeld aan van toestanden waarin de bekwaamheid van de zorgverlener in twijfel wordt getrokken na complexe ervaringen van de patienten, terwijl de zorgverlener volledig volgens goede medische praktijken heeft gehandeld.

Mevrouw Yigit heeft zelf jarenlang als sociale tolk Turks-Nederlands gewerkt, ook bij consultaties in de gynaecologie. Daarbij heeft ook zij veel misstanden gezien, waarbij gevallen van obstetrisch geweld nog een bijkomende dimensie kregen door het feit dat de mensen waarvoor zij tolkte, het Nederlands niet machtig waren en uiteraard ook uit een andere cultuur kwamen. Heeft mevrouw Sysmans in haar onderzoek iets gelijkaardigs ervaren bij anderstaligen, of bij mensen met andere kwetsbaarheden? En heeft zij ook suggesties of een mening over specifieke instrumenten om daaraan te verhelpen?

Mevrouw Sysmans bevestigt dat ze zich in haar werk met, bijvoorbeeld, anderstalige koppels vaak moet behelpen. *Google Translate* heeft haar al een aantal standaardzinnetjes en -termen geleerd. Maar daarnaast zouden de informatiebrochures en steekkaarten, bijvoorbeeld over borstvoeding, ook in de meest voorkomende vreemde talen moeten aangeboden worden.

Zelf probeert mevrouw Sysmans aan koppels die het Nederlands niet goed verstaan, vooraf zo veel mogelijk aangepaste uitleg te geven, met zoveel mogelijk tastbaar ondersteuningsmateriaal. Natuurlijk is dat in acute situaties niet altijd mogelijk. Daarom zou er in de opleiding nog meer nadruk moeten gelegd worden op de

noodzaak om na te denken over de voorbereiding op de bevalling en over de communicatie, ook voor mensen die daar moeilijkheden mee hebben. Welke middelen kan je dan inzetten om die mensen toch goede zorg te kunnen bieden?

Inzake personen met een migratieachtergrond die geen van de landstalen beheersen, verklaart mevrouw Delbaere dat het belangrijk is dat er tolken voorhanden zijn zodat zij zich in hun eigen taal kunnen uitdrukken en de communicatie helder blijft. Wat consultaties voor kunstmatige voortplanting betreft, beschikt het Erasmusziekenhuis over instemmingsformulieren in verschillende talen. Gelet op de grote diversiteit in Brussel is het echter onmogelijk om deze documenten in alle talen aan te bieden. De teams zijn echter multicultureel, en vele zijn meertalig.

Mevrouw Durenne wil enkele vragen stellen aan de vertegenwoordigers van de Hogeschool Thomas More over de stages aan het einde van de opleiding in België of het buitenland. Zijn er fundamentele verschillen in de praktijk of de werking naargelang van het land waar de stage wordt gevolgd? Zij wil graag weten over welk soort verschillen het dan gaat.

Mevrouw Jorissen legt uit dat de stages van de studenten vroedkunde over de hele driejarige opleiding lopen, al ligt het zwaartepunt in het laatste jaar. In het eerste jaar omvat het opleidingsprogramma zes weken stage, in het tweede jaar veertien weken, en in het derde jaar achttien weken. In dat laatste jaar kunnen de studenten ook in het buitenland stage lopen, op heel uiteenlopende plaatsen: binnen Europa, maar ook in Afrikaanse landen. Tussen die landen zien de stagiairs en de opleiders inderdaad grote verschillen. Dat heeft niet alleen te maken met de materiële mogelijkheden, maar ook met de houding van de mensen. Het klopt dat studenten die naar Denemarken geweest zijn, daar een veel meer fysiologische benadering hebben gezien, die ook veel meer uitgaat van de behoefte van de mensen, dan de studenten die op buitenlandse stage in Afrika geweest zijn.

Mevrouw Jorissen stelt echter dat je zeker niet naar het buitenland moet gaan om grote verschillen vast te stellen. Er bestaan ook heel grote verschillen tussen de Vlaamse ziekenhuizen onderling, zowel in de procedures, die licht uiteenlopen, maar ook in de minder technische ervaringen die de studenten opdoen. Dat geldt zowel voor de omgang tussen studenten en vroedvrouwen, als tussen vroedvrouwen en gynaecologen, en tussen studenten en gynaecologen. Dit geldt evenzeer voor de omgang met de patiënten.

In het derde jaar lopen de studenten een stage van tien weken in de verloskamer. Tijdens zo’n lange stage nemen ze haast vanzelf de bestaande gewoontes van de stageplaats over, soms in goede zin, maar soms ook in minder goede zin. Mevrouw Jorissen vindt het daarom belangrijk de studenten te leren reflecteren en kritisch te zijn. Dat gebeurt onder meer bij de terugkommomenten naar de school, die tijdens die stages formeel voorzien zijn.

Mevrouw Jorissen erkent dat die reflectie echter beperkt blijft tot het onderlinge gesprek; er wordt niet teruggekoppeld naar de stageplek. Een van de redenen daarvoor is de bekommernis om de privacy van de studenten, die zich toch moeten blootgeven aan hun opleiders.

Mevrouw Delbaere stelt, net als de vertegenwoordigsters van de Hogeschool Thomas More, vast dat er natuurlijk grote verschillen bestaan in de praktijken in het buitenland, maar dat dit ook geldt voor België, naargelang van de regio’s.

In de kraamafdeling van het Erasmusziekenhuis wordt er veel aandacht besteed aan de partners en echtgenoten. Mevrouw Durenne vraagt hoe deze aandacht zich concreet vertaalt. Zij vraagt ook hoe de communicatie tussen de diensten verloopt. Is er een evolutie merkbaar in de loop van de tijd? Zijn sommige veranderingen problematisch geweest?

Mevouw Lamy legt uit dat met betrekking tot de aandacht voor echtgenoten of partners, de meeste Belgische ziekenhuizen vandaag het label «vrienden van de mama’s» of «vrienden van de baby’s» dragen. Er zou een label «vrienden van de papa’s of partners» moeten bestaan. Alle kraamafdelingen hebben, door het drastisch inkorten van de verblijfsduur, de papa, begeleider of meeouder betrokken bij de zorg of de begeleiding bij de geboorte en het post partum, omdat zij een steun kunnen zijn. Mevrouw Lamy betreurt het dat in België de begeleider, door zijn status en het type kamer waarin de patiënte zich bevindt, niet in de kraamafdeling kan overnachten. De nacht is immers vaak een sleutelmoment voor de pasgeborene of de jonge moeder. Mevrouw Lamy vindt dat dit zou moeten veranderen zodat alle moeders, in alle kraamafdelingen van België, in een kamer kunnen verblijven waar zij vergezeld zijn van de persoon naar hun keuze.

Eén van de aanbevelingen die alle spreeksters vandaag hebben gedaan, betreft de organisatie van multidisciplinaire opleidingen. Mevrouw Masai vraagt welke noden en lacunes er vandaag in België bestaan om de opleidingen of stages meer multidisciplinair te maken. Zij vraagt zich immers af op welke manier men in team van elkaar kan leren, om vervolgens op het terrein efficiënter samen te werken.

Mevrouw Keppens geeft aan dat het huidige opleidingsplan voor bachelors in de vroedkunde geen initiatieven voor multidisciplinaire samenwerking omvat. Zij is van mening dat scenariotrainingen met een multidisciplinair team zeker een grote meerwaarde zouden bieden. Aan die trainingen, met simulaties van realistische situaties, zouden dus niet enkel vroedvrouwen en studenten vroedkunde kunnen deelnemen, maar ook gynaecologen, anesthesisten, en pediaters, al dan niet in opleiding. De focus zou vooral moeten liggen op communicatie.

Samenwerken kan echter ook tijdens congressen en studiedagen. Er zou een veel ruimer aanbod moeten komen van initiatieven waarbij vroedvrouwen en andere zorgverleners, en dan vooral gynaecologen, kunnen samenwerken.

Meer algemeen is mevrouw Keppens van mening dat er kansen liggen in een aanpak waarbij vroedvrouwen veel meer ruimte en tijd krijgen om vrouwen fysiologisch te begeleiden, en waarbij de gynaecoloog zich op de pathologie focust. Mevrouw Keppens heeft zelf zestien jaar in Duitsland gewerkt, waar deze aanpak gemeengoed is. De vroedvrouw verzorgt er de opname van de cliënten in het ziekenhuis, en bepaalt het beleid, in samenspraak met de gynaecoloog. Vroedvrouwen mogen ook zelf de bevalling doen. De gynaecologen of de assistenten staan naast de vroedvrouw, maar zolang de bevalling fysiologisch verloopt, komen zij niet actief tussen. Mevrouw Keppens heeft deze aanpak ervaren als een heel fijne manier om samen te werken. Ze hoopt dat dit inspiratie kan bieden om vroedkunde ook in Vlaanderen anders en respectvoller vorm te geven.

Mevrouw Lamy sluit zich aan bij de uitspraken van de spreeksters van de Hogeschool Thomas More betreffende het voorkomen van obstetrisch en gynaecologisch geweld. Zij is het helemaal eens met de aanbeveling dat de beste preventie bestaat in een goede kennis van de fysiologie. De cursussen geneeskunde zijn bij gebrek aan tijd voornamelijk toegespitst op het herkennen en behandelen van pathologieën. Een goede kennis van de fysiologie is echter even onontbeerlijk voor een zorgverlener. Sommige ziekenhuizen werken steeds meer multidisciplinair met vroedvrouwen en verloskundigen binnen een kraamafdeling. Dankzij structuren als de *Cocon* in het Erasmusziekenhuis kunnen studenten in de specialisatie verloskunde van gedachten wisselen met andere zorgverleners, wat het leren van goede praktijken bevordert. Spreekster verduidelijkt dat de *Cocon* een geboortehuis binnen het ziekenhuis is dat uitsluitend door vroedvrouwen wordt gerund.

Mevrouw Lamy herinnert er ten andere aan dat de context van geweld bovenop het intrinsieke geweld komt dat gepaard gaat met de geboorte. Een vrouw die bevalt bevindt zich in een toestand van kwetsbaarheid en van toegenomen fysieke, psychologische, emotionele en affectieve blootstelling. Daardoor kan het minste dat niet als gepland verloopt, enorme gevolgen hebben. De kwestie van wat de patiëntes ervaren is ook belangrijk, omdat dit geweld kan voorkomen in verschillende contexten:

– er bestaan situaties waarin duidelijk sprake is van nalatigheid of kwaadwilligheid, en die strafrechtelijke gevolgen kunnen hebben;

– in andere situaties worden handelingen verricht die niet tot de *evidence based medecine* behoren. De voornoemde verschillen in praktijken naargelang van de inrichtingen (tussen regio's of landen), kunnen ook een sterke invloed hebben op wat de patiëntes ervaren;

– sommige situaties vereisen handelingen die medisch noodzakelijk of dringend zijn, maar die niet of onvoldoende worden toegelicht;

– ten slotte zijn er ook situaties die correct verlopen zijn op medisch vlak, maar die negatief ervaren worden door de patiënte.

Het omgaan met traumatische ervaringen bekleedt dus een belangrijke plaats in de problematiek van het obstetrisch geweld, dat kan voorkomen in uiteenlopende situaties.

Concreet, op het terrein, worden er elke dag in ziekenhuizen vergaderingen belegd om complexe gevallen te bespreken. Er wordt in de teams van gedachten gewisseld om het verloop van de gebeurtenissen te analyseren. Dit is bijzonder interessant voor studenten in opleiding.

Wat de concrete maatregelen betreft, zijn de simulatieateliers essentiële leerinstrumenten voor de multidisciplinaire opleiding ter bevordering van het werken in team. In dit verband stipt mevrouw Delbaere aan dat het aanleren van teamwork in de studies geneeskunde onder druk staat sinds de opleiding tot zes jaar is beperkt. Elk jaar zijn er instructies om het aantal lesuren te verminderen omdat de programma's overvol zijn. Deze simulatieateliers, die nochtans onontbeerlijk zijn, kunnen niet ingevoegd worden in het huidige leerprogramma van de huisartsgeneeskunde. Zij vinden echter wel plaats in het kader van de specialisatie verloskunde, vanaf het eerste jaar en op regelmatige tijdstippen. Zij stellen studenten in staat om kennis te nemen van uiteenlopende noodsituaties en zijn uiterst leerrijk. Het vergt echter veel tijd en menselijke middelen om alle betrokkenen samen te brengen.

*

* *

VII. HOORZITTINGEN VAN 4 JULI 2022

– Mevrouw Marie Debelle, auteur van de masterproef «*Approche féministe et juridique des violences obstétricales*», Faculteit Rechtsgeleerdheid en Criminologische Wetenschappen, *UCLouvain*;

– Mevrouw Miriam Ben Jattou, voorzitter en directeur van de vzw «*Femmes de Droit, droit des femmes*»;

– Mevrouw Elise De Saint Moulin, advocaat gespecialiseerd in medisch recht, aansprakelijkheids- en verzekeringsrecht, balie van Brussel.

A. Uiteenzetting van mevrouw Marie Debelle, auteur van de masterproef «*Approche féministe et juridique des violences obstétricales*», Faculteit Rechtsgeleerdheid en Criminologische Wetenschappen, *UCLouvain*

Volgens spreekster ontsnapt de medische wereld niet aan het seksisme en het patriarchaat. Die vaststelling is nog schrijnender in de diensten gynaecologie en verloskunde, waar het geweld gebanaliseerd wordt: stigmatiserende uitlatingen, veronachtzamen van de pijn, uitvoeren van medische handelingen zonder toestemming, enz.

Mevrouw Debelle zal in haar uiteenzetting aandacht besteden aan de rechtsmiddelen die de slachtoffers van gynaecologisch en obstetrisch geweld hebben. Vervolgens zal ze de mogelijke oplossingen ter bestrijding van dat geweld bespreken.

Een slachtoffer van GOG kan een beroep doen op bemiddeling of op de gerechtelijke procedures. Het Belgisch recht is technisch goed gewapend om GOG te bestrijden (de burgerrechtelijke contractuele of buitencontractuele aansprakelijkheid, alsook de strafrechtelijke aansprakelijkheid van de zorgverstrekker kunnen in het geding zijn), maar er is een discrepantie tussen recht en praktijk. Met andere woorden, de rechtsmiddelen bestaan wel, maar ze worden weinig gebruikt – en zijn ook weinig «bruikbaar» – in de praktijk.

1) Ombudsdienst

Indien de patiënten dat wensen, kunnen ze hun geschil in der minne beëindigen, hetzij bij de federale ombudsdienst «Rechten van de patiënt» (indien de zorgverstrekker niet in een ziekenhuis werkt), hetzij bij de ombudsdienst van het desbetreffende ziekenhuis. Tenzij mevrouw Debelle zich vergist, is het echter wel zo dat die tweede dienst alleen financiële geschillen onderzoekt en niet de medische aspecten. De ombudsdienst moet gedurende de hele procedure blijk geven van neutraliteit en onpartijdigheid. We kunnen ons echter afvragen of er door de bemiddelaar niet geschipperd wordt wanneer deze in dienst van het ziekenhuis is, wat meestal het geval is. Indien die persoon immers in dienst is van de medische instelling en erdoor betaald wordt om de conflicten te behandelen, dan is hij niet volledig neutraal en onafhankelijk. Indien de partijen tot een akkoord komen, dan wordt het bemiddelingsdossier gesloten. Indien er geen oplossing tussen de partijen wordt gevonden, dan worden zij doorverwezen naar een andere vorm van conflictbeëindiging, zoals een andere dienst van het ziekenhuis, de Orde der artsen, de rechtbanken, enz.

2) De rechtsvordering

Indien patiëntes die het slachtoffer werden van obstetrisch geweld de fase van de bemiddeling niet willen doorlopen, dan kunnen ze om hun rechten te verdedigen een rechtsvordering instellen. De wet van 22 augustus 2002 (92) legt het medisch korps een aantal regels op in hun betrekkingen met hen. Deze voorziet echter niet in een sanctie. De algemene rechtsregeling is dus van toepassing, te weten de burgerrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke aansprakelijkheid, met de specifieke kenmerken van elke vordering.

(92) Wet 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

We moeten echter realistisch zijn. Tot dusver is het in de Belgische rechtbanken niet tot een veroordeling wegens obstetrisch geweld gekomen. Omdat de kansen op succes gering zijn, stellen weinig vrouwen een rechtsvordering in.

a) De strafprocedure

Voor wat de strafprocedure betreft, staat obstetrisch geweld op heden niet in het Strafwetboek. Men moet dus naar andere inbreuken verwijzen, zoals slagen en verwondingen (een keizersnede zonder medische reden of een fundusexpressie), verkrachting (vaginaal toucheren zonder toestemming), seksuele verminking (episiotomie), enz. De slachtoffers kunnen klacht indienen op het politiecommissariaat, dat de klacht aan de procureur des Konings zal overzenden, of ze kunnen aan die laatste een aangetekend schrijven richten. Die tweede oplossing verdient de voorkeur, want ze biedt de mogelijkheid de gepleegde handelingen gedetailleerd te beschrijven en een afschrift van het hele dossier toe te voegen. Vervolgens beslist de procureur ofwel de klacht te seponeren, ofwel vervolging in te stellen. In dat laatste geval kan een onderzoek gevolgd door een strafprocedure leiden tot een vonnis betreffende de zorgverstrekker wegens de gepleegde handelingen. De straf is een geldboete of een gevangenisstraf voor de zorgverstrekker.

b) De burgerrechtelijke procedure

Om voor de burgerlijke rechtbanken een vordering in te stellen, moeten de slachtoffers bewijzen dat zij een fout hebben ondergaan die een oorzakelijk verband heeft met hun schade. De fout, die onderzocht wordt in het licht van het criterium van de normaal voorzichtige en redelijke arts in dezelfde omstandigheden, kan het gevolg zijn van het niet eerbiedigen van de wet en meer bepaald van de schending van het recht op informatie en van toestemming, waarin de wet van 22 augustus 2002 voorziet. De herstelbare schade kan gaan van de kosten van consultaties bij de psycholoog tot het beroepsmatige inkomensverlies, alsook de lichamelijke en geestelijke letsels (pijn, problemen om de seksualiteit te hervatten, enz.), die de pleger zal moeten terugbetalen, samen met de gerechtskosten. Om klacht in te dienen moeten de slachtoffers de rechtbank van eerste aanleg adiëren. Hoewel de kansen om het proces te winnen groter zijn voor de burgerlijke rechtbank dan voor de strafrechtbank, omdat daar de mogelijkheid van seponering niet bestaat, heeft tot op heden nog geen enkele zaak van obstetrisch geweld tot een veroordeling geleid. Het is geen gemakkelijke procedure, want de slachtoffers moeten de fout, de schade en het oorzakelijk verband bewijzen, wat niet evident is, onder andere wegens de opeenvolging van ingrepen.

Elke medische handeling verstoort immers het proces van de bevalling en brengt nieuwe medische handelingen met zich als antwoord op die verstoringen. Die bijkomende handelingen veroorzaken op hun beurt verwikkelingen die opnieuw andere ingrepen vergen, enz. Die opeenvolgende ingrepen bemoeilijken het bewijzen van het oorzakelijk verband tussen de handeling van de zorgverstrekker en de geleden schade. Het is bijvoorbeeld gecompliceerd om de zorgverstrekkers ervan te overtuigen dat de perineale verwondingen werkelijk werden veroorzaakt door een episiotomie die men had kunnen voorkomen, omdat het de liggende houding die de bevallende werd opgelegd was, die de goede progressie van de geboorte heeft belet en die de episiotomie noodzakelijk maakte om de geboorte sneller te laten verlopen.

c) De tuchtprocedure

De tuchtprocedure wordt ingeleid bij de Provinciale Raad van de Orde der artsen van de provincie waar de arts ingeschreven is. De patiëntes schrijven dan een brief aan de hand waarvan de klacht wordt ingediend en waarin ze expliciet een sanctie of een veroordeling van de aangeklaagde zorgverstrekker moeten vragen. De sanctie kan de vorm aannemen van een waarschuwing, van een blaam, van een verbod om het beroep uit te oefenen dat tot drie jaar kan belopen of van een schrapping. Die vormen van de sanctie kunnen de artsen harder treffen; een schrapping bijvoorbeeld is zwaarder dan een geldboete. De werking en de samenstelling van de Orde der artsen doen echter vragen rijzen bij de onpartijdigheid en de onafhankelijkheid van haar beslissingen. Op enkele juristen en het door een magistraat waargenomen voorzitterschap na, bestaat ze bijna uitsluitend uit artsen.

3) Mogelijke oplossingen

a) Informeren et geïnformeerd worden

Om die ongelijkheid tussen arts en patiënt zo goed mogelijk te voorkomen, wordt de patiënten aanbevolen informatie in te winnen over de werking van het lichaam, de medische procedures en hun rechten. Zij kunnen op basis hiervan anticiperen op het verloop van de raadpleging, de medische handelingen evalueren, duidelijk vragen wat zij willen en zich tot andere zorgverleners wenden. Het zorgpersoneel moet dan weer informatie krijgen om de problematiek te bevatten en zijn gedrag aan te passen.

b) Zorgverleners opleiden in patiëntenwelzijn en het academisch curriculum herzien

Dit punt behelst het opleiden van zorgverleners in patiëntenwelzijn en het herzien van het academisch curriculum om een belangrijke plaats toe te kennen aan het aanleren van de vrije en geïnformeerde toestemming en de fysiologie van de bevalling. Een opleiding die meer gericht is op het welzijn van de patiënt dan op rendement en techniek, zal de patiënt weer centraal plaatsen in de beslissingen die genomen moeten worden in de gezondheidszorg. Medische handelingen zullen dan worden uitgevoerd in het algemeen belang van de moeder en de baby en niet alleen in het belang van het kind, de arts of de instelling. Daarom moet het zorgpersoneel in zijn basisopleiding en bijscholing onderricht krijgen over de arts-patiëntrelatie, de correcte behandeling, het belang van het begrip toestemming, actief luisteren en gelijkheid tussen mannen en vrouwen. Het zou veel doeltreffender zijn om vanuit de medische faculteiten de theorie te toetsen aan de ervaringen van de patiënt waarbij men zich op die gevallen baseert om de tekortkomingen vast te stellen en de praktijken te verbeteren.

c) Zorgen voor meer menselijke en financiële middelen in de kraamklinieken

Bij het beheer van een dienst en de organisatie van de zorg moet gekeken worden naar de noden van de vrouw inzake emotionele, psychologische en medische veiligheid. De overmatige werklast van het zorgpersoneel draagt echter bij tot een slechte behandeling. Daarom lijkt het van essentieel belang om het aantal personeelsleden in de gynaecologie- en kraamafdelingen, en *de facto*, de financiële middelen, op te trekken.

d) Normen vastleggen om obstetrisch geweld te bestraffen

We hebben gezien dat verloskundig geweld niet in het Belgische Strafwetboek is opgenomen. Vrouwen moeten dus verwijzen naar andere strafbare feiten, met het risico dat hun rechtsvordering wordt verworpen. Wetgeving ter zake zou de slechte behandeling die vrouwen tijdens verloskundige zorg ondervinden, daadwerkelijk erkennen en zichtbaarheid geven, waarbij ook gezorgd wordt voor rechtszekerheid vanwege de sanctie die op grond van het wetsartikel zou worden gegeven.

e) Thuisbevalling voor vrouwen gemakkelijker maken

Om misbruik in kraamafdelingen tegen te gaan, kunnen aanstaande moeders de voorkeur geven aan een minder gemedicaliseerde bevalling en minder gehaaste zorg door thuis of in een geboortehuis te bevallen. Vrouwen zouden in hun eigen tempo bevallen, in de houding die zij wensen, zonder nodeloze medische ingrepen die de bevalling zouden kunnen verstoren, en met een vroedvrouw die hen van heel nabij volgt gedurende de zwangerschap, de bevalling en de periode na de bevalling. De verloskundige is opgeleid voor dit soort bevalling en moet mogelijke complicaties opsporen en bij de minste twijfel een overbrenging naar het ziekenhuis organiseren.

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht en volgens recente wetenschappelijke gegevens is thuis bevallen of bevallen in een geboortehuis een goede zaak en houdt het niet meer risico's in dan een bevalling in het ziekenhuis, althans voor zwangerschappen met een laag risico op complicaties. Bovendien stelt de *Union professionnelle des sages-femmes belges* een handvest (93) voor met minimale aanbevelingen die moeten worden

(93) Zie: *https://sage-femme.be/*.

gevolgd bij een thuisbevalling, in een geboortehuis of in een ziekenhuis. Dit document waarborgt ook de veiligheid en de goede behandeling van de aanstaande moeders. Anders dan in Frankrijk verplicht het Belgische handvest een verloskundige een beroepsverzekering af te sluiten, waardoor een gezin niet moet worden vergoed met het persoonlijk vermogen van de vroedvrouw indien een aansprakelijkheidsvordering tegen haar wordt ingesteld. Dankzij die verzekering zal een groter aantal vroedvrouwen aangemoedigd worden hun praktijk buiten het ziekenhuis uit te oefenen en zullen thuisbevallingen of andere bevallingen mogelijk gemaakt worden.

B. Uiteenzetting van mevrouw Miriam Ben Jattou, vzw «*Femmes de Droit, droit des femmes*»

1) Uitgangspunt van de activiteiten van de vereniging

Mevrouw Ben Jattou legt uit dat haar vzw gespecialiseerd is in geweld tegen vrouwen en dit bekijkt vanuit het standpunt van de slachtoffers. Volgens spreekster zijn de slachtoffers van gynaecologisch en obstetrisch geweld in de eerste plaats de patiënten die het geweld ondergaan, maar ook de gezinsleden, bijvoorbeeld wanneer de patiënte of de baby overlijdt, en de verzorgers. GOG ligt op het kruispunt van twee soorten geweld: enerzijds, gendergerelateerd geweld, zo ook seksisme en seksistische stereotypen die in de medische wereld bestaan, en anderzijds, institutioneel geweld, meer bepaald de arbeidsomstandigheden.

2) De wet van 2002

Spreekster wil de aandacht vestigen op een aantal belangrijke elementen van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

In de eerste plaats heeft de patiënt recht op duidelijke en nauwkeurige informatie over zijn gezondheidstoestand en de mogelijke en waarschijnlijke evolutie hiervan. Concreet betekent dit dat de arts uitleg moet geven over de gezondheidstoestand van de patiënt, de verschillende behandelingen, de voor- en nadelen wanneer men zich niet laat behandelen en de bestaande behandelingen. Dit maakt een vrije en weloverwogen toestemming mogelijk, het tweede belangrijke element van de wet van 2002. Het maakt ook de vrije keuze van de zorgverlener mogelijk. De patiënt heeft ook recht op pijnbestrijding. Tot slot biedt deze wet de mogelijkheid om klacht in te dienen bij een bevoegde bemiddelingsdienst.

Bij niet-naleving van de bepalingen, voorziet de wet van 2002 niet in sancties. Wij moeten dus verwijzen naar het gemeen recht en meer bepaald naar het burgerlijk recht. De burgerlijke aansprakelijkheid wordt geregeld in de artikelen 1382 en volgende van het Burgerlijk Wetboek, waarbij drie criteria moeten worden bewezen, die spreekster bij wijze van voorbeeld zal toepassen op episiotomie. Dit is het inknippen van de opening van de vulva om de geboorte te versnellen. Deze praktijk verhoogt het risico op ernstige scheuren en wordt niet langer aanbevolen, maar wordt nog steeds op grote schaal toegepast. Ter informatie: een ziekenhuis in Frankrijk heeft het percentage episiotomieën teruggebracht tot minder dan 1 %, terwijl sommige ziekenhuizen in België op 60 % zitten. Dit Franse ziekenhuis heeft ook het laagste percentage scheuren van niveau 3 in Frankrijk. Er zijn drie niveaus scheuren:

– niveau 1: vereist geen hechtingen;

– niveau 2: vereist enkele hechtingen, maar is niet ernstig voor de vrouw;

– niveau 3: vereist veel hechtingen en kan potentieel levensbedreigend zijn, vooral wanneer een insnijding wordt gemaakt tussen het urinestelsel en het spijsverteringsstelsel en dit niet goed wordt verzorgd. Als gevolg van niveau 3 scheuren, moeten sommige vrouwen levenslang een stoma dragen.

Om scheuren te voorkomen, kunnen volgende handelingen worden toegepast:

– voorkomen om op de rug te liggen met de benen opgetrokken;

– de vrouw een houding laten kiezen die voor haar het meest geschikt is op dat moment;

– geforceerd persen voorkomen en het lichaam begeleiden tijdens het persen.

Spreekster past de drie criteria van het Burgerlijk Wetboek toe op een concreet geval dat met episiotomie te maken heeft:

– De fout
  Stel dat een vrouw haar gynaecoloog meedeelt dat zij tijdens haar bevalling geen episiotomie wenst, maar dat hij er toch een uitvoert. In dit geval zal de fout vrij gemakkelijk te bewijzen zijn, aangezien er geen toestemming was van de vrouw. Bijgevolg gaat het om een overtreding van de wet van 2002;

– De schade
  De schade zal ook vrij gemakkelijk te bewijzen zijn, het kan gaan om hechtingen vanwege de episiotomie; een eventuele extra scheur, pijn, benodigde zorg, moeilijkere seksualiteit, enz.

– Het oorzakelijk verband tussen fout en schade
  Om het oorzakelijk verband tussen de fout en de schade aan te tonen, moet worden bewezen dat de schade is ontstaan door de fout en dat de schade zonder de fout niet zou zijn ontstaan. Dit geval ligt echter in het preventieve: een bevalling kan leiden tot scheuren van niveau 3. Het kan niet worden bewezen dat zonder de episiotomie er geen scheur zou zijn geweest en bijgevolg kan artikel 1382 niet voor de rechtbank worden ingeroepen. In de meeste gevallen krijgen vrouwen medische zorg preventief en niet curatief. Bijgevolg hebben zij weinig of geen toegang tot rechtsmiddelen.

3) Rechtsmiddelen

Het eerste rechtsmiddel is bemiddeling, als bepaald in de wet op de rechten van de patiënt van 2002. Spreekster maakt voorbehoud bij dit middel. In de eerste plaats moet de bemiddelaar neutraal zijn, maar wanneer zijn werkgever ook de werkgever is van de arts wiens zaak wordt behandeld, is die neutraliteit niet langer gewaarborgd. Voor de patiënten is die vooringenomenheid aanwezig, waardoor het principe van bemiddeling wordt scheefgetrokken. Bovendien is het zo dat in een ongelijke verhouding, bemiddeling altijd ten goede komt van de persoon die het meeste gewicht in de schaal legt. In de patiënt-verzorger-relatie speelt de verzorger een belangrijkere rol en daarom draait bemiddeling vaak uit in het voordeel van de verzorger. Wanneer slachtoffers alleen maar gehoord moeten worden, is de voorgestelde bemiddeling ruim voldoende, maar wanneer slachtoffers echt schadeloosstelling nodig hebben, is dat niet het geval.

Het tweede rechtsmiddel is een beroep bij de Orde der artsen. Dit is problematisch omdat de patiënt geen informatie krijgt over beslissing van de Orde vanwege de vertrouwelijkheid.

Het derde rechtsmiddel is de strafklacht, maar er worden zeer weinig klachten ingediend. In de parlementaire werkzaamheden inzake de nieuwe wet op seksueel geweld is GOG uitdrukkelijk uitgesloten van de definitie van verkrachting.

4) De juridisering

In tegenstelling tot wat sommigen beweren, zien wij geen toename van het aantal veroordelingen van zorgpersoneel op grond van GOG. De zogenaamde juridisering van de samenleving moet dus worden gerelativeerd, vooral omdat GOG is toegenomen: GOG houdt verband met de werkomstandigheden van het zorgpersoneel, die de afgelopen veertig jaar zijn verslechterd. Desondanks zien we geen explosieve stijging van het aantal rechtszaken en nog minder veroordelingen van GOG.

5) De opleiding

Artsen worden geïnformeerd over juridische onderwerpen via de opleidingen die zij volgen. Dit zijn bijscholingen die bijna uitsluitend door verzekeringsmaatschappijen worden gegeven. Het belang van die maatschappijen is echter noch het welzijn van de patiënt, noch het welzijn van de zorgverlener. Daarom zou mevrouw Ben Jattou willen dat het medisch recht wordt opgenomen in de basisopleiding van zorgverleners.

6) De weg van verandering

Spreekster somt een aantal aanbevelingen op om GOG tegen te gaan:

– medisch recht maakt geen deel uit van het basiscurriculum voor verloskundigen of artsen, maar het zou wenselijk zijn dit op te nemen in het curriculum om de verschillende gevallen vanuit een academische benadering te kunnen analyseren en niet uitsluitend vanuit het standpunt van de verzekeringsmaatschappijen;

– de arbeidsomstandigheden voor zorgverleners moeten worden verbeterd, met inbegrip van de werktijden (bijvoorbeeld diensten van 10-14 uur), betere lonen voor verloskundigen en andere zorgverleners, algemene erkenning van deze beroepen en toepassing van het beginsel: «één patiënte die moet bevallen = één verloskundige»;

– er dient een wetswijziging te worden ingediend om doeltreffende rechtsmiddelen te verkrijgen;

– de niet-medische keuze voor niet-pathologische zwangerschappen en bevallingen zou meer naar waarde moeten worden geschat. Volgens de WGO gaat het om 90 % van de gevallen;

– het is onontbeerlijk om aan patiënten informatie te geven over hun rechten, zodat ze meer verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid kunnen nemen.

Tot slot bedankt mevrouw Ben Jattou de senatoren voor hun initiatief dat ertoe bijdraagt om het taboe rond GOG te verbreken.

C. Uiteenzetting van mevrouw Elise De Saint Moulin, balie van Brussel

Mevrouw De Saint Moulin is advocaat in medisch aansprakelijkheidsrecht en vervangt meester Muylaert die oorspronkelijk door het adviescomité was gevraagd voor een hoorzitting.

1) Context

Zij stelt vast dat voor wat betreft de door het kantoor behandelde zaken een groot aantal geschillen gynaecologisch-verloskundig van aard zijn.

Spreekster stipt enkele gemeenschappelijke punten aan uit de dossiers die worden behandeld:

– eerst en vooral, gaat het doorgaans om een specialisatie met hoog risico. Wat betreft de verzekering, betalen gynaecologen immers de hoogste verzekeringspremies van alle specialisaties omdat hun praktijk met grote risico’s gepaard gaat. Indien een bevalling verkeerd afloopt waarbij de baby gehandicapt is, kan de schadevergoeding erg hoog zijn;

– buiten deze risicovolle context zijn er bij bevallingen vaak dringende situaties. Die dringende context zal *de facto* een impact hebben op de communicatie tussen de gynaecoloog, de vroedvrouw en de vrouw die bevalt;

– in de dossiers zijn er ten slotte vaak tegenstrijdigheden over wat er volgens de zorgverlener en volgens de patiënt is gebeurd.

Mevrouw De Saint Moulin bevestigt dat bepaalde dossiers die ze behandelt, kunnen passen binnen de term «obstetrisch geweld»: bijvoorbeeld een kompres vergeten na een keizersnede of een patiënte die op raadpleging komt om kankerweefsel aan de uterus te laten wegnemen en die door een complicatie tijdens de ingreep, een hysterectomie ondergaat, terwijl ze enkel haar toestemming had gegeven voor de verwijdering van de tumor.

De moeilijkheid bestaat erin dat het begrip «obstetrisch geweld» vrij ruim is en kan gaan over uiteenlopende omstandigheden, van een eenvoudig misverstand tot een medische fout in de strikte betekenis van het woord of bij gebrek aan toestemming van de patiënt, soms zonder gevolgen voor de fysieke integriteit.

De dossiers die tot een rechtszaak leiden, gaan doorgaans over lichamelijk letsel. De zaken die worden aangespannen voor de hoven en rechtbanken zijn ingegeven door de wil om de aansprakelijkheden vast te stellen en financiële tegemoetkoming te verkrijgen. Morele schade leidt zelden tot gerechtelijke procedures want het bestaan en de omvang hiervan is minder gemakkelijk te bewijzen.

2) Wettelijk kader

Het klopt dat er geen specifiek wettelijk kader is voor GOG, maar een vrij volledig, reeds bestaand wettelijk kader, kan worden toegepast.

a) Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

Naast het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking (artikel 5), bevat de wet van 2002 betreffende de rechten van de patiënt het recht op de vrije en geïnformeerde toestemming (artikel 8). Bijgevolg kan elke medische handeling die zou worden verricht zonder de toestemming van de patiënt, beschouwd worden als een tekortkoming en leiden tot de aansprakelijkheid van de zorgverlener.

Diezelfde wet bepaalt ook dat elk ziekenhuis, om erkend te zijn, over een ombudsfunctie moet beschikken (artikel 11). Spreekster gaat gedeeltelijk akkoord met het voorbehoud dat mevrouw Ben Jattou en mevrouw Debelle formuleerden tijdens hun uiteenzetting, niet zozeer in verband met de integriteit van de bemiddelaar, maar eerder betreurt zij dat die bemiddeling niet dezelfde waarborgen biedt als de bemiddeling die door het gerechtelijk wetboek wordt bepaald, meer bepaald in termen van vertrouwelijkheid. Bemiddeling zal vaak ideaal zijn voor patiënten die hun mening willen geven of gehoord willen worden wanneer het gaat om een communicatieprobleem. De bemiddeling binnen het ziekenhuis zal relevant zijn om de dialoog tussen de zorgverstrekker en de patiënt te herstellen in dossiers die veeleer beperkte gevolgen hebben. Zodra de fysieke gevolgen zwaarder zijn, is bemiddeling doorgaans niet het middel om iemand aansprakelijk te stellen of een financiële schadevergoeding te verkrijgen, meer bepaald, omdat bij een aansprakelijkheidsstelling de verzekering de leiding neemt in het geschil en de arts niet langer kan doen en zeggen wat hij wil in het bemiddelingsproces dat bovendien niet echt vertrouwelijk is.

b) Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg

Naast de wet betreffende de rechten van de patiënt, herinnert spreekster aan de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg van 22 april 2019 (94) die ook de patiënt beschermt. Die wet bevat eveneens geen specifieke bepalingen inzake GOG, maar omvat wel bepalingen ter bevordering van de kwaliteit van de zorg waarop patiënten een beroep kunnen doen.

Een van de oplossingen voor minder GOG en meer respect voor het recht op zelfbeschikking van de vrouw en meer bepaald in het kader van haar bevalling, ligt bij de geboortehuizen en de mogelijkheid om thuis te bevallen. Dit is volgens spreekster een goede aanpak, maar zij wijst erop dat voorzichtigheid geboden is in verband met de aansprakelijkheid van de zorgverleners. Zij verwijst meer bepaald naar de artikelen 14 en 18 van de wet die de zorgverstrekkers verplicht te weten wat de beperkingen van hun bevoegdheden zijn. Zo is de zorgverstrekker bij wet verplicht te zorgen voor de nodige begeleiding en een optimale infrastructuur en erop toe te zien dat, bij een risico-ingreep, altijd een noodprocedure kan worden ingesteld. Spreekster meent dat er een risico is inzake *a posteriori* aansprakelijkheid bij moeilijke bevallingen indien bijvoorbeeld de vrouw tijdens de bevalling laattijdig moet worden overgebracht van bij haar thuis naar het ziekenhuis. In die zin kunnen de geboortehuizen die bestaan binnen de ziekenhuizen zelf of die eraan gekoppeld zijn, de bepalingen van de wet inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering beter eerbiedigen.

(94) Wet «Kwaliteit» – integrale inwerkingtreding sinds 1 juli 2022.

c) Wet van 21 maart 2022 houdende wijzigingen aan het Strafwetboek met betrekking tot het seksueel strafrecht (95)

Spreekster bespreekt het strafrechtelijk deel en geeft hierbij aan dat de wet van 21 maart 2022 houdende wijzigingen aan het Strafwetboek in werking is getreden op 1 juni 2022. De wet beoogt een strengere bestraffing van elke aantasting van de seksuele integriteit. Het nieuwe als dusdanig gewijzigd Strafwetboek bepaalt duidelijk dat, wanneer de aantasting van de seksuele integriteit uitgaat van een gezondheidswerker, dit een verzwarende omstandigheid vormt (artikelen 417/21 en 417/23).

In de recente wetteksten valt ten slotte duidelijk de wil af te leiden om de patiënt daadwerkelijk te beschermen.

3) Grond van de zaak en voorwaarden van aansprakelijkheid

Zoals aangegeven door de vorige spreeksters, zijn er in het huidige rechtsstelstel reeds rechtsmiddelen voorhanden voor personen die het slachtoffer zijn van GOG. Voor de patiënte rijst de vraag wat de voor- en nadelen zijn van elk rechtsmiddel en welk het efficiëntste is. Er is de strafrechtelijke weg en de klassieke burgerrechtelijke weg (contractueel of buitencontractueel), maar ook de specifieke procedure voor het Fonds voor medische ongevallen. Laatstgenoemde is vooral relevant voor medische ongevallen zonder aansprakelijkheid of bij gebrek aan voldoende financiële middelen bij de patiënt daar het om een kosteloze procedure gaat.

De voorgaande spreeksters gaven aan dat geen enkel dossier leidde tot erkenning van obstetrisch geweld, maar mevrouw De Saint Moulin wenst dit te nuanceren. Dit hangt af van de fout die wordt aangevoerd. Ter herinnering, er zijn drie voorwaarden om derden aansprakelijk te stellen volgens het gemeen recht: er dient een fout, schade en een oorzakelijk verband te zijn tussen de fout en de schade. Voor een hele reeks dossiers zal een technische fout worden aangevoerd ter ondersteuning van de aansprakelijkheidsvordering. Bijvoorbeeld, een episiotomie werd uitgevoerd terwijl dat niet was aangewezen of een keizersnede werd te laat uitgevoerd. Afgezien van de toestemming, gaat het voor de patiënt om een gebrek aan het respecteren van goede praktijken. Voor advocaten is dit bijgevolg een klassiek aansprakelijkheidsdossier dat leidt tot een vergoeding voor de slachtoffers van zodra de fout die aanleiding heeft gegeven tot de opgelopen schade kan worden aangetoond.

Het slachtoffer kan de medische fout eveneens aantonen via een gerechtelijke expertise. Deze wordt doorgaans door een arts met de desbetreffende specialiteit uitgevoerd, of, *in casu*, door een arts met een master in medische expertise bijgestaan door een specialist. Voor de zaak ten gronde wordt behandeld voor de rechter kan dankzij die voorafgaande expertise worden nagegaan of de zorgverstrekker zich gedragen heeft als een voorzichtige en toegewijde zorgverstrekker. De bedoeling van die expertise is na te gaan of een andere zorgverstrekker in dezelfde omstandigheden op dezelfde manier zou hebben gehandeld. De zaken kunnen ingewikkelder worden wanneer er verschillen zijn tussen de scholen. Het is ontstellend om te lezen dat, wat betreft GOG, de toepassing van episiotomie, keizersnede, de berekening van de voldragen termijn, enz., de praktijken erg verschillen binnen het ziekenhuis zelf of tussen het noorden en zuiden van het land of tussen België en het buitenland. De beoordeling van de fout wordt ingewikkelder want de expert zal de medische *guidelines* onderzoeken die gepast zijn voor het geval dat voorligt en de moeilijkheid is dan na te gaan wat in de *guidelines* erkend wordt als de optimale houding die men moet aannemen tegenover de patiënte.

Met andere woorden, een dossier met schadeloosstelling voor lichamelijke schade ingevolge een technische fout, is een klassiek dossier van aansprakelijkheid en het slachtoffer zal recht hebben op de volledige compensatie voor zijn letsel. Spreekster herinnert eraan dat in België alle schade herstelbaar is: van de gewone morele schade tot economische ongeschiktheid, huishoudelijke ongeschiktheid, esthetische schade, verstoring van het seksuele leven, zowel tijdelijk als permanent. De som van de verschillende herstelbare schadeposten kan leiden tot schadegevallen met aanzienlijke financiële inzet.

(95) Wet van 21 maart 2022 houdende wijzigingen aan het Strafwetboek met betrekking tot het seksueel strafrecht.

4) Toestemming

In de praktijk, in rechterlijke beslissingen, wanneer alleen het recht van vrije en geïnformeerde toestemming wordt geschonden, maar er geen lichamelijke gevolgen zijn, kan de patiënte een moeilijk parcours te wachten staan. Waarom is dit zo?

a. ten eerste omdat de patiënte moet bewijzen dat zij geen toestemming gaf: zij moet aantonen dat zij niet voldoende informatie heeft gekregen en dus het bewijs leveren van een negatief feit. Het is zinvol eraan te herinneren dat, overeenkomstig het Belgisch recht, het verkrijgen van de voorafgaandelijke toestemming van de patiënt een voorwaarde van rechtmatigheid van elke medische interventie is, maar dit moet niet schriftelijk worden vastgelegd. Zo zijn er medische dossiers die helemaal niets vermelden over toestemming. Wanneer spreekster opleiding geeft in ziekenhuizen of elders, dan worden de artsen sterk aangemoedigd om op papier een bewijs bij te houden van de gegeven inlichtingen aan de patiënt alsook van diens toestemming. De patiënt kan eisen dat de verstrekte informatie en zijn toestemming schriftelijk worden opgetekend, maar dat komt in de praktijk niet vaak voor (artikel 7, § 2, en 8, § 1, van de wet van 22 augustus 2002). De arts neemt vaak het initiatief om in het dossier van de patiënt een kleine aantekening te maken waarin staat dat de patiënt geïnformeerd werd, maar zonder verder in details te treden. Volgens het soort interventie en de betrokken ziekenhuizen, zijn er ook uitgebreidere «standaardformulieren» die alle risico's vermelden waarvan de patiënt op de hoogte wordt gebracht, wat nuttig kan zijn voor de latere bewijslast.

b. volgens het Belgisch recht is immers bepaald dat het ontbreken van toestemming enkel wordt vergoed bij het ontstaan van een verzwegen risico.

Spreekster geeft het voorbeeld van een bevalling die niet goed afloopt: de moeder krijgt een complicatie en trekt naar de rechtbank voor schadeloosstelling van de opgelopen letsels omdat zij denkt dat de fout bij de zorgverstrekker ligt. Tijdens de expertise stelt men echter vast dat het in werkelijkheid om een therapeutisch risico gaat en dat er eigenlijk geen sprake is van een daadwerkelijke medische fout. De patiënte zal bijgevolg aangeven dat ze niet op de hoogte werd gebracht van het risico dat tot stand kwam en een compensatie eisen voor het ontbreken van haar toestemming. Momenteel hebben patiënten slechts recht op een schadeloosstelling voor schending van hun recht op vrije en geïnformeerde toestemming als ze kunnen bewijzen dat zij de chirurgische ingreep of medische handeling niet zouden hebben ondergaan indien zij het risico hadden gekend waardoor het desbetreffende risico zich niet zou hebben voorgedaan. Inzake bewijslast moet de rechter zich op giswerk verlaten aangezien zij de psyche van de patiënte moeten analyseren om te beslissen of zij de ingreep al dan niet zou hebben ondergaan bij volledige kennis van zaken.

De rechtspraak dient misschien te evolueren met betrekking tot de vraag of de schending van het recht op geïnformeerde toestemming tot een schadeloosstelling van autonome morele schade zou moeten leiden. Met andere woorden, in plaats van de lichamelijke gevolgen aan te klagen die na een risico dat niet werd meegedeeld, zijn ontstaan, kunnen ze een beroep doen op een morele schadevergoeding louter omdat ze niet geïnformeerd werden? Op dat vlak staat België niet op hetzelfde niveau als Frankrijk dat verder ging in de erkenning van schade door gebrekkige voorbereiding. Het is een van de mogelijke verbeteringen. Heel wat rechtsleer pleit momenteel voor een erkenning van de schadeloosstelling van een autonoom moreel nadeel omdat er geen vrije en geïnformeerde toestemming is. Volgens spreekster bestaat er op dit gebied misschien een juridisch vacuüm. Mevrouw De Saint Moulin is er evenwel niet zeker van dat de wetgever aan deze lacune moet verhelpen: het gaat misschien eerder om een interpretatie-opdracht die weggelegd is voor hoven en rechtbanken.

5) Denkpistes

Mevrouw De Saint Moulin is het eens met de niet-juridische verbeteringen die tijdens de voorafgaande hoorzittingen werden aangebracht:

– structurele wijzigingen invoeren; artsen zijn erg vaak ontredderd, want indien zij meer tijd en middelen konden besteden aan de patiënten, dan zouden er geen communicatieproblemen zijn. Zeer vaak liggen communicatieproblemen aan de oorsprong van gerechtelijke procedures;

– streven naar meer multidisciplinariteit: patiënten verwachten vaak veel van een zorgverstrekker terwijl ieder een specialisatie heeft – de prioriteit van een verloskundig chirurg is nagaan of, vanuit technisch oogpunt, de gezondheid van moeder en baby gewaarborgd is, terwijl de moeder misschien meer nood heeft aan een

luisterend oor en begeleiding. Multidisciplinariteit tussen zorgverleners, verpleegsters, gynaecologen enz. is bijgevolg essentieel;

– duidelijkere *guidelines* opstellen die bijdragen tot meer rechtszekerheid voor de zorgverstrekkers en de patienten. Gerechtelijke procedures worden vaak opgestart nadat de patiënte na een slechte ervaring een andere arts raadpleegt die aangeeft dat hij of zij een totaal andere benadering van het probleem zou hanteren De toegepaste methodes zijn daarom in se niet verkeerd, maar de concrete verschillen in aanpak zijn soms moeilijk te verklaren.

Vanuit juridisch oogpunt:

– bestaat er reeds een wettelijk kader dat relatief volledig is en dat meer zou kunnen worden ingezet;

– de patiënten moeten meer geïnformeerd worden over hun rechten, eventueel via folders of brochures. Men mag niet vergeten dat de bemiddelingsdienst in het ziekenhuis niet alleen geschillen moet oplossen, maar ook de patiënten moet inlichten over hun rechten en over de beste manier om hun leed te verzachten;

– wat het opstellen van het informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld betreft, zou de federale commissie «Rechten van de patiënt» (96) een interessante informatiebron kunnen zijn. Die commissie heeft onder andere als opdracht alle federale gegevens te verzamelen en advies te geven over de eerbiediging van de rechten van de patiënt. Het zou ongetwijfeld interessant zijn die commissie te bevragen over GOG;

– tenslotte vraagt spreekster zich af of zij als advocaat, ongeacht of er wordt opgetreden voor de slachtoffers of de artsen, de weg moet inslaan van een erkenning van schade door gebrekkige voorbereiding, als schadeloosstelling voor de niet-naleving van het recht op geïnformeerde toestemming.

D. Gedachtewisseling

Mevrouw Gahouchi bedankt de spreeksters. Ze herinnert eraan dat GOG weinig aan bod komt. Daarom heeft het adviescomité voor Gelijke Kansen dit onderwerp in behandeling genomen. Het was belangrijk hier tijd voor te nemen en verschillende deskundigen inzake GOG te horen. Ze is verheugd over het initiatief van de Franstalige ministers voor Gelijke Kansen die een oproep lanceerden om projecten op te starten die met dit thema verband houden. Spreekster hoopt dat het informatieverslag kan bijdragen tot begrip en oplossingen voor de problematiek. Ze acht het belangrijk om ook mannen te betrekken in het bestrijden van GOG, want zij zijn ook aanwezig bij zwangerschappen en bevallingen. Zij vraagt zich af of de slachtoffers van GOG de moed hebben om klacht in te dienen en dat ook kunnen doen. Zij stelt vast dat vrouwen niet goed op de hoogte zijn van hun rechten en medische handelingen ondergaan zonder zich daarbij vragen te stellen.

Mevrouw Masai merkt op dat de oplossingen die de spreeksters voorstelden, overeenstemmen met wat andere gehoorde deskundigen voorstellen, zoals problemen rond informatie, opleiding en structuren. Zij onthoudt uit de hoorzittingen dat er weinig klachten worden ingediend en ze vraagt zich af of dit in cijfers kan worden uitgedrukt en tot welke instelling men zich kan wenden om toegang te hebben tot cijfers. Wat bemiddeling betreft, gaat spreekster ervan uit dat de Federale Ombudsdienst over bepaalde rapporten beschikt, maar de analyse van die rapporten zou ingewikkeld kunnen zijn omdat de term «GOG» verschillende en ruime betekenissen heeft. Spreekster benadrukt het belang van academisch onderzoek over dit onderwerp, met inbegrip vanuit het genderperspectief zoals het eindwerk van mevrouw Debelle. Het zou nuttig zijn om dit werk te kunnen uitvoeren in andere faculteiten dan de rechtenfaculteit zoals de faculteit voor sociologie, geschiedenis, enz., om het politieke werk te voeden. Spreekster vraagt aan mevrouw Debelle wat haar tijdens haar onderzoek verbaasd heeft.

Mevrouw Debelle antwoordt dat ze het meest verbaasd was over het feit dat men GOG afdoet als iets gewoons: een groot aantal vrouwen is slachtoffer zonder dat ze zich hier per se over uitspreken en GOG wordt bijna als normaal beschouwd en gebanaliseerd.

---

(96) Zie *https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/federale-commissie-rechten-van-de-patient.*

Mevrouw De Saint Moulin geeft aan dat, wat de kwantificering van de klachten betreft, advocaten hoofdzakelijk dossiers met lichamelijk letsel behandelen en dat dit niet representatief is om precieze gegevens te verkrijgen over het aantal gevallen van GOG. De ombudsdiensten in het ziekenhuis zijn daarentegen onmiddellijk aanspreekbare diensten die een luisterend oor willen bieden aan de patiënt en die een klachtenregister kunnen bijhouden. De wet voorziet bovendien reeds dat de Federale Ombudsdienst jaarverslagen opstelt voor de federale commissie «Rechten van de patiënt». Door zich te baseren op deze bestaande instrumenten zou het misschien mogelijk zijn om gevallen van GOG beter te kwantificeren.

Zij geeft voor het overige aan dat de beslissing van de slachtoffers van GOG om al dan niet een klacht in te dienen, los van de moed die dergelijke demarche vergt, ook afhangt van de resultaten die men verwacht. In de praktijk zal een klacht sneller worden ingediend als het slachtoffer een schadeloosstelling wil en iemand aansprakelijk wil stellen. In dat geval kan de rechtsbijstandsverzekeraar optreden en het slachtoffer financieel helpen om een juridische procedure op te starten. Sommige slachtoffers willen eveneens voorkomen dat het voorval zich nog voordoet bij anderen, op voorwaarde dat het proces niet te pijnlijk of te moeilijk is. In dit laatste geval zou de bemiddelingsdienst in het ziekenhuis het eerste aanspreekpunt moeten zijn omdat dit de plaats is om de dialoog te herstellen en om duurzame en constructieve oplossingen toe te passen.

Mevrouw Yigit gaat in op het kader van structureel geweld in de samenleving dat werd aangehaald door de spreeksters, met inbegrip van het prangende probleem van de arbeidsomstandigheden voor de zorgverstrekkers. Zij herinnert ook aan de prestatiedruk die ligt op de dokters, die in sommige gevallen betaald worden naargelang het aantal bevallingen; in die zin pleit zij voor een vaste, billijke verloning voor de artsen. Wat betreft de vaginale knip vraagt zij zich af hoe de patiëntes hier informatie over krijgen en of hieromtrent een wettelijk kader bestaat. De uiteenzettingen hebben erop gewezen dat de bemiddeling meestal in het voordeel van de zorgverleners uitdraait en mevrouw Yigit wenst te weten wat daar wettelijk aan gedaan kan worden. De piste van de thuisbevalling die naar voor werd geschoven vond zij interessant, zij vraagt zich af of hiervoor een wettelijk kader bestaat in België.

Mevrouw Ben Jattou legt uit dat ze een opleiding van doula ter begeleiding bij de geboorte heeft gevolgd en dat ze dus twee petten op heeft: die van juriste en die van doula. In haar praktijk hebben niet alle vrouwen GOG ondergaan. Vrouwen die in een ziekenhuis bevallen daarentegen, hebben dat ondergaan. Ze wil niet veralgemenen, maar stelt vast dat het om institutioneel geweld gaat en is voorstandster van thuisbevallingen. Op heden bestaat er geen juridisch kader voor thuisbevallingen en is het principe het volgende: wat niet verboden is, is toegestaan. Vroedvrouwen hebben wel richtlijnen en worden opgeleid voor de eutocische bevalling, die niet pathologisch is, en voor het opvangen van tekenen van gevaar. Ze wenst de opmerkingen van mevrouw De Saint Moulin over het overbrengen naar het ziekenhuis van patiëntes die bij hun thuisbevalling problemen krijgen, te nuanceren. Volgens haar gaat het veeleer om een probleem van opvang in bepaalde ziekenhuizen die de thuisbevalling niet gunstig gezind zijn. Ze stelt vast dat er op het gebied van gynaecologische en obstetrische zorg goede praktijken bestaan en hoopt dat die meer verspreid worden.

Als men de rechtsmiddelen wil kwantificeren, dan wendt meer dan 95 % van de personen die advies vragen bij de vzw «*Femmes de Droit*» zich niet tot een advocaat, omdat het geweld dat ze ondergaan hebben juridisch niet ernstig genoeg wordt bevonden om tot een veroordeling te leiden. Om die reden is er heel weinig rechtsgang ten opzichte van de hoeveelheid geweldplegingen.

Wat de bemiddeling betreft, wenst ze te nuanceren dat het systeem van bemiddeling in de ziekenhuizen werkt dankzij de competenties van de ombudspersonen, die technieken van conflictbeheersing hanteren. Men moet dat mechanisme dus behouden, maar het een andere naam geven om verwarring te voorkomen met de term «bemiddeling» in de enge zin, die de volledige neutraliteit van de bemiddelaar impliceert.

Wat de episiotomie betreft, moeten de patiëntes volgens de wet patiëntenrechten van 2002 geïnformeerd worden over de risico's van de episiotomie en over de situaties waarin een episiotomie kan worden uitgevoerd. Ze merkt op dat de meeste personen die haar vereniging raadplegen voor hun bevalling niet geïnformeerd werden over de praktijk van de episiotomie.

Mevrouw De Saint Moulin verklaart dat men niet zozeer oplossingen achteraf moet zoeken, omdat daar al een aantal mechanismen voor bestaan. Men moet veeleer oplossingen vooraf vinden om GOG te voorkomen, met name bij de opleiding, bij de communicatie, door in het curriculum van de verloskundigen, de gynaecologen, de vroedvrouwen, de doula's, enz., een juridisch, psychologisch en maatschappelijk gedeelte op te nemen.

Wat de vraag van mevrouw Yigit over de episiotomie betreft, maakt de spoedeisende context, waarbij men ook zeer snel de risico's voor moeder en baby moet afwegen, soms dat het niet gemakkelijk is de toestemming te krijgen. Ze sluit zich aan bij de woorden van mevrouw Ben Jattou, die aangeven dat de informatie over de episiotomie niet alleen bij de bevalling moet worden gegeven, maar vooral ook voorafgaandelijk, om de aanstaande moeder de kans te geven zich over bepaalde op de dag zelf te volgen gedragslijnen uit te spreken. Institutioneel gezien kan men een standaardformulier betreffende de episiotomie ontwikkelen voor de patiëntes, waarin de risico's en hun toestemming of weigering aan bod komen. Dat formulier kan tijdens de zwangerschap aan de patiëntes worden overhandigd, om hen voldoende tijd te geven om er kennis van te nemen, bijkomende vragen te stellen en een volledig antwoord te krijgen. Dankzij die aanpak kan men communicatieproblemen voorkomen en ze uit de gerechtelijke sfeer halen.

Mevrouw De Saint Moulin stelt in haar praktijk vast dat bepaalde ziekenhuizen geen gynaecoloog met permanente wachtdienst ter plaatse hebben, maar wel gynaecologen van wacht die kunnen worden opgeroepen. De tijd die nodig is om de gynaecoloog ter plaatse te krijgen, nadat hij met spoed is opgeroepen, kan soms kritiek blijken, ook al hebben de vroedvrouwen voldoende vaardigheden om te bepalen of een bevalling al dan niet pathologisch is. Men kan zich bijgevolg afvragen of niet elk ziekenhuis een gynaecoloog en pediater met wachtdienst ter plaatse zou moeten hebben. Het zou ook een betere opvang mogelijk maken van vrouwen die thuis bevallen en naar het ziekenhuis moeten komen.

Mevrouw Gahouchi stelt vast dat vrouwen in bepaalde gevallen met gynaecologisch of obstetrisch geweld geconfronteerd worden zonder het te weten. Wat de preventie betreft, vraagt ze zich af of vrouwen niet vooraf geïnformeerd moeten worden, bij het begin van de zwangerschap, om uit te leggen wat GOG is en wat de mogelijke rechtsmiddelen zijn. De problemen achteraf kunnen zich ook (lang) na de bevalling aandienen. Ze drukt de hoop uit dat de werkzaamheden van het adviescomité voor Gelijke Kansen een bijdrage kunnen leveren om de toestand van de vrouwen, maar ook van de zorgverstrekkers, te verbeteren. De zorgverstrekkers worden ook met spoedsituaties en extreme spanningen geconfronteerd.

Mevrouw Ryckmans wijst op het belang van het maken van een formulier en het vooraf verkrijgen van de toestemming. Ze vraagt zich af of het geboorteproject juridische waarde heeft en of het relevant kan zijn er een formeler aspect in verband met de toestemming aan toe te voegen.

Mevrouw Ben Jattou herinnert eraan dat het geboorteproject werd ingesteld op initiatief van de vrouwen, niet van de ziekenhuizen en dat de invoering ervan aanvankelijk slecht onthaald werd. Vandaag is het project bijna een norm geworden. Mevrouw Ben Jattou heeft in haar praktijk nooit een geboorteproject kunnen gebruiken om het bewijs te leveren van een toestemming of van het ontbreken van een toestemming.

Mevrouw De Saint Moulin meent dat op zich niets belet dat men een geboorteproject gebruikt om het bewijs van de wil van de patiënte te leveren. Ze preciseert dat het ontbreken van de toestemming met alle wettelijke middelen kan worden bewezen, schriftelijk of door getuigenissen. Het medisch dossier is niet de enige informatiebron. Ze meent dat een geboorteproject hier ook voor gebruikt kan worden. Dit maakt echter geen deel uit van het medisch dossier als dusdanig. Het komt erop aan te weten in hoeverre de beschuldigde zorgverstrekker al dan niet kennis had van dat geboorteproject. Een oplossing zou kunnen zijn om het systematisch bij het medisch dossier te voegen, opdat de zorgverstrekker kennis heeft van de wil van de patiënte. Als er achteraf een geschil rijst, kan het geboorteproject dan een bewijsmiddel als een ander zijn.

De vraag over het institutionaliseren van voorlichtingsformulieren heeft ook nadelen. Het feit dat men de patiëntes een formulier overhandigt kan door hen worden gezien als een manier voor de zorgverstrekker om verantwoordelijkheid te ontlopen. Onder de patiënten bestaat wantrouwen ten opzichte van formulieren, dat kan worden verklaard door het feit dat de patiënten wanneer ze in het ziekenhuis komen, al een reeks formulieren moeten invullen. Men moet voorkomen dat er een administratieve overlast ontstaat. In zekere zin zal het formulier het zeker mogelijk maken een bewijs te leveren van wat er aan de patiënt gezegd werd, maar anderzijds geldt voor de zorgverstrekker dat eruit afgeleid zou kunnen worden dat alles wat niet in het formulier staat ook niet gezegd werd, met alle gevolgen van dien in juridisch opzicht. Dat is waarschijnlijk een van de redenen waarom volgens de wet betreffende de rechten van de patiënten de informatieplicht niet noodzakelijk schriftelijk moet worden vervuld ter garantie van de nodige soepelheid in de praktijk. Vooral omdat de informatieplicht ook afhankelijk is van de persoonlijkheid van de patiënt: soms is het geen goede zaak de patiënt vooraf te informeren over alle mogelijke risico's, want sommige patiënten zijn angstig en moeten daarentegen veeleer worden gerustgesteld.

Mevrouw Ben Jattou benadrukt dat het heel belangrijk is dat men zich aan de parturiëntes aanpast, want sommigen zijn heel angstig. Het kan nuttig zijn dat het zorgpersoneel in samenwerking met de patiëntenverenigingens nadenkt om het eens te worden over een gemeenschappelijk informatiepakket dat aan elke parturiënte moet worden bezorgd en dat begrijpelijk is voor alle vrouwen, ongeacht hun scholingsgraad. Mevrouw Ben Jattou verklaart sceptisch te staan tegenover het idee van een schriftelijk formulier, want dat kan niet alle situaties omvatten. Een toestemming moet men daarenboven op elk moment kunnen intrekken. Naar een van de principes van het feministische middenveld is de beste behandeling van geweld het voorkomen ervan. Men moet dus aan het vroegere stadium werken opdat GOG zich niet voordoet en dat gaat gepaard met communicatie, het tot stand brengen van vertrouwensrelaties en met informatie, zodat men onder andere weet bij wie men terecht kan als men een probleem of een vraag heeft, bijvoorbeeld over borstvoeding, de bevalling, enz.

Mevrouw Gahouchi herinnert eraan dat er de jongste twintig jaar al enkele vorderingen geboekt zijn, zoals de *follow-up* door vroedvrouwen voor en na de bevalling. Ze dankt de drie spreeksters voor hun bijdrage en sluit de hoorzitting.

*

* *

VIII. GEBRUIKTE ACRONYMEN

BMA:	*Belgian Midwives Association*
CEGORIF:	*Cercle d'étude des gynécologues obstétriciens d'Ile de France*
CEpiP:	*Centre d'épidémiologie périnatale*
CHU:	*Centre hospitalier universitaire*
CS:	*caesarean section*
CRGOLFB:	*Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique*
EBM:	*evidence based medicine*
ENCMM:	*Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles*
EhB:	Erasmus Hogeschool Brussel
EMA:	*European Midwives Association*
EMDR:	*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*
EVRAS:	*Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle*
FPS:	*Femmes prévoyantes socialistes*
GIP:	*Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité*
GOG:	gynaecologisch en obstetrisch geweld
KCE:	Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg
KNOV:	Koninklijke Nederlandse Organisatie van verloskundigen
LGBTIQA+:	personen die lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender, intersekse, queer, en / of asek-sueel zijn alsook personen met andere seksuele en romantische oriëntaties, genders en gelach-ten
MUNet:	*Midwifery Unit Network*
ONE:	*Office de la naissance et de l'enfance*
PTSS:	posttraumatische stressstoornis
RIZIV:	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
SWOT:	*strenghts, weaknesses, opportunities, threats*
UCLouvain:	*Université catholique de Louvain*
ULB:	*Université libre de Bruxelles*
UMC:	universitair medisch centrum
UZ:	universitair ziekenhuis
VBOV:	Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen
VN:	Verenigde Naties
VUB:	Vrije Universiteit Brussel
VVOG:	Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie
WAIMH:	*World Association for Infant Mental Health*
WGO:	Wereldgezondheidsorganisatie