

# 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**

## CONTRIBUTIONS ÉCRITES

*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.  
Nº 4: Auditions.

# BELGISCHE SENAAT

## ZITTING 2022-2023

22 MEI 2023

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

## SCHRIJFTELIJKE BIJDRAGEN

*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.  
Nr. 4: Hoorzittingen.

SOMMAIRE	
<b>I. CONTRIBUTIONS ÉCRITES: CADRE GÉNÉRAL.....</b>	<b>3</b>
A. Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS Belgique), Fabienne Richard et Pauline Soupa .....	3
<b>II. CONTRIBUTIONS ÉCRITES: FORMATION DES PROFESSIONNELS .....</b>	<b>8</b>
A. Académie royale de médecine de Belgique, professeur Georges Casimir en professeur Brigitte Velkemiers.....	8
B. Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique (CRGOLFB), professeur Pierre Bernard.....	14
C. Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV), Marlène Reyns .....	20
D. Union professionnelle des sages-femmes belges (UpSfb), Association francophone des sages-femmes catholiques (AFSFC), Anne Niset .....	26
E. Overlegorgaan van Vlaamse Universiteiten met de opleiding kinesitherapie (OVUNOKI), professeur Ulrike Van Daele .....	28
F. Universiteit Gent (UGent), professeur Piet Hoebeke	31
G. Université libre de Bruxelles (ULB), professeur Nicolas Mavroudakis.....	37
H. Universiteit Antwerpen (UAntwerpen), professeur Yves Jacquemin en professeur Guy Hubens.....	39
I. Université de Liège (ULiège), professeur Edouard Louis.....	43
J. Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven), professeur Paul Herijgers.....	45
K. Université catholique de Louvain (UCLouvain), professeur Françoise Smets .....	57
L. Vrije Universiteit Brussel (VUB), professeur Herman Tournaye en professeur Michel Deneyer .....	60
<b>III. CONTRIBUTIONS ÉCRITES: VOLET JURIDIQUE 62</b>	
A. Association des médiateurs d'institutions de soins (AMIS), Céline Cobut .....	62
<b>IV. ACRONYMES UTILISÉS .....</b>	<b>65</b>

INHOUD	
<b>I. SCHRIFTELIJKE BIJDRAGEN: ALGEMEEN KADER .....</b>	<b>66</b>
A. Groep voor de afschaffing van vrouwelijke genitale vermindering (GAMS België), Fabienne Richard en Pauline Soupa .....	66
<b>II. SCHRIFTELIJKE BIJDRAGEN: OPLEIDING BEROEPSBEOEFENAARS .....</b>	<b>71</b>
A. Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, prof. dr. Georges Casimir en prof. dr. Brigitte Velkemiers.	71
B. Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique (CRGOLFB), prof. dr. Pierre Bernard .....	78
C. Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV), Marlène Reyns .....	84
D. Union professionnelle des sages-femmes belges (UpSfb), Association francophone des sages-femmes catholiques (AFSFC), Anne Niset .....	90
E. Overlegorgaan van Vlaamse universiteiten met de opleiding kinesitherapie (OVUNOKI), prof. dr. Ulrike Van Daele .....	92
F. Universiteit Gent (UGent), prof. dr. Piet Hoebeke .....	95
G. Université libre de Bruxelles (ULB), prof. dr. Nicolas Mavroudakis .....	101
H. Universiteit Antwerpen (UAntwerpen), prof. dr. Yves Jacquemin en prof. dr. Guy Hubens .....	103
I. Université de Liège (ULiège), prof. dr. Edouard Louis	106
J. Katholieke Universiteit Leuven (KUL), prof. dr. Paul Herijgers .....	108
K. Université catholique de Louvain (UCLouvain), prof. dr. Françoise Smets .....	119
L. Vrije Universiteit Brussel (VUB), prof. dr. Herman Tournaye en prof. dr. Michel Deneyer .....	122
<b>III. SCHRIFTELIJKE BIJDRAGEN: JURIDISCHE ASPECTEN .....</b>	<b>124</b>
A. Association des médiateurs d'institutions de soins (AMIS), Céline Cobut .....	124
<b>IV. GEBRUIKTE ACRONYMEN .....</b>	<b>127</b>

## I. CONTRIBUTIONS ÉCRITES: CADRE GÉNÉRAL

### A. Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS Belgique), Fabienne Richard et Pauline Soupa

**Autrices:** Fabienne Richard (1) et Pauline Soupa (2)

#### Violences gynécologiques et obstétricales (VGO) et les groupes vulnérables:

##### *1/Comment mieux informer les publics vulnérables (tel que le public-cible du GAMS) des violences gynécologiques et obstétricales ainsi que de leurs droits en tant que patientes?*

Il serait important de définir le concept de vulnérabilité, qui peut varier dans le temps et l'espace pour une même personne. Si on comprend ici les femmes en grande précarité financière, isolées socialement, en statut de séjour illégal, ne maîtrisant pas une langue nationale, victimes de violences, il sera important d'aller dans les lieux de vie pour donner l'information: centre d'accueil de demandeurs et demandeuses d'asile, SAMU social, ASBL Aquarelle, GAMS Belgique, et autre ASBL accueillant des personnes migrantes ou en grande précarité.

Ces informations peuvent être données lors d'ateliers sur les droits et la santé sexuelle et reproductive avec une approche d'éducation permanente. C'est-à-dire avec des outils faits par les femmes et pour les femmes concernées pour être sûr que le message passe («Tout ce qui est fait pour moi, sans moi, est fait contre moi»).

Ces outils, créés avec les femmes concernées, pourront être ensuite diffusés lors des préparations à la naissance organisées par certaines associations qui travaillent avec des femmes enceintes en situation précaire comme Aquarelle ou le GAMS Belgique.

Si les femmes ne savent pas lire, cela peut passer par des petites vidéos, disponibles en plusieurs langues.

Dans cette optique, il est important que le professionnel ou la professionnelle en charge du suivi médical de la grossesse se soucie d'orienter la patiente vers de tels ateliers et/ou des séances de préparation à la naissance.

##### *2/Comment promouvoir une meilleure communication entre le corps médical et les patientes de publics vulnérables?*

Une première réponse est la formation des professionnels et professionnelles de la santé à la communication interculturelle pendant la formation de base, afin de savoir se décentrer, avoir conscience que son cadre de référence n'est pas LA vérité pour pouvoir accueillir la parole de la patiente sans entrer dans les stéréotypes et les discriminations. On croit par exemple moins une femme racisée qui se plaint de douleur car on pense qu'elle exagère, c'est le «syndrome méditerranéen». Cette croyance peut conduire à des erreurs de diagnostic graves, qui peuvent même engager le pronostic vital.

Vignette pour illustrer les stéréotypes dans les soins auprès des femmes migrantes: c'est l'histoire d'une femme somalienne qui vit à Bruxelles, qui a appris le néerlandais en arrivant comme demandeuse d'asile puis réfugiée, elle s'exprime très bien en néerlandais et ne maîtrise pas le français. Elle choisit donc d'accoucher dans un hôpital néerlandophone bruxellois. Pendant tout son séjour, chaque soignant et soignante qui entrait dans sa chambre lui parlait systématiquement en français alors que le personnel parlait néerlandais entre eux, elle ne comprenait pas ce qu'on lui expliquait... Personne n'a pris la peine de lui demander quelle langue elle parlait et avait associé «femme noire voilée à Bruxelles = français».

(1) Sage-femme, directrice du GAMS Belgique et consultante à CEMAVIE (Centre médical d'aide aux victimes de l'excision), docteure en sciences de la santé publique (collaboratrice scientifique à l'École de santé publique de l'ULB).

(2) Sage-femme, GAMS Belgique en charge de la préparation à la naissance des femmes excisées (douze ans expérience en milieu hospitalier et en cabinet de sages-femmes indépendantes).

Vignette pour illustrer les stéréotypes dans les soins auprès des femmes migrantes: c'est l'histoire d'une femme mauritanienne, qui vit à Bruxelles. Elle vient pour la troisième fois en salle de naissance pour des contractions prématurées. Comme à chaque fois, on lui recommande l'hospitalisation car elle est risque d'accoucher prématûrement. Pour la troisième fois, elle refuse. Elle entend les jugements de l'équipe entre les portes: «elle revient encore avec le même problème et refuse de faire ce qu'il faut, elle met son bébé en danger, pourquoi vient-elle si elle ne veut rien faire pour son bébé?». Finalement, une soignante lui demande sur un ton neutre «Pourquoi ne voulez-vous pas être hospitalisée madame?». Elle explique alors que son neveu est décédé quelques semaines plus tôt dans ce même hôpital et que cela la glace de devoir y mettre les pieds. Après un temps d'écoute et de dialogue, elle accepte l'hospitalisation. Elle confie qu'elle a entendu les multiples jugements la concernant mais que personne ne lui avait encore simplement posé la question du pourquoi elle refusait l'hospitalisation.

Il est également important, en plus des compétences de communication interculturelle, de comprendre un minimum les différents types de séjours possibles (statut de réfugié, venue par regroupement familial, visa humanitaire, ...) afin d'également connaître les droits des femmes et leurs conditions de vie et d'accès aux soins (par exemple pour les femmes en statut irrégulier), ainsi pouvoir donner les conseils les plus justes et orienter vers les associations de soutien. Peu de professionnels et professionnelles connaissent les accès aux soins et remboursements liés à tel ou tel statut. Ceci a une importance pour la prise en charge possible ou non des soins post accouchement après des violences obstétricales: certaines femmes n'auront pas accès aux soins psychologiques, aux antalgiques, ..., car elles sont «hors-procédures». Une bonne manière pour les professionnels et professionnelles de mieux connaître le parcours d'une femme migrante est de suivre des formations en immersion dans un centre de demandeurs et demandeuses d'asile sur le droits des étrangers (c'est ce que l'équipe de la maternité de la Tourelle à Verviers a fait en envoyant son équipe en formation sur le parcours migratoire au centre d'accueil de la Croix-Rouge de Fraipont, à la suite d'une réflexion menée avec le GAMS). Il paraît également judicieux d'inclure systématiquement, dans la formation des professionnels et professionnelles de la santé, des stages dans ce type de structures (centres de demandeurs et demandeuses d'asile, SAMU social, ...).

Pouvoir s'exprimer quand on reçoit un soin est le premier droit du patient. Il est ainsi primordial que chaque femme puisse bénéficier d'un ou une interprète si elle ne s'exprime pas encore avec une langue parlée par le soignant ou la soignante. Il faut augmenter le nombre de médiateurs et médiatrices interculturels au sein des hôpitaux et soutenir les associations d'interprétariat social. Trop de femmes migrantes ne savent pas pourquoi elles ont eu une césarienne, soit elles n'ont pas compris ce qu'on leur a dit, soit on ne leur a rien dit par manque d'accès à un traducteur ou une traductrice.

Par ailleurs, les besoins en matière de traduction sont aussi présents en soirée, nuit, week-end et jours fériés. En effet, les imprévus en matière d'obstétrique étant fréquents, les émotions étant fortes, le travail et l'accouchement sont des moments intenses où le besoin de traduction est accru.

Enfin, il faut comprendre ce temps de traduction comme une charge de travail supplémentaire et le reconnaître. Le temps imparti aux consultations prénatales est déjà habituellement trop court, ajouter à cela un temps de traduction double le temps à accorder à la patiente.

Les besoins de traduction doivent idéalement être anticipés et permettre une plage de consultation plus longue afin de garantir la qualité.

De même, les institutions qui accueillent une grande part de population allophone doivent être recensées, cela doit ensuite se répercuter sur le nombre d'équivalents temps plein de professionnels et professionnelles dans ces institutions.

Actuellement, dans les faits, la situation ressemble à cela:

Les professionnels et professionnelles doivent «bricoler» comme ils et elles peuvent des solutions dans l'urgence: utiliser des applications de traduction instantanée avec leur téléphone (avec toutes les imperfections et risques de mécompréhension que cela suppose), s'évertuer à échanger avec des signes lorsque la langue de la patiente n'est répertoriée par aucune application, faire appel à un ou une collègue qui travaille dans l'équipe de nettoyage par exemple pour annoncer une césarienne urgente, ..., alors que ces mêmes collègues ne sentent pas à l'aise dans leur rôle improvisé, se sentent parfois obligés d'accepter pour ne pas laisser la patiente dans

l'inconnue, sont impressionnés par le spectacle auquel ils ou elles assistent alors que leur mission n'est normalement pas dans les soins,...

Ceci provoque également des retards importants dans les consultations ou les soins lorsque le professionnel ou la professionnelle a pris le temps nécessaire pour une ou des patientes allophones.

### ***3/Quelles bonnes pratiques ont été développées par le GAMS à cet égard?***

Le GAMS a développé plusieurs activités visant à diminuer les violences gynécologiques et obstétricales:

- préparation à la naissance dans nos trois antennes à Bruxelles, Liège et Namur (3) (trois séances pendant la grossesse et une séance avec les bébés), nous prenons contact avec le ou la gynécologue ou la sage-femme qui fait le suivi médical de la grossesse via une lettre de référence qui explique que la femme suit des séances au GAMS et qui rappelle quela question des mutilations génitales féminines (MGF) doit être abordée pendant les consultations;
- accompagnement individuel de certaines bénéficiaires par nos animatrices communautaires, sages-femmes ou infirmières lors de consultations pour aider le professionnel ou la professionnelle et la patiente à ouvrir le dialogue au sujet des MGF, accompagner la prise de décision d'actes médicaux tels que la désinfibulation, etc.;
- debriefing avec les femmes après l'accouchement pour voir ce qui s'est bien passé ou pas. Les informations partagées par les femmes permettent également de faire remonter l'information à l'hôpital concerné et parfois d'aller chercher la raison de la césarienne pour pouvoir réexpliquer à la femme ce qui s'est passé;
- formations courtes dans les hôpitaux à destination des équipes d'obstétrique, dans les écoles de sages-femmes et infirmiers-infirmières, auprès du personnel ONE, etc.;
- formation de sages-femmes relais MGF durant laquelle la question du risque de dissociation lors de l'accouchement, pour les femmes ayant vécu des MGF ou des violences sexuelles est abordé: on apprend à diminuer les risques, reconnaître les signes et à agir;
- reprises de cas en ligne lors de webinars avec les professionnels de santé (communauté de pratiques sages-femmes MGF);
- participation à l'élaboration d'un guideline concernant le suivi obstétrical des femmes concernées par les MGF, en collaboration avec l'hôpital Saint-Pierre, incluant les différentes options à présenter aux femmes, des clés de lecture pour certains aspects culturels, des ressources en cas de besoins spécifiques de traduction pour des langues peu fréquentes (tygrinia, somali, ...), du contenu informatif à dispenser aux femmes et aux familles, etc.

Vignette pour illustrer le manque de formation des professionnels et professionnelles: c'est l'histoire d'une femme guinéenne qui vit et a grandi à Bruxelles, elle découvre qu'elle est excisée durant son travail d'accouchement lorsque la sage-femme introduit le sujet alors qu'elle bénéficie d'une anesthésie péridurale. Elle n'a pas de souvenir concret de son excision car elle était très jeune. Elle a rencontré des gynécologues et sage-femmes dans son parcours de vie et durant sa grossesse, personne n'a jamais abordé le sujet avec elle. Elle explique qu'elle voulait le savoir mais n'avait jamais osé le demander.

Vignette pour illustrer le manque de formation des professionnels et professionnelles à reconnaître la mémoire traumatique et l'impact du manque de consentement avant des actes en gynécologie et obstétrique. C'est l'histoire d'une jeune femme guinéenne excisée enfant qui a eu un travail très long (première partie à la maison, puis à l'hôpital). La descente du bébé ne progressant pas, l'équipe décide d'intervenir en faisant une ventouse: la gynécologue entre dans la salle sans se présenter devant la patiente qui est couchée sur le côté. Elle lui dit dans son dos, sans montrer son visage, «on va vous aider». La jeune femme sent une douleur

(3) Nous ne sommes pas capables d'offrir la même chose en Flandre actuellement faute de financement.

intense lors de l'introduction de la ventouse, la péridurale ne faisait plus d'effet, elle le dit, mais on lui dit que ce n'est pas possible. Cette douleur incontrôlable, le manque d'informations sur ce qui se passe, l'absence de consentement entraîne un réveil de la mémoire traumatique et la jeune femme se dissocie et hurle comme le jour de son excision: elle ne voit plus le visage de la gynécologue, mais la tête de l'exciseuse, elle ne parle plus en français mais en peul, salangue natale. Elle présente tous les signes de dissociations mais personne ne les reconnaît et au contraire on continue à lui donner des ordres, de lui dire de se taire.

- collaboration étroite avec le CeMAVie (Centre médical d'aide aux victimes de l'excision), au CHU St Pierre, pour la prise en charge médicale des femmes enceintes (et non enceintes), en ce qui concerne leur MGF et leur implication durant la grossesse et l'accouchement;
- participation à la création d'une vidéo en neuf langues traitant de la désinfibulation avec les femmes et dépasser les barrières linguistiques.

#### **4/Avez-vous des recommandations à formuler afin de lutter contre les VGO?**

1. La question des VGO doit être introduite dans le curriculum de base des futurs soignants et soignantes comme la question des violences faites aux femmes. L'ARES, côté francophone a fait des recommandations dans ce sens le 23 novembre 2020 mais, à ce jour, on ne voit pas la mise en œuvre de ses recommandations.
2. Nous avons fait le constat que beaucoup d'étudiants et étudiantes en soins infirmiers et sages-femmes sont choqués par la violence dans les soins et ne savent pas quoi faire, quoi dire pour la stopper, de peur des conséquences sur leur propre formation. Nous sommes en contact avec des étudiantes sages-femmes en *burn out*, qui ont été abandonnées dans des lieux de stages qu'elles devaient trouver elles-mêmes sans aucune supervision de leur école. Il est urgent d'inclure dans l'enseignement comment réagir en tant que soignant ou soignante quand on est témoin d'une violence faite par un ou une autre professionnel. C'est le principe d'autodéfense pour les soignants et soignantes: «Quoi faire si je vois mon.ma collègue prendre les ciseaux alors que l'épisiotomie n'est pas nécessaire?» «Que dire ou faire si mon.ma collègue me demande, devant la patiente en train d'accoucher, de faire de l'expression abdominale alors que je sais que c'est contraire aux recommandations actuelles?» Ceci devrait faire partie des études de base et être un sujet sur lequel on travaille en séminaire, via des mises en situation, comme on le fait pour les urgences obstétricales (éclampsie, hémorragie, ...).
3. On peut aussi beaucoup apprendre via des interventions et reprises de cas. Des situations de violences obstétricales devraient donc être reprises et présentées en équipe devant les étudiants et étudiantes lors de «Grands tours» ou «Staffs médicaux».
4. La durée des consultations prénatales doit être allongée. Effectivement, la question du temps est souvent avancée par les soignants et soignantes pour expliquer leur manque d'écoute, d'explications, leurs gestes hâtifs et brusques,... Ils sont partagés entre le souci de pouvoir voir toutes les patientes dont ils doivent s'occuper et le souci de bien faire auprès d'elles. A *minima*, les durées prévues par les codes INAMI doivent être respectées, ce qui n'est déjà pas le cas partout, à cause de la pression financière dans les institutions et pour d'autres raisons dans certains cabinets privés.
5. Une consultation, non médicale, dans le lieu d'accouchement souhaité par la patiente, est pertinente pour prévenir les risques de VGO, à l'instar de l'entretien du quatrième mois en France (pris en charge par la sécurité sociale) ou de la consultation «bien-être», développée dans certains hôpitaux bruxellois. L'idée est de parler avec la patiente de ses souhaits, en ce qui concerne la naissance, d'anticiper des besoins de traduction, de s'inquiéter de la personne qui pourra l'accompagner pour le travail, etc. Cet entretien doit durer minimum une heure.
6. Il paraît indispensable que les chiffres concernant les naissances soient aujourd'hui rendus publics. On doit ainsi connaître les taux de césarienne, épisiotomie, déclenchement, péridurale, situations d'interdiction de boire ou manger, présence d'une personne ressource pour la femme, liberté de mouvement, position gynécologique imposée pour la naissance, etc. Ceci assure une certaine transparence auprès des futures mères et permet de s'interroger en cas de chiffres alarmants.

### **5/ Avez-vous des commentaires ou recommandations éventuels par rapport au texte?**

Le principe d'autodétermination corporelle mérite d'être discuté et mieux défini dans le document comme on y fait mention dans le titre même. N'y a-t-il aucune limite ? Actuellement l'article 409 du Code pénal condamne tout acte de mutilation génitale féminine, que ce soit avec ou sans le consentement de la personne concernée, mineure ou majeure. Cela est justifié par le fait que des jeunes femmes de plus de dix-huit ans peuvent encoressubir la pression des parents pour être excisées avant le mariage. Cependant, en Belgique, des femmes peuvent trouver des cliniques pour avoir une réduction des lèvres internes (qui pourrait correspondre selon la définition à une excision ou MGF de type 2 selon la classification de l'OMS). Ces femmes ne sont pas condamnées pour excision. Or une femme adulte africaine pourrait être poursuivie pour le même acte car elle serait accusée d'excision parce qu'elle est originaire d'un pays qui pratiquent les MGF. Il y a donc deux poids, deux mesures. Certains ou certaines diront que, sur les principes d'autodétermination corporelle, chacun fait ce qui lui plaît, d'autres personnes pensent que les jeunes femmes, parfois mineures, qui demandent des nymphoplasties dans des cliniques privées ou hôpitaux publics (sous couvert d'hypertrophie des lèvres) sont aussi sous le diktat de la culture et influencées par les réseaux sociaux, la pornographie et ce à quoi un sexe femelle devrait aujourd'hui ressembler. Or démarrer sa sexualité en tant que jeune par une chirurgie n'est pas l'idéal et aucune chirurgienne peut garantir un résultat à 100 %. Nous avons reçu il y a un mois une demande d'une jeune femme pour qui l'opération de nymphoplastie avait raté (elle n'avait plus du tout de lèvres internes) et elle voulait maintenant savoir s'il existait une opération pour les reconstruire... (Voir le chapitre sur la chirurgie esthétique dans notre guide [http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/Idees-recues\\_FR-2021\\_v9-2.pdf](http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/Idees-recues_FR-2021_v9-2.pdf)).

### **Parallèle entre épisiotomie sans raison médicale et excision**

Une des pistes pour attaquer le problème des VGO pourrait être de considérer les épisiotomies de routine sans raison médicale comme une violation de l'article 409 du Code pénal, c'est-à-dire comme une mutilation génitale féminine car une épisiotomie de routine sans raison médicale est une mutilation (voir le chapitre sur les violences obstétricales dans notre guide [http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/Idees-recues\\_FR-2021\\_v9-2.pdf](http://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/Idees-recues_FR-2021_v9-2.pdf)).

#### **Article 409 du code pénal**

§ 1<sup>er</sup>. Quiconque aura pratiqué, facilité ou favorisé toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin, avec ou sans consentement de cette dernière, sera puni d'un emprisonnement de trois ans à cinq ans.

La tentative sera punie d'un emprisonnement de huit jours à un an. Sera puni de la même peine quiconque aura incité à la pratique de toute forme de mutilation des organes génitaux d'une personne de sexe féminin ou aura, directement ou indirectement, par écrit ou verbalement fait, fait faire, publié, distribué ou diffusé de la publicité en faveur d'une telle pratique.

## II. CONTRIBUTIONS ÉCRITES: FORMATION DES PROFESSIONNELS

### A. Académie royale de médecine de Belgique, professeur Georges Casimir en professeur Brigitte Velkeniers

#### 1) *Avis conjoint sur la violence obstétricale et gynécologique*

##### a) L'importance de reconnaître la réalité de la maltraitance de certaines femmes lors de l'accouchement

Le public s'est intéressé, au cours des dernières années, à un problème nié par de nombreux établissements de santé américains: l'intimidation et la coercition des femmes enceintes pendant l'accouchement par le personnel de santé. La littérature médicale contient depuis 2014, 167 articles médicaux, dont douze revues systématiques, consacrées à la maltraitance des femmes lors de l'accouchement. La plupart des rapports proviennent d'Amérique Latine, d'Afrique et d'Inde (Jungari *et al.*, 2021). Une minorité sont publiés par des centres européens et américains. La violence obstétricale se produit également en Belgique (Lukasse *et al.*, 2015).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a identifié le manque de respect et les abus lors de l'accouchement, comme une priorité nécessitant des actions d'évaluation et de prévention ainsi que des mesures d'éradication (OMS, 2014). Cependant, comme indiqué dans les revues systématiques, le manque de standardisation des définitions, des instruments et des méthodes d'étude pour quantifier le manque de respect et les abus dans les maternités introduit un risque d'erreur systématique dans l'estimation de leur prévalence et affecte la généralisabilité et la comparabilité des données (Boren *et al.*, 2015; Sando *et al.*, 2017).

La violence obstétricale et gynécologique (VOG) est une forme de violence verbale, physique ou psychologique, restée longtemps cachée. Elle comprend le manque de respect, le manque de considération centrée sur la personne, ainsi que des comportements, actes, paroles ou omissions commis par le personnel de santé, qui ne sont pas médicalement justifiés ou sont réalisés, en dehors de l'urgence, sans le consentement éclairé d'une femme enceinte, d'une parturiente ou d'une jeune maman. Les comportements inappropriés ou sexistes lors des consultations anté- ou post-natales font également partie de la VOG (Jardim *et al.*, 2018).

Les Académies de médecine de Belgique reconnaissent la nécessité d'apporter des solutions adéquates à la VOG par l'enseignement, et par des formations préventives, théoriques et pratiques. Elles insistent sur le fait que l'organisation de soins maternels respectueux nécessite plus que d'éviter la violence obstétricale (Shakibazadeh *et al.*, 2018). Le concept de soins maternels respectueux est plus large qu'une réduction des soins irrespectueux ou de la maltraitance des femmes pendant l'accouchement. Des approches innovantes sont développées et testées pour être intégrées dans la routine de programmes de soins maternels et néonatals de qualité. Ces approches doivent comprendre l'information, l'éducation et la formation pratique des prestataires de soins de santé, y compris les étudiants, les médecins généralistes, les sages-femmes, les infirmières, les gynécologues et les pédiatres, les physiothérapeutes, les anesthésistes obstétricaux et les urologues. L'évaluation et la documentation des cas présumés de VOG doivent faire partie des mesures visant à leur éradication.

##### b) Méthodologie utilisée pour répondre aux questions du Sénat

En collaboration avec les sociétés professionnelles et scientifiques de gynécologie (*Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie* – VVOG et Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique – CRGOLFB), des professeurs en médecine générale, gynécologie-obstétrique, déontologie, éthique médicale, des chefs de maternités universitaires et de certaines unités de soins intensifs maternels en Belgique, les Académies de médecine ont évalué les initiatives visant à prévenir la VOG. Comme demandé, les recommandations n'excèdent pas huit pages dans chaque langue.

##### c) Recommandations et outils existants

Des organismes publics comme le *Federal Kennis centrum* / Centre fédéral d'expertise (KCE), *Kind en Gezin* / Office de la naissance et de l'enfance (ONE) établissent et mettent régulièrement à jour des recommandations qui concernent un parcours prénatal intégré pour les grossesses à faible risque, et le bien-être pendant la grossesse et l'accouchement. Ces recommandations comprennent «un réseau prénatal autour de chaque femme enceinte, adapté au profil et aux besoins spécifiques de chaque personne, un coordonnateur des soins au centre de ce réseau, un plan de soins individualisé, un système de référence clair entre les professionnels de

soins et la mise en place d'un fichier e-mail partagé. Tous ces éléments doivent être organisés et structurés dans le cadre d'un parcours de suivi prénatal complet comprenant un suivi clinique, des consultations prénatales personnalisées, des conseils et des séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité» (Benhammed *et al.*, 2019).

Il n'existe pas de lignes directrices fondées sur des données probantes (*evidence based*) pour la préparation à la naissance et à la parentalité. Cependant, le guide belge de consultation prénatale détaille les interventions utiles lors de la préparation à la naissance et à la parentalité (Alexander *et al.*, 2022). Les auteurs mettent en évidence le besoin de cohérence dans la fourniture d'informations, l'inclusion du partenaire dans la préparation et l'adaptation du contenu aux besoins spécifiques des futurs parents. La préparation à la naissance comprend des exercices prénataux, l'adaptation psychologique au travail et à l'accouchement, le soulagement de la douleur pendant le travail, le contact peau à peau avec le nouveau-né et l'allaitement (précoce).

L'éducation parentale peut couvrir l'adaptation psychologique, le rôle du partenaire et les interventions non cliniques visant à préparer les parents à faire face aux soins mère-bébé et à la gestion de la vie quotidienne pendant la période du post-partum. Les soins du bébé désignent (entre autres) l'alimentation, l'hygiène, le sommeil d'un nouveau-né pendant les premières semaines de vie. Les soins maternels désignent les soins couvrant la santé physique (par exemple, la récupération après l'accouchement, les problèmes de santé liés à l'allaitement, etc.) mais aussi la santé mentale. La gestion de la vie quotidienne fait référence aux stratégies mises en place pour faire face à la garde des enfants pour la fratrie, le ménage. L'organisation de soins pluri-disciplinaires, la collaboration entre gynécologues, sages-femmes, médecins généralistes, psychologues, pédiatres, kinésithérapeutes sont donc importantes.

Les Académies considèrent que les récentes recommandations du CROGLFB et du VVOG sur la préparation ante-partum à l'accouchement sont essentielles et déjà prises en compte. Elles insistent pour que les femmes reçoivent non seulement des informations prénatales mais aussi immédiatement une écoute après un accouchement «traumatisant», afin d'entendre leurs plaintes, de répondre à leurs questions et de diminuer le risque de traumatismes psychologiques. Les cas allégués de VOG ou les plaintes maternelles doivent être documentés, discutés lors d'une réunion du team obstétrical et consignés dans un registre.

## **2) Réponses aux questions du Sénat**

### ***1/Comment la notion de «consentement éclairé» (et du droit à l'autodétermination) du patient est-elle traitée dans la formation des étudiants ou dans le cadre de la formation continue des professionnels?***

Ces notions font partie du code de déontologie (article 9: information objective et complète; article 11: professionnalisme; articles 15 et 18: respect, émancipation du patient, dignité; article 20: consentement éclairé; articles 30 et 31: déontologie médicale, absence de discrimination, attitude respectueuse). Les notions générales de bienveillance, de respect, d'information et d'éducation s'appliquent à toutes les circonstances médicales et à tous les patients, de l'enfance à la vieillesse. Ils sont abordés dans les cours de déontologie (troisième année de bachelier ou première année de master) et dans des cours d'éthique médicale (généralement en première ou deuxième année master). Les concepts de consentement éclairé, de prise de décision partagée, de droit à l'autonomisation du patient sont décrits en termes généraux, qui s'appliquent également à la situation obstétricale. Ils ne sont pas spécifiquement orientés vers une situation ou une condition médicale particulière dans les cours de bacheliers ou de maîtrise générale. Les mêmes principes sont envisagés dans les masters de spécialité dans des domaines de gynécologie-obstétrique (consultations, IVG, infertilité, grossesse et accouchement, chirurgie et oncologie). Les mêmes principes d'éthique médicale et de déontologie devraient également être enseignés aux sages-femmes et infirmières au cours de leurs études.

### ***2/Les types de dommages occasionnés par les VOG sont-ils pris en compte dans le cursus (ou dans la formation continue) ainsi que leurs conséquences sur la santé physique et mentale? Comment sensibiliser et former les professionnels de santé sur les traumatismes (psychologiques) que ces agressions peuvent provoquer?***

La formation des infirmières spécialisées, des sages-femmes et des obstétriciens comprend déjà une formation théorique sur les accouchements physiologiques, la réduction des procédures iatrogènes, la promotion du

travail humanisé et la réduction des césariennes injustifiées. Des débats, des séminaires, des initiatives individuelles locales de prévention de la VOG sont parfois organisés sur une base volontaire, par le personnel de maternités privées, publics et universitaires, et par les organisations professionnelles et scientifiques. Ils s'adressent aux stagiaires obstétriciens, aux sages-femmes, aux infirmiers spécialisés et aux spécialistes dans le cadre de la formation permanente. Ceci concerne les urologues, obstétriciens, anesthésistes-obstétricaux, infirmiers spécialisés et sages-femmes. Ces actions ciblées sont limitées aux spécialistes diplômés. Les médecins généralistes ne sont pas ou peu impliqués.

Les Académies recommandent l'organisation d'un programme national abordant les aspects fondamentaux de la prévention de la VOG, au même titre que toutes les violences médicales décrites par l'OMS, auprès des étudiants-médecins bacheliers puis en maîtrise générale, ainsi qu'auprès des étudiants infirmiers et sages-femmes. Un programme d'enseignement plus détaillé devrait être adapté aux médecins généralistes (première ligne de traitement), aux sages-femmes, aux stagiaires en gynécologie-obstétrique, pédiatrie, urologie et anesthésiologie obstétricale. La même recommandation s'applique pour toutes les spécialités impliquant des examens et soins intimes comme l'examen des seins, du pénis, de l'urètre, de la vessie, de la vulve, du vagin, du rectum, etc.

Des séminaires d'enseignement spécifiques et des sessions pratiques sur la manière d'informer les femmes enceintes, sur les aspects de l'accouchement, y compris le consentement éclairé lors d'un accouchement à faible risque ou en cas de césarienne d'urgence, d'épisiotomie, d'extraction vaginale avec des forceps ou des ventouses sont déjà organisés pour les stagiaires en gynécologie-obstétrique, dans plusieurs universités, depuis quelques années. Les stagiaires en gynécologie-obstétrique reçoivent déjà des informations sur les problèmes liés à la VOG et sur la nécessité de fournir des informations factuelles et impartiales sur les interventions obstétricales, afin de favoriser l'autonomie des femmes, dans les soins qui leur sont prodigués.

Jusqu'à présent, ces formations sont organisées par les universités, sur une base volontaire avec une importante variabilité. Ces séminaires et formations ne sont pas destinés aux étudiants en médecine, ni aux médecins généralistes. La littérature médicale souligne l'importance des changements dans la formation, tant dans les cours de premier cycle que de troisième cycle. Des thèmes tels que les droits sexuels et reproductifs des femmes, les relations entre les sexes, les codes d'éthique, l'assistance psychologique au travail et à l'accouchement, l'humanisation des soins obstétricaux et l'enseignement de la pratique fondée sur des preuves devraient faire partie de la routine académique des futurs professionnels.

Les Académies recommandent une approche multidisciplinaire impliquant des spécialistes de l'éthique médicale, de la déontologie, de la médecine générale, de la gynécologie-obstétrique, de l'urologie, de l'anesthésiologie obstétricale et de la psychologie-psychiatrie pour identifier les changements nécessaires à la construction d'un programme d'enseignement d'une assistance respectueuse, humaine et globale pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et l'avortement, mais aussi dans toutes les circonstances de la pratique gynécologique (dans le respect du droit à l'objection de conscience du prestataire de soins).

### ***3/À cet égard, avez-vous des recommandations à formuler pour améliorer la formation des professionnels sur les deux questions précédentes?***

Les séquelles physiques et mentales ainsi que la détresse émotionnelle passagère ou plus sévère associée à la VOG ne sont pas systématiquement enseignées. Elles doivent être expliquées lors d'un cours théorique au début du cursus d'enseignement médical (baccalauréat ou première ou deuxième année de master) dispensé par les professeurs de médecine générale / déontologie / éthique / gynécologie-obstétrique et urologie. Au début des stages pratiques de deuxième et troisième année du master d'études médicales, un enseignement ciblé approprié devrait être dispensé à tous les étudiants en médecine abordant le stage de médecine générale, de gynécologie-obstétrique ou d'urologie. Il en va de même pour les programmes de formation des sages-femmes.

La sensibilisation des professionnels de santé à la pratique quotidienne nécessite une formation des équipes des maternités en présence d'obstétriciens, gynécologues, sages-femmes et infirmières à intervalles réguliers. Des psychiatres ou des psychologues expérimentés en bien-être maternel devraient idéalement participer à l'enseignement des conséquences mentales de la VOG et des autres violences médicales. Un esprit de bonne pratique médicale évitant toute violence physique ou psychologique ne s'installera dans les maternités belges que lorsqu'un esprit d'équipe visant cet objectif sera renforcé avec le soutien des organisations professionnelles

et scientifiques. L'évaluation régulière, par les équipes locales, des cas présumés de VOG contribuera à souligner l'importance du professionnalisme et de l'éducation pour la prévention de la VOG.

Des formations pratiques et des informations sur le travail sont déjà disponibles dans de nombreux endroits de naissance. Elles doivent être encouragées. Les droits fondamentaux en matière de soins obstétricaux doivent être garantis et basés sur l'*«evidence based practice»* (pratique fondée sur des données probantes, EBM). Des questions telles que la présence d'un compagnon ou la possibilité d'une naissance en position verticale doivent être discutées. L'adéquation du plan de naissance de la femme et les informations sur les procédures médicales (telles que l'épisiotomie, la césarienne d'urgence pendant le travail) doivent être discutées avant la naissance, bien avant le travail car de nombreuses urgences peuvent survenir pendant le travail au cours desquelles l'obtention d'un consentement libre et éclairé est impossible. L'utilisation raisonnable de technologies adaptées aux normes de soins selon la médecine basée sur les preuves EBM doit être expliquée, respectée par l'équipe obstétricale, comprise et approuvée par la femme enceinte. L'autonomisation des femmes, le dialogue avec les parents et le consentement éclairé ne signifient pas cependant l'acceptation par les équipes médicales d'attitudes ou de pratiques dangereuses en dehors de l'EBM.

**4/Y a-t-il eu des changements notables au fil du temps dans l'enseignement aux étudiants (ou dans la formation continue) sur ces questions?**

La problématique de la VOG a été sous-estimée et sûrement mal diffusée. Depuis 2014-2018, un nombre croissant d'articles de presse et la pression médiatique ont attiré l'attention des praticiens et des autorités académiques. Des leçons et des attitudes pragmatiques visant à un accouchement respectueux, compte tenu des souhaits de femmes autonomes, se sont ainsi rapidement développées dans de nombreuses institutions. Cela se traduit par une meilleure sensibilisation et par l'enseignement dans les maternités et les hôpitaux universitaires qui ont organisé les séminaires mentionnés à la sous-question 2 ci-dessus. L'activité promotionnelle vers une meilleure communication, les modules d'information, les dialogues structurés, le consentement éclairé, la transparence, la pudeur (de l'enfance à la vieillesse) et le tact dans la relation médecin-étudiant-patient sont des aspects clés de ces initiatives. Cependant, elles ne sont pas encore assez répandues. Un programme officiel intégré devrait être codifié.

**5/La formation des étudiants ou la formation continue abordent-elles aussi et suffisamment la prise en charge et le mode d'accueil des personnes vulnérables ou en situation de handicap ainsi que l'accueil des LGBTQIA+?**

Les articles 18, 30 et 31 du Code de déontologie sont d'une importance fondamentale. Ils décrivent les principes de dignité humaine, de non-discrimination et de respect envers les patients.

«Toute personne a droit à des soins de santé de qualité, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans distinction d'aucune sorte. Le médecin ne peut donc discriminer et a le devoir de traiter tout patient, sans distinction d'âge ou de sexe, de conviction idéologique, philosophique ou religieuse, de race ou d'orientation, et sans distinction de situation financière de la personne concernée.» (extrait du Code de déontologie médicale, article 30, 1, § 6, <https://ordomedic.be/fr/code-2018/integriteit/30>).

Cela s'applique également aux patients vulnérables et LGBTQIA+. Un tel enseignement théorique est indispensable et devrait être adressé à tous les étudiants en médecine, infirmières et sages-femmes par les professeurs d'éthique médicale / déontologie et d'activités cliniques incluant la médecine générale, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, l'urologie, la proctologie, la psychologie-psychiatrie et en général tous les domaines cliniques où des examens intimes peuvent être nécessaires (seins ou examen vaginal ou rectal, prélèvement de frottis cervico-vaginaux, etc.). La promotion d'une attitude respectueuse et une action appropriée envers les femmes isolées, les allochtones, les enfants, les adolescents et les personnes socialement vulnérables ou LGBTQIA+ nécessite ainsi un enseignement dédié, adressé à tous les étudiants et pas seulement aux stagiaires en gynécologie-obstétrique.

Les femmes enceintes vulnérables sont des femmes présentant des facteurs de risques cliniques et/ou psychosociaux. Alors que les facteurs de risques cliniques font référence à la présence d'une pathologie maternelle préexistante ou à la présence d'une pathologie maternelle et/ou fœtale émergente pendant la grossesse, la

vulnérabilité psychosociale fait référence aux effets néfastes sur la santé, liés à la pauvreté ou à une mauvaise santé mentale. Des considérations spécifiques pour la prise en charge de ces femmes sont abordées dans le rapport 2019 du KCE et dans le guide de consultations prénatales 2022 (Benahmed *et al.*, 2019; Alexander *et al.*, 2022). *Kind en Gezin* et l'ONE sont actifs dans ce domaine.

#### ***6/Quelle importance les formations accordent-elles à l'information des patients et éventuellement celle de leur entourage? Quels sont les moyens de favoriser une meilleure communication entre le corps médical et les patients?***

La formation théorique en médecine générale et aux stagiaires en gynécologie-obstétrique établit des recommandations pour informer les patientes. Une information détaillée, complète et objective de la patiente et du partenaire est expliquée dans les cours de déontologie et d'éthique. La meilleure façon de promouvoir une meilleure communication entre les professionnels de la santé et les patients est de discuter individuellement avec les couples et le personnel médical de leurs souhaits, de leurs craintes et de leurs attentes en matière d'accouchement et des facteurs de risques individuels. De telles discussions doivent avoir lieu bien avant l'accouchement. Les informations prénatales doivent être documentées dans le dossier médical ainsi que le consentement éclairé, préalable sur la modalité de l'accouchement conformément à la médecine basée sur l'EBM et aux directives internationales.

Dans de nombreux établissements, les femmes enceintes sont invitées à écrire leurs projets d'accouchement et de soins périnatals, qui sont discutés avec les prestataires de soins. Parmi les éléments abordés figurent le (l'absence de) déclenchement du travail, la fréquence des touchers vaginaux pour apprécier la dilatation cervicale, la perfusion d'ocytocine ou non, les conditions de réalisation de l'épisiotomie, de l'extraction par forceps ou par ventouse ou de la césarienne en cas de complications. C'est aussi l'occasion de discuter de la manière dont les femmes autonomes peuvent participer activement à la prise de décision. Les femmes doivent également être informées de la douleur et des possibilités de la soulager, du soutien du mari ou d'une autre personne.

Le travail et l'accouchement peuvent être stressants et décevants lorsque les scénarios prévus ne se réalisent pas. Un encadrement adéquat, une information anticipée et une attitude respectueuse contribuent à atténuer les complications psychologiques. Ces matières doivent être enseignées aux stagiaires, sages-femmes et étudiantes infirmières spécialisées parallèlement à l'enseignement des manœuvres obstétricales, des pratiques fondées sur des données probantes (EBM) et des approches psychologiques de la prise en charge des femmes enceintes à faible risque. Ces concepts doivent être mis en œuvre en pratique quotidienne par une supervision appropriée et des discussions sur les cas présumés de VOG.

#### ***7/Comment renforcer la complémentarité des différents professionnels de l'accouchement pour que la patiente comprenne le rôle de chaque acteur lors de l'accouchement et quelles interventions peuvent être réalisées en cas de complications?***

Cela doit se faire au niveau des maternités, des maisons de naissance et des accouchements à domicile. Le personnel des différents services doit intégrer des spécialistes en obstétrique-gynécologie, des néonatalogues ou des pédiatres, des sages-femmes et des stagiaires, pour créer un esprit d'équipe pour l'enseignement et la pratique quotidienne.

#### ***3) Recommandation***

Enfin, les Académies tiennent à souligner que la proposition de stratégies de prévention et de lutte contre la VOG pour garantir la fourniture de soins obstétricaux, sans violence, et le respect des droits sexuels et reproductive ne doit pas conduire à un suivi et une pratique de mauvaise qualité. Il est essentiel d'adresser une information objective et complète au public, aux femmes enceintes et aux couples. La radicalisation du débat dans certains médias s'accompagne cependant du déni de la violence intrinsèque de la naissance humaine. La douleur, le stress et la violence ressentis sont alors projetés sur le personnel médical. Un tel déni nie l'existence de complications obstétricales spécifiquement humaines et véhicule des croyances dangereuses en matière de santé maternelle: la croyance fausse mais de plus en plus répandue que le suivi et l'intervention médicale

conduiraient à de moins bons résultats périnatals. C'est une utopie qui ne résiste malheureusement pas à l'examen: par exemple, sur 10 458 616 naissances aux USA, 38 % avaient été identifiées pendant la grossesse comme à faible risque de complication à l'accouchement et 62 % avaient été identifiées comme à haut risque de complications inattendues; 29 % des grossesses identifiées comme étant à faible risque à la naissance ont eu une complication inattendue nécessitant des soins obstétricaux ou néonataux non routiniers (Danilak *et al.*, 2015). Les complications obstétricales, qui se traduisent par des hémorragies, une hypertension artérielle, des infections ou des dystocies, sont directement responsables des chiffres dramatiques de la morbidité / mortalité maternelle et néonatale dans le monde. Il est donc obligatoire d'«humaniser» toutes les procédures gynécologiques et obstétricales, de mettre en place des mesures permettant aux femmes d'être respectées, d'être informées complètement et objectivement, de donner leur consentement aux procédures proposées, et ainsi de participer activement à leur accouchement. Ces objectifs ne doivent pas être préjudiciables à la surveillance médicale, à la sécurité et aux interventions d'urgence lorsque cela est nécessaire.

#### 4) Bibliographie

- Alexander Sophie, Barlow Patricia, Ceysens Gilles, Emonts Patrick, Jadin Philippe, Buyse Céline, Eykerman Magali, Grizi Mina Mhallem, Morales Ingrid, Steenhaut Patricia, Van Linthout Christine, *Guide Consultation prénatale*, 2022.
- Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S, «Towards integrated antenatal care Health Services Research (HSR)», *KCE Reports* 326, D/2019/10.273/79.
- Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, Aguiar C, Saraiva Coneglian F, Diniz AL, Tunçalp Ö, Javadi D, Oladapo OT, Khosla R, Hindin MJ, Gülmезoglu AM, «The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review», *PLoS Med*, 2015 Jun; 12(6):e1001847.
- Danilack VA, Nunes AP, Phipps MG. «Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States», *Am J Obstet Gynecol*, 2015 Jun; 212(6):809.e1–809.e6.
- Darilek A, «Woman's Right to Dignified, Respectful Healthcare During Childbirth: A Review of the Literature on Obstetric Mistreatment», *Issues in Mental Health Nursing*, 2018;39(6):538-541.
- Jardim DMB, Modena CM, «Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics», *Rev. Latino- Am. Enfermagem*, 2018; 26:e 3069, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.
- Jungari S, Sharma B, Wagh D, «Beyond Maternal Mortality: A Systematic Review of Evidences on Mistreatment and Disrespect During Childbirth in Health Facilities in India», *Trauma Violence Abuse*, 2021 Oct;22(4):739-751.
- Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, *et al.*, «Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries», *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2015 May, 94(5):508-17. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12593/epdf>.
- Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, Markovitz A, Ndwigwa C, Ramsey K, Ratcliffe H, Ugwu EO, Warren CE, Jolivet RR, «Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned», *Reprod Health*, 2017 Oct 11;14(1):127.
- Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, Madeira S, Leathersich S, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Souza JP, Gülmезoglu AM, «Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis», *BJOG*, 2018 Jul;125(8):932-942.
- WHO statement (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1).

**B. Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique (CRGOLFB), professeur Pierre Bernard**

Votre demande d'informations quant à la formation des professionnels de la santé dans le cadre du droit des patientes à l'autodétermination corporelle et de la lutte contre les violences obstétricales a requis tout notre intérêt et toute notre attention.

Le CRGOLFB a participé à la réponse aux mêmes questions donnée par l'Académie royale de médecine (ARM) et à laquelle nous adhérons. Nous allons donc plutôt joindre quelques addendas au texte de réponse de l'ARM, ce qui nous pensons vous facilitera la tâche.

Cependant, nous voudrions auparavant ré-insister sur plusieurs points de la problématique générale utiles à la gestion des réponses aux questions sur la formation.

Il reste pour nous primordial de progresser dans l'identification et la catégorisation des différentes formes et dès lors dans la définition de «violences obstétricales», terme hélas trop souvent inadéquat, induisant amalgame, confusion et débats inutiles.

Dans l'état actuel du débat, il n'est pas ou très peu fait de distinction entre:

- un acte «criminel» d'un soignant (agressivité, sexe, violence physique, ...) qui mérite clairement la terminologie de violence obstétricale et que couvre sans équivoque le code pénal. Cette catégorie existe encore et doit être éradiquée;
- une négligence ou une mauvaise pratique médicale (retard injustifié de pose de périnéale, surveillance inadéquate du travail menant à une prise en charge subite «en urgence», incompétence professionnelle, pratiques non recommandées, mais aussi manque de communication avant / pendant / après un événement potentiellement traumatisant);
- un acte médical ou obstétrical justifié mal vécu (pose de perfusion, déclenchement, extraction instrumentale, césarienne en urgence, épisiotomie «justifiée», ...);
- un accouchement ou un suivi obstétrical «normal» mais mal vécu, tout simplement en raison de leur difficulté voire de leur violence intrinsèque (durée du travail, difficulté des poussées, douleur de la naissance, sang, délivrance, aspect de l'enfant, mais aussi dans le post-partum douleurs, loches, mise en route de l'allaitement, crevasses, fatigue, dépression / psychose du PP, pleurs du bébé, etc.).

Une telle catégorisation permet de bien mieux cibler la prévention, le traitement et dès lors la formation et l'information. Il serait intéressant d'évaluer dans quelle proportion existent ces différentes situations englobées dans l'actuelle définition des VGO.

Le dénominateur commun reste le vécu traumatique de la patiente autour du suivi de sa grossesse et la naissance. La prévention, le traitement et le suivi du vécu traumatique doit être le principal objet de nos préoccupations et de nos réflexions. Les VGO, sous toutes ses formes à définir, n'en sont qu'une partie de ses causes.

Dans les deux premières catégories, c'est essentiellement la formation des soignants qui doit être mise en cause tandis que dans les deux dernières, c'est l'information aux patientes qui doit être travaillée et optimisée (nécessitant une bonne formation des soignants à l'information).

Si l'état des lieux et les pistes d'amélioration de la formation des soignants peuvent être facilement et consensuellement établis, il n'en est pas de même pour l'information aux patientes qui nécessite au préalable quelques mises au point:

- 1) l'accouchement «physiologique» peut être un souhait pour toute patiente et tout peut être mis en œuvre pour y arriver. Mais la déontologie impose à tout acteur obstétrical de clairement informer chaque patiente que dans plus de 50 % des accouchements, la réalité du terrain et les chiffres de la périnatalité nous montrent qu'il sera nécessaire de recourir à une intervention médicale minime ou non pour assurer le bien-être et éviter toute morbi-mortalité maternelle, fœtale et néonatale. Les patientes doivent recevoir une information honnête, objective et adaptée à leur cas personnel. Il existe aujourd'hui un fossé de perception entre l'image édulcorée que se fait le grand public de l'accouchement physiologique et la réalité du terrain;

- 2) la communication est une des principales solutions à la prévention du vécu traumatique de la patiente autour du suivi de sa grossesse et la naissance. Elle englobe cette information honnête, objective, adaptée et le consentement éclairé indissociable de celle-ci. Elle englobe également l'élaboration, entre le soignant / l'équipe de soignants et la patiente, d'une relation de confiance, pilier majeur de la prévention.

### **1) Réponses aux questions du Sénat**

(Texte rédigé par l'ARM auquel nous avons rajouté, en gras, quelques addenda)

#### **1/Comment la notion de «consentement éclairé» (et du droit à l'autodétermination) du patient est-elle traitée dans la formation des étudiants ou dans le cadre de la formation continue des professionnels?**

Ces notions font partie du Code de déontologie (articles 9: information objective et complète; article 11: professionnalisme; articles 15 et 18: respect, émancipation du patient, dignité; article 20: consentement éclairé; articles 30 et 31: déontologie médicale, absence de discrimination, attitude respectueuse). Les notions générales de bienveillance, de respect, d'information et d'éducation s'appliquent à toutes les circonstances médicales et à tous les patients, de l'enfance à la vieillesse. Ils sont abordés dans les cours de déontologie (troisième licence ou premier master) et dans des cours d'éthique médicale (généralement premier ou deuxième master). Les concepts de consentement éclairé, de prise de décision partagée, de droit à l'autonomisation du patient sont décrits en termes généraux, qui s'appliquent également à la situation obstétricale. Ils ne sont pas spécifiquement orientés vers une situation ou une condition médicale particulière dans les cours de bacheliers ou de maîtrise générale. Les mêmes principes sont envisagés dans les masters de spécialité dans des domaines de gynécologie-obstétrique (consultations, IVG, infertilité, grossesse et accouchement, chirurgie et oncologie). Les mêmes principes d'éthique médicale et de déontologie devraient également être enseignés aux sages-femmes et infirmières au cours de leurs études.

**Concernant la formation continue des professionnels, (1) les groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) partagent et évaluent entre médecins de manière critique, leurs pratiques médicales pour promouvoir la qualité des soins. Le consentement éclairé, la communication, l'éthique y sont fréquemment traités. (2) Les sociétés scientifiques telles que le CRGOLFB ou l'ABeFUM (société d'échographie) consacrent régulièrement des réunions à ces mêmes sujets (réunions dès lors accréditées «éthique et économie»). (3) Des institutions hospitalières universitaires ou non consacrent également des réunions, des séminaires, des confrontations interdisciplinaires à ces topiques. Les centres «MIC» (*Maternal intensive care*) sont d'ailleurs tenus de réunir deux fois par an leurs collaborateurs internes et externes pour traiter de sujets médicaux, éthiques, déontologiques divers d'actualité.**

#### **2/Les types de dommages occasionnés par les OGV sont-ils pris en compte dans le cursus (ou dans la formation continue) ainsi que leurs conséquences sur la santé physique et mentale? Comment sensibiliser et former les professionnels de santé sur les traumatismes (psychologiques) que ces agressions peuvent provoquer?**

La formation des infirmières spécialisées, des sages-femmes et des obstétriciens comprend déjà une formation théorique sur les accouchements physiologiques, la réduction des procédures iatrogènes, la promotion du travail humanisé et la réduction des césariennes injustifiées. Des débats, des séminaires, des initiatives individuelles locales de prévention de la VGO sont parfois organisés sur une base volontaire, par le personnel de maternités privées, publics et universitaires et par les organisations professionnelles et scientifiques. Ils s'adressent aux stagiaires obstétriciens, aux sages-femmes, aux infirmiers spécialisés et aux spécialistes dans le cadre de la formation permanente. Ceci concerne les urologues, obstétriciens, anesthésiste-obstétricaux, infirmiers spécialisés et sages-femmes. Ces actions ciblées sont limitées aux spécialistes diplômés. Les médecins généralistes ne sont pas ou peu impliqués.

Les Académies recommandent l'organisation d'un programme national abordant les aspects fondamentaux de la prévention de la VGO, au même titre que toutes les violences médicales décrites par l'OMS, auprès des étudiants médecins bacheliers puis en maîtrise générale, ainsi qu'auprès des étudiants infirmiers et sages-femmes. Un programme d'enseignement plus détaillé devrait être adapté aux médecins généralistes (1ère ligne

de traitement), aux sages-femmes, aux stagiaires en gynécologie-obstétrique, pédiatrie, urologie et anesthésiologie obstétricale. La même recommandation s'applique pour toutes les spécialités impliquant des examens et soins intimes comme l'examen des seins, du pénis, de l'urètre, de la vessie, de la vulve, du vagin, du rectum, ...

Des séminaires d'enseignement spécifiques et des sessions pratiques sur la manière d'informer les femmes enceintes, sur les aspects de l'accouchement, y compris le consentement éclairé lors d'un accouchement à faible risque ou en cas de césarienne d'urgence, d'épisiotomie, d'extraction vaginale avec des forceps ou des ventouses sont déjà organisés pour les stagiaires en gynécologie-obstétrique, dans plusieurs universités, depuis quelques années. Les stagiaires en gynécologie-obstétrique reçoivent déjàdes informations sur les problèmes liés à la VGO et sur la nécessité de fournir des informations factuelles et impartiales sur les interventions obstétricales, afin de favoriser l'autonomie des femmes, dans les soins qui leur sont prodigués.

Jusqu'à présent, ces formations sont organisées par les universités, sur une base volontaire avec une importante variabilité. Ces séminaires et formations ne sont pas destinés aux étudiants en médecine, niaux médecins généralistes. La littérature médicale souligne l'importance des changements dans la formation, tant dans les cours de premier cycle que de troisième cycle. Des thèmes tels que les droitssexuels et reproductifs des femmes, les relations entre les sexes, les codes d'éthique, l'assistancephysiologique au travail et à l'accouchement, l'humanisation des soins obstétricaux et l'enseignement de lapratique fondée sur des preuves devraient faire partie de la routine académique des futurs professionnels. Les Académies recommandent une approche multidisciplinaire impliquant des spécialistes de l'éthiquemedicale, de la déontologie, de la médecine générale, de la gynécologie-obstétrique, de l'urologie, de l'anesthésiologie obstétricale et de la psychologie-psychiatrie pour identifier les changements nécessairesà la construction d'un programme d'enseignement d'une assistance respectueuse, humaine et globalependant la grossesse, le travail, l'accouchement et l'avortement, mais aussi dans toutes les circonstancesde la pratique gynécologique (dans le respect du droit à l'objection de conscience du prestataire de soins).

**Concernant la formation continue, en 2009, sous la houlette de psychiatres, de psychologues, de sages-femmes, d'infirmiers et infirmières, de néonatalogues et d'obstétriciens et obstétriciennes, le GIP (Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité) a vu le jour pour réfléchir, enseigner et partager sur les aspects psychologiques et éthiques de la périnatalité. Groupes de réflexion ou séminaires pluriannuels sensibilisent et forment de nombreux acteurs de soins périnataux au vécu-traumatique des patientes autour du suivi de leur grossesse, de la naissance, de la période néonatale et du post-partum. Les sociétés scientifiques telles que le CRGOLFB et des institutions hospitalières universitaires ounon consacrent également des réunions ou des séminaires à la «psychopérinatalité».**

***3/À cet égard, avez-vous des recommandations à faire pour améliorer la formation des professionnels sur les deux questions précédentes?***

Les séquelles physiques et mentales ainsi que la détresse émotionnelle passagère ou plus sévère associée à la VGO ne sont pas systématiquement enseignées. Elles doivent être expliquées lors d'un cours théorique au début du cursus d'enseignement médical (baccalauréat ou première ou deuxième année de master) dispensé par les professeurs de médecine générale / déontologie / éthique / gynécologie-obstétrique et urologie. Au début des stages pratiques de deuxième et troisième master d'études médicales, un enseignement ciblé approprié devrait être dispensé à tous les étudiants en médecine abordant le stage de médecine générale, de gynécologie- obstétrique ou d'urologie. Il en va de même pour les programmes de formation des sages-femmes.

La sensibilisation des professionnels de santé à la pratique quotidienne nécessite une formation des équipes des maternités en présence d'obstétriciens, gynécologues, sages-femmes et infirmières à intervalles réguliers. Des psychiatres ou des psychologues expérimentés en bien-être maternel devraient idéalement participer à l'enseignement des conséquences mentales de la VGO et des autres violences médicales. Un esprit de bonne pratique médicale évitant toute violence physique ou psychologique ne s'installera dans les maternités belges que lorsqu'un esprit d'équipe visant cet objectif sera renforcé avec les soutien des organisations professionnelles et scientifiques. L'évaluation régulière, par les équipes locales, des cas présumés de VGO contribuera à souligner l'importance du professionnalisme et de l'éducationpour la prévention de la VGO.

Des formations pratiques et des informations sur le travail sont déjà disponibles dans de nombreux endroits de naissance. Elles doivent être encouragées. Les droits fondamentaux en matière de soins obstétricaux doivent être garantis et basés sur l'**«evidence based practice»** (pratique fondée sur des données probantes). Des

questions telles que la présence d'un compagnon ou la possibilité d'une naissance en position verticale doivent être discutées. L'adéquation du plan de naissance de la femme et les informations sur les procédures médicales (telles que l'épisiotomie, la césarienne d'urgence pendant le travail) doivent être discutées avant la naissance, bien avant le travail car de nombreuses urgences peuvent survenir pendant le travail au cours desquelles, l'obtention d'un consentement libre et éclairé est impossible. L'utilisation raisonnable de technologies adaptées aux normes de soins selon la médecine basée sur les preuves (*evidence based medicine – EBM*) doit être expliquée, respectée par l'équipe obstétricale, comprise et approuvée par la femme enceinte. L'autonomisation des femmes, le dialogue avec les parents et le consentement éclairé ne signifient pas cependant l'acceptation par les équipes médicales d'attitudes ou de pratiques dangereuses en dehors de l'EBM.

**Il est important de savoir que des cours de simulation ont lieu pour les assistants en gynécologie obstétrique (séances de simulation procédurale enseignant comment mettre un forceps, une ventouse, comment réduire une dystocie d'épaule partielle ou complète, comment accoucher un bébé en siège ou encore comment extraire un deuxième jumeau, mais aussi séances de simulation de haute-fidélité avec des scénarios d'incidents obstétricaux où sont analysés les séquences décisionnelles et la communication tant entre les praticiens (obstétricien, sage-femme, anesthésiste, néonatalogue) qu'envers les parents (discours dans l'urgence) et où sont abordées les manœuvres obstétricales difficiles, mais cette fois sur le volet de la communication (que dire à la parturiente et à son compagnon ou sa compagne, même dans l'urgence) ainsi que des situations plus complexes comme l'hémorragie du post-partum immédiat, la crise d'éclampsie, l'arrêt cardio-respiratoire, avec là aussi tout le volet communication).**

Des cours de simulation ont lieu également pour les étudiants en médecine en troisième année de bachelier et en masters au cours desquels leur sont enseignés comment faire correctement un toucher vaginal et comment mettre correctement un spéculum avec la manière de l'expliquer à la patiente, comment réaliser correctement un frottis de dépistage de col, faire correctement des prélèvements vaginaux, savoir placer un stérilet, une sonde urinaire ainsi qu'apprendre à évaluer un effacement et une dilatation cervicale en début de travail, apprendre à réaliser en simulation un accouchement à domicile, la gestion d'une fausse couche hémorragique, d'une suspicion de GEU ou de salpingite, tout cela avec le double volet de la simulation: procédural et communication. Ces exercices de simulation si importants ne sont pas suffisamment généralisés ni en nombre suffisant essentiellement par manque de moyens car ils nécessitent des formateurs et bien sûr des financements pour cette activité non rentable et non valorisée.

Par ailleurs, obstétriciens et autres acteurs périnataux réalisent régulièrement des débriefings des accouchements avec participation du couple pour entendre les éventuelles plaintes, expliquer le déroulé de l'accouchement s'il a été mal vécu et, du côté académique, retourner vers la formation en amont pour implémenter des améliorations dans l'enseignement.

**4/Y a-t-il eu des changements notables au fil du temps dans l'enseignement aux étudiants (ou dans la formation continue) sur ces questions?**

La problématique de la VGO a été sous-estimée et sûrement mal diffusée. Depuis 2014-2018, un nombre croissant d'articles de presse et la pression médiatique ont attiré l'attention des praticiens et des autorités académiques. Des leçons et des attitudes pragmatiques visant à un accouchement respectueux sont apparues. Des souhaits de femmes autonomes se sont ainsi rapidement développées dans de nombreuses institutions. Cela se traduit par une meilleure sensibilisation et par l'enseignement dans les maternités et les hôpitaux universitaires qui ont organisé les séminaires mentionnés à la sous-question 2 ci-dessus. L'activité promotionnelle vers une meilleure communication, les modules d'information, les dialogues structurés, le consentement éclairé, la transparence, la pudeur, (de l'enfance à la vieillesse) et le tact dans la relation médecin-étudiant-patient sont des aspects clés de ces initiatives. Cependant, elles ne sont pas encore assez répandues. Un programme officiel intégré devrait être codifié **incluant tout le pan important de la simulation dans la formation tant de base que continue.**

**5/La formation des étudiants ou la formation continue aborde-t-elle aussi et suffisamment la prise en charge et le mode d'accueil des personnes vulnérables ou en situation de handicap ainsi que l'accueil des LGBTQIA+?**

Les articles 18, 30 et 31 du Code de déontologie sont d'une importance fondamentale. Ils décrivent les principes de dignité humaine, de non-discrimination et de respect envers les patients.

«Toute personne a droit à des soins de santé de qualité, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans distinction d'aucune sorte. Le médecin ne peut donc discriminer et a le devoir de traiter tout patient, sans distinction d'âge ou de sexe, de conviction idéologique, philosophique ou religieuse, de race ou d'orientation, et sans distinction de situation financière de la personne concernée.» (extrait du Code de déontologie médicale, article 30, 1, § 6, Général, <https://ordomedic.be/fr/code-2018/integriteit/30>).

Cela s'applique également aux patients vulnérables et LGBTQIA+. Un tel enseignement théorique est indispensable et devrait être adressé à tous les étudiants en médecine, infirmières et sages-femmes par les professeurs d'éthique médicale /déontologie / et d'activités cliniques incluant la médecine générale, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, l'urologie, la proctologie, la psychologie-psychiatrie et en général tous les domaines cliniques où des examens intimes peuvent être nécessaires (seins ou examen vaginal ou rectal, prélèvement de frottis cervico-vaginaux, etc.). La promotion d'une attitude respectueuse et une action appropriée envers les femmes isolées, les allochtones, les enfants, les adolescents et les personnes socialement vulnérables ou LGBTQIA+ nécessite ainsi un enseignement dédié, adressé à tous les étudiants et pas seulement aux stagiaires en gynécologie-obstétrique.

Les femmes enceintes vulnérables sont des femmes présentant des facteurs de risque cliniques et/ou psychosociaux. Alors que les facteurs de risque cliniques font référence à la présence d'une pathologie maternelle préexistante ou à la présence d'une pathologie maternelle et/ou fœtale émergente pendant la grossesse, la vulnérabilité psychosociale fait référence aux effets néfastes sur la santé, liés à la pauvreté ou à une mauvaise santé mentale. Des considérations spécifiques pour la prise en charge de ces femmes sont abordées dans le rapport 2019 du KCE et dans le guide de consultations prénales 2022 (Benahmed *et al.*, 2019; Alexander *et al.*, 2022). *Kind en Gezin* et l'ONE sont actifs dans ces domaines.

**6/Quelle importance, les formations accordent-elles à l'information des patients et éventuellement de leur entourage? Quels sont les moyens de favoriser une meilleure communication entre le corps médical et les patients?**

La formation théorique en médecine générale et aux stagiaires en gynécologie-obstétrique établit des recommandations pour informer les patientes. Une information détaillée, complète et objective de la patiente et du partenaire est expliquée dans les cours de déontologie et d'éthique. La meilleure façon de promouvoir une meilleure communication entre les professionnels de la santé et les patients est de discuter individuellement avec les couples et le personnel médical de leurs souhaits, de leurs craintes et de leurs attentes en matière d'accouchement et des facteurs de risque individuels. De telles discussions doivent avoir lieu bien avant l'accouchement. Les informations prénales doivent être documentées dans le dossier médical ainsi que le consentement éclairé, préalable sur la modalité de l'accouchement conformément à la médecine basée sur l'EBM et aux directives internationales. Dans de nombreux établissements, les femmes enceintes sont invitées à écrire leurs projets d'accouchement et de soins périnataux, qui sont discutés avec les prestataires de soins. Parmi les éléments abordés figurent le (l'absence de) déclenchement du travail, la fréquence des touchers vaginaux pour apprécier la dilatation cervicale, la perfusion d'ocytocine ou non, les conditions de réalisation de l'épissiotomie, de l'extraction par forceps ou par ventouse ou de la césarienne en cas de complications. C'est aussi l'occasion de discuter de la manière dont les femmes autonomes peuvent participer activement à la prise de décision. Les femmes doivent également être informées de la douleur et des possibilités de la soulager, du soutien du mari ou d'une autre personne. Le travail et l'accouchement peuvent être stressants et décevants lorsque les scénarios prévus ne se réalisent pas. Un encadrement adéquat, une information anticipée et une attitude respectueuse contribuent à atténuer les complications psychologiques. Ces matières doivent être enseignées aux stagiaires, sages-femmes et étudiantes infirmières spécialisées parallèlement à l'enseignement des manœuvres obstétricales, des pratiques fondées sur des données probantes (EBM) et des approches psychologiques de la prise en charge des femmes enceintes à faible risque. Ces concepts doivent être mis en œuvre en pratique quotidienne par une supervision appropriée et des discussions sur les cas présumés de VGO.

**La formation des soignants à l'information des patientes passe d'abord par l'enseignement optimal de l'obstétrique et de la périnatalité (incluant ses aspects éthiques et psychologiques) dans les cours du deuxième cycle des étudiants en médecine, dans les écoles de sages-femmes et dans les masters complémentaires formant les médecins-assistants candidats spécialistes des disciplines de la périnatalité. Cette formation doit être continue pour les professionnels de la santé périnatale.**

**Les moyens de favoriser une meilleure communication entre le corps médical et les patients, outre une formation complète et optimale, pourraient aussi consister en l'élaboration de documents destinés aux patientes et servir de texte de base à un consentement éclairé bien équilibré entre information suffisamment complète et minimisation de sources d'anxiété. Les sociétés scientifiques comme le CRGOLFB pourraient se charger de l'élaboration de tels documents.**

**Un financement serait justifié eu égard au niveau de débat atteint actuellement sur cette problématique.**

**Enfin, nous préconisons le rapprochement entre société professionnelle comme la nôtre et les groupes d'usagères dans un esprit de «patient partenaire» et non de militantisme. Nous envisageons d'ailleurs de faire participer les «usagères» aux documents que nous comptons établir dans le cadre d'un consentement éclairé équilibré afin d'en optimaliser l'accès et la compréhension par les femmes enceintes.**

***7/Comment renforcer la complémentarité des différents professionnels de l'accouchement pour que la patiente comprenne le rôle de chaque acteur lors de l'accouchement et quelles interventions peuvent être réalisées en cas de complications?***

Cela doit se faire au niveau des maternités, des maisons de naissance et des accouchements à domicile. Le personnel des différents services doit intégrer des spécialistes en obstétrique-gynécologie, des néonatalogues ou des pédiatres, des sages-femmes et des stagiaires, pour créer un esprit d'équipe pour l'enseignement et la pratique quotidienne.

**Que la grossesse soit suivie essentiellement par une sage-femme ou un obstétricien ou une obstétricienne, nous avons toujours préconisé que pour toute grossesse existe un coordinateur du trajet de soins périnataux qui doit être un obstétricien ou une obstétricienne eu égard à son niveau formation. Il ou elle serait dès lors responsable de l'information des patientes quant au rôle des différents acteurs de la périnatalité et de l'existence d'un consentement éclairé.**

**C. Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV), Marlene Reynolds**

Soins de maternité respectueux, offre de formation et de formation continue des sages-femmes.

Note établie dans le cadre du rapport d’information concernant le droit à l’autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales (7-245/1) du comité d’avis pour l’Égalité des chances entre les femmes et les hommes du Sénat de Belgique.

**1) Introduction**

Les violences gynécologiques et obstétricales (*Gynaecological and obstetric violence*) sont un thème majeur dans le domaine des soins de maternité en Flandre.

Dans le cadre de la présente note, la terminologie «soins de maternité (ir-)respectueux» (*Respectful Maternity Care*) sera utilisée pour désigner ce phénomène qui concerne plusieurs professions des soins de santé et englobe différentes formes de non-respect, dont certaines sont plus subtiles que la violence *stricto sensu* (contexte de soin par exemple). Il s’agit en outre d’une terminologie reconnue internationalement, entre autres dans le cadre de l’*International Childbirth Initiative* (ICI, 2018), une directive codéveloppée par des organisations telles que l’OMS, UNICEF ou *White Ribbon Alliance* et comportant douze étapes ou indicateurs pour favoriser des soins de maternité respectueux.

Les douze formations de bachelier et les trois formations de master proposées en Flandre, ainsi que l’Organisation professionnelle flamande des sages-femmes, la *Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen* (VBOV), soulignent unanimement l’importance d’une offre de formation ad hoc garantissant une culture du respect dans les soins de maternité dispensés en Belgique.

Actuellement, les cursus flamands de bachelier et de master cherchent déjà à stimuler chez les étudiant(e)s sages-femmes, de manière transversale et axée sur les compétences, les attitudes, connaissances et aptitudes adéquates qui forment le terreau d’une maïeutique respectueuse (voir chapitre 1). La VBOV s’investit également dans la promotion des soins de maternité respectueux, tant par son offre de recherches et de formations que par le biais de son système de qualité.

On rencontre également en Flandre des formes modernes de soins de maternité irrespectueux (Wijckmans, 2019), malgré l’attention consacrée à cette problématique dans l’offre de formation proposée actuellement par les hautes écoles et universités flamandes ainsi que par la VBOV, même si les prestataires de soins semblent en général avoir une attitude positive (Wijckmans, 2019). Des obstacles à la dispensation de soins de maternité respectueux découlent de facteurs tels que le manque de connaissances et de sensibilisation, la médicalisation croissante du contexte de soins actuel, le manque d’attention accordée à un processus décisionnel partagé et éclairé autour des choix liés à la naissance, une fragmentation et une discontinuité des soins dispensés, les inégalités de genre et le contexte socioculturel (Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, 2021; Wijckmans, 2019; Sysmans, 2021, Vermeulen, 2020, Vermeulen *et al.*, 2019; Christiaens *et al.*, 2009) (voir chapitre 2).

L’ouverture d’un débat social sur ce thème suppose une sensibilisation accrue et des stratégies d’intervention adaptées. Si l’on veut améliorer la qualité des soins de maternité et la satisfaction des parents concernant ces soins, l’optimalisation de l’offre de formation constitue l’une des nombreuses stratégies à mettre en place pour aborder le phénomène au sens large (formes, indicateurs, obstacles, etc.).

Le cas échéant, les ajustements qui seraient apportés à l’avenir à l’offre de formation en ce qui concerne les soins de maternité respectueux devraient dès lors tenir compte des défis identifiés, sachant que nos connaissances en la matière sont encore en plein développement et qu’aucune étude systématique n’est actuellement disponible pour la Flandre.

Nos propositions se conçoivent davantage comme une vision d’avenir générale à long terme que comme un plan de mise en œuvre à court terme. La traduction de ces propositions dans la réalité et la pratique de l’enseignement et des formations exigera par la suite une analyse plus approfondie des opportunités et défis rencontrés chez les différents acteurs du paysage enseignant, ainsi que de leurs spécificités et besoins. Par nos propositions, nous voulons transmettre des inspirations plutôt que des instructions (voir chapitre 3).

## 2) Offre de formation actuelle en ce qui concerne les soins de maternité respectueux

### a) Les bacheliers sage-femme en Flandre

Les bacheliers sage-femme proposés en Flandre ont déjà pris de nombreuses initiatives et élaborent déjà leurs cursus de manière à stimuler chez les étudiant(e)s sages-femmes les attitudes et connaissances adéquates qui forment le terreau d'une maïeutique respectueuse. Le profil de formation bachelier sage-femme du Conseil flamand de l'enseignement (*Vlaamse Onderwijsraad*) (2014) prépare les étudiants et étudiantes sages-femmes des neuf hautes écoles flamandes (sur douze campus) à acquérir les onze acquis d'apprentissage du profil de la profession de sage-femme en Belgique (2016) et à pouvoir assurer des soins de qualité. La thématique des soins de maternité respectueux ne constitue pas un objectif d'apprentissage distinct dans la plupart des cursus, mais se traduit, de manière transversale et axée sur les compétences, en différents objectifs d'apprentissage, acquis d'apprentissage et indicateurs de comportement.

Le profil de formation comprend une liste d'attitudes évaluables. Dans le cadre d'un processus décisionnel partagé et de soins personnalisés de qualité, des attitudes telles que l'empathie, l'esprit critique et la résistance au stress sont considérées comme importantes et sont prises en compte dans la formation.

Un élément central du profil professionnel et du profil de formation est le fait que les sages-femmes sont les gardiens et gardiennes de la physiologie dans le cadre de la grossesse, du travail, de l'accouchement, de la puerpéralté, de la parentalité et des soins apportés au nourrisson. Pour ce faire, les sages-femmes nouent et entretiennent une relation de confiance et adaptent les soins aux besoins individuels. Il s'agit d'une responsabilité centrale dans un contexte de soins où des examens et interventions de routine sont de plus en plus réalisés sans un consentement éclairé, basé sur des informations scientifiquement fondées.

Une attention particulière est accordée au contexte psychosocial de la femme et de son entourage dans la situation familiale, sociale, sociétale et culturelle, compte tenu de la diversité et de l'interculturalité, avec identification des situations de crise psychosociale. En outre, les étudiants et étudiantes sages-femmes apprennent à agir selon les normes et règles juridiques et déontologiques relatives à l'exercice de la profession.

La dispensation de soins professionnels offrant qualité et sécurité reste à chaque instant une préoccupation centrale, et les étudiants et étudiantes sages-femmes apprennent à appliquer différents modèles de soins, à assurer l'importante continuité des soins et à encourager la responsabilisation des parents.

Plus spécifiquement, l'acquis d'apprentissage Promotion de la santé est attentif à l'établissement, en collaboration avec les parents, d'un plan de naissance qui explicite les souhaits, les besoins et les choix de naissance. Les étudiants et étudiantes sages-femmes apprennent à accompagner les parents dans leurs choix éclairés et donnent des conseils adéquats dans le cadre de la préparation à la naissance. Dans ce processus décisionnel, les étudiants et étudiantes sages-femmes apprennent à donner des conseils de soins basés sur des données probantes en intégrant les nouvelles connaissances scientifiques et en participant à des études scientifiques axées sur la pratique.

Dans le cadre de la formation, une attention est accordée aux aptitudes communicationnelles qui permettent de mener une conversation professionnelle et respectueuse avec le demandeur de soins et les autres prestataires de soins. Les aptitudes de réflexion critique des étudiant(e)s sages-femmes sur leurs propres capacités et actions sont également entraînées.

Les bacheliers sage-femme organisés en Flandre proposent, outre les matières régulières, différentes possibilités de formation et de formation continue pour approfondir certains aspects étroitement liés aux «soins de maternité respectueux». On peut citer, par exemple, les formations «*BevalLEN op eigen kracht: Beslis met mij, over mij*» (Un accouchement à ma mesure: prenons ensemble les décisions qui me concernent) et «*Omgaan met onmacht in je hulpverleningsrelatie*» (Gérer l'impuissance dans ses relations d'aide), deux formations continues d'une journée de la Haute école anversoise *Karel de Grote*. L'AP Hogeschool Antwerpen organise chaque année la formation «*Mensenrechten in de geboorteZorg*» (Les droits humains dans les soins périnatals; formation continue d'une journée) et deux bourses favorisant la diversité, avec une attention toute particulière pour cette thématique. À la *Erasmushogeschool Brussel*, il y a, à la fin de chaque année de formation, des discussions de cas dans le cadre desquelles les étudiants et étudiantes confrontent leurs expériences de stage avec des données probantes. Certains éléments dans le cadre de cet exercice de confrontation sont liés aux soins de maternité respectueux et sont analysés explicitement (information, autorisation, processus décisionnel partagé, plan de naissance, expériences de la femme, etc.). À la Haute école Thomas More de Lierre, le respect

dans les soins de maternité constitue un fil conducteur dans tous les scénarios de cas, tant pour les externes que pour les étudiants et étudiantes.

### b) Masters en maïeutique organisés en Flandre

Les trois masters en soins infirmiers et en maïeutique organisés en Flandre (Louvain, Anvers et Gand) réservent une place à des sujets liés à des soins de maternité respectueux. Le cours de «Sage-femme spécialisé(e)» dans le contexte européen et international se fonde sur les Objectifs de développement durable et les étudiants et étudiantes réalisent une étude de cas qui consiste à expliquer une mauvaise pratique et à indiquer comment y remédier. Dans le cadre du cours de «Sage-femme spécialisé(e)» dans le contexte actuel des soins, les étudiants et étudiantes sont tenus de rédiger un document exposant leur position sur une tendance actuelle, laquelle peut avoir un rapport avec la violence obstétricale. De plus, les étudiants et étudiantes en maïeutique ont l'occasion de développer leurs aptitudes de recherche, d'approfondir l'étude des tendances en matière d'organisation des soins et de leadership, de même que d'acquérir les aptitudes et connaissances les plus récentes dans le domaine de l'obstétrique clinique. Tous ces aspects sont essentiels au développement d'un esprit critique permettant d'évaluer les informations factuelles et les standards de soin qui constituent la base d'une décision conjointe lors des différents choix à poser au moment de la naissance.

### c) Activités de la Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV)

Des soins de maternité respectueux sont un élément essentiel également pour la VBOV.

La VBOV mise largement sur des soins maïeutiques basés sur des preuves. Tous les deux mois, des thèmes actuels sont abordés à travers des cas concrets et publiés dans la revue *Tijdschrift voor vroedvrouwen*, accompagnés d'une synthèse des recommandations les plus récentes, des observations émanant de la recherche scientifique et de leurs implications pour la pratique des soins maïeutiques. Les sages-femmes peuvent ainsi se tenir au courant des évolutions les plus récentes, ce qui favorise l'enrichissement de leurs connaissances et de leur pratique factuelles au-delà de leur formation. Plusieurs des cas abordés ont trait aux choix qui entourent la naissance, comme la liberté de mouvement, le *monitoring* fœtal, l'anesthésie péridurale, le déclenchement de l'accouchement (VBOV, 2022a).

En 2016, la VBOV a mis au point un logo «*Good practice*» pour distinguer les bonnes pratiques de sage-femme. Le logo de qualité favorise également l'offre de soins maïeutiques post-partum de qualité, respectant les directives et standards actuels (VBOV, 2022b).

En 2021, la VBOV a lancé la campagne «*Beweeg je vrij!*» («Bouge librement») afin de tenter de sensibiliser davantage à une plus grande liberté de mouvement pendant le travail et l'accouchement. Cette campagne s'articule autour de trois axes:

- 1) une plus grande liberté de mouvement physique, les parents étant libres de choisir les positions qu'ils souhaitent pendant l'accouchement;
- 2) une plus grande liberté mentale, à savoir la liberté, pour les parents, de poser des choix éclairés pour tout ce qui concerne la naissance; et
- 3) une plus grande place accordée aux soins maïeutiques et particulièrement au suivi continu et aux soins individualisés par un(e) sage-femme de confiance.

C'est l'axe n° 1 qui retient l'attention en 2022, tandis que les axes n°s 2 et 3 seront prioritaires en 2023. Cette campagne a été développée à partir d'études factuelles récentes et tenait compte des expériences des parents et du personnel soignant. Les enseignements tirés de la recherche et le matériel de communication ont été rassemblés sur le site [www.bewegingsvrijheid.be](http://www.bewegingsvrijheid.be) et présentés lors de congrès internationaux, comme le BICAP (*Birth, Core and Pelvic therapy*) 2022 ou le *Virtual International Day of the Midwife* 2022. En 2022, la VBOV a également mis en place un groupe de travail sur des soins de maternité respectueux chargé de mener des actions concrètes afin d'encourager le recours à ceux-ci.

### **3) Les défis dans le contexte actuel de la formation**

L'un des défis que rencontrent les formations est de faire acquérir aux sages-femmes des compétences très diversifiées qui correspondent à des demandes et contextes de soins en profonde mutation.

D'une part, on observe une demande croissante de connaissances et aptitudes spécialisées, une médicalisation de plus en plus poussée des soins de maternité (KCE, 2019a), une pression croissante pour une rentabilité financière et des avantages d'échelle des salles d'accouchement / maternités (KCE, 2019b). Les sages-femmes sont censé(s) acquérir de plus en plus de connaissances et être capables d'agir à partir d'une sélection et détection des risques, en tenant compte de la pathologie et des nouvelles technologies et en faisant face à un nombre croissant d'accouchements par soignant / quartier d'accouchement. D'autre part, l'évidence scientifique montre que le bilan maternel et néonatal et le vécu de la grossesse, de l'accouchement et de la puerpéralité sont nettement meilleurs dans un modèle de soins où les familles sont suivies individuellement et en permanence par une sage-femme de confiance (avec l'appui d'autres soignants ayant des connaissances spécialisées) et où la priorité est accordée à la physiologie (Sandall *et al.*, 2016). Les soins de maternité sont par excellence des soins sur mesure où l'aspect humain est essentiel à la création d'une base solide pour la santé physique et le bien-être social et psycho-émotionnel de l'enfant et de la famille à long terme. Ce modèle de soins est plus propice à une culture plus respectueuse dans le cadre des soins de maternité, tant envers la personne qui demande les soins qu'envers celle qui les prodigue.

Un autre défi important est de trouver un équilibre entre le développement des connaissances et des aptitudes, d'une part, et la personnalité (attitude, valeurs et normes, comportement) des sages-femmes qui facilitent des soins de maternité respectueux, d'autre part. Les sages-femmes sont censées acquérir suffisamment de compétences techniques pour être capables d'offrir des soins adéquats à la mère et à l'enfant tout en ayant suffisamment d'assurance pour accompagner et conseiller les familles en tenant compte du caractère psycho-émotionnel et psychosocial de chacun et du contexte, de la diversité et du vécu interculturel, et ce, dans les limites de leurs propres valeurs et de leur propre bien-être personnel en tant que soignants.

À l'heure actuelle, les soins de maternité ne sont pas encore suffisamment organisés pour promouvoir une approche maïeutique et holistique des soins de maternité. Il n'est dès lors pas évident de trouver un équilibre entre les dynamiques décrites précédemment (formation, apprentissage pratique, personnalité du patient, personnalité du soignant, etc.).

### **4) Aperçu des futurs besoins de formation en matière de soins de maternité respectueux**

Les formations de bachelier sage-femme et de master en maïeutique ainsi que les activités des organisations professionnelles de prestataires de soins pertinents jouent un rôle important dès lors qu'il s'agit d'ancrer encore plus solidement une culture de respect dans les soins de maternité.

Au sein des formations de bachelier et de master, nous considérons trois aspects particuliers comme très importants dans le futur:

- des soins de maternité respectueux dans toutes leurs facettes peuvent être ancrés aussi bien structurellement que transversalement en tant que fil rouge sous-jacent dans chacun des résultats d'apprentissage en vue de stimuler la prise de conscience, le développement des connaissances et le développement des compétences;
- une attention encore plus soutenue peut être accordée au développement des connaissances et des compétences ainsi qu'à l'échange d'expériences en matière de physiologie de la grossesse, de la naissance et de la puerpéralité. Il s'agit là des compétences clés des sages-femmes en cas de grossesse à faible risque, lesquelles compétences les distinguent clairement des autres prestataires de soins qui disposent de connaissances spécialisées. Les étudiants et étudiantes sages-femmes doivent avoir davantage l'occasion de développer ces connaissances et compétences relatives aux quatre piliers des soins maïeutiques factuels. Il y a lieu de créer davantage de possibilités de stage en première et deuxième ligne, afin de permettre aux étudiants et étudiantes sages-femmes de procéder à des observations physiologiques en matière de grossesse, d'accouchement et de puerpéralité, d'acquérir de la confiance en leurs propres capacités et savoir-faire dans le domaine de la physiologie, ainsi que de développer une réflexion critique à cet égard. Dans le modèle de soins de maternité de deuxième ligne très médicalisé que nous connaissons aujourd'hui, les étudiants et étudiantes sages-femmes

n'ont actuellement que peu de possibilités d'appliquer les connaissances physiologiques acquises et de se forger une expérience dans ce domaine;

– il y a lieu de développer des connaissances, des compétences et des qualités personnelles encore davantage axées sur:

- i. la diffusion d'informations équilibrées et factuelles;
- ii. leur transposition en choix de naissance et;
- iii. l'accompagnement des familles dans un processus décisionnel partagé, où les besoins et la situation individuels du demandeur de soins sont mis sur le même pied que l'évaluation clinique par le prestataire de soins et où l'on tient également compte des possibilités offertes par un environnement de soins donné. Il est extrêmement complexe de décider où, comment et avec qui vivre la grossesse, l'accouchement et la puerpérальité, et cette décision ne se résume pas à donner un consentement à des actes médicaux. Il s'agit d'un processus basé sur la confiance, le respect et l'appréciation mutuels, dans les propres limites du demandeur de soins et du prestataire de soins.

Les organisations professionnelles sont également appelées à jouer un rôle majeur en termes de formation continue:

- davantage de formations multidisciplinaires et d'échanges d'expériences entre les différents prestataires de soins de maternité (sages-femmes, gynécologues, pédiatres, soignants de maternité, psychologues, etc.), comme, par exemple, des formations multidisciplinaires avec mise en situation où les prestataires de soins pertinents apprennent à agir à partir d'une vision commune et holistique des soins de maternité et exercent régulièrement des aptitudes spécifiques favorisant des soins de maternité respectueux;
- nécessité d'une bonne définition des soins de maternité respectueux et d'une recherche systématique à ce sujet en Flandre;
- offre de formation approfondie dans le domaine des formes, des déterminants et des obstacles relatifs aux situations irrespectueuses, en collaboration avec des organisations spécialisées à ce sujet, comme l'ASBL flamande *Samen voor Respectvolle Geboorte vzw*;
- partage régulier de connaissances récentes concernant certains choix de naissance et demandes de soins, l'accent étant mis sur les quatre piliers de la maïeutique factuelle;
- développement d'outils concrets d'aide à la décision et formation portant sur les aptitudes en communication empathique (non violente) destinées à encore mieux soutenir les sages-femmes dans le processus décisionnel partagé avec les parents;
- formations dans le domaine des connaissances et compétences en matière de maïeutique spécialisée (par exemple, examens vaginaux, liberté de mouvement);
- plus grande implication des acteurs de terrain et des groupements de femmes dans la recherche, l'échange d'expériences, la formation et la détermination des interventions pertinentes.

Nous aimerais également explorer les possibilités d'élaborer un programme / module / micro-certificat de formation en soins de maternité respectueux, sur mesure des acteurs de terrain, et ce dans le cadre d'une collaboration entre les formations dispensées en Flandre et la VBOV, lequel programme pourrait éventuellement être organisé à tour de rôle dans / par différentes hautes écoles. Dans ce contexte, les exemples de l'étranger (Utrecht Summer School, 2022) et les expériences menées dans la formation en pharmacologie peuvent être une source d'inspiration.

## 5) Liste de références

- Christiaens W, Bracke P, «Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands», *Midwifery*, 2009 Apr;25(2):e11-9. doi: 10.1016/j.midw.2007.02.001. Epub 2007 May 18. PMID: 17512100.

- Direction générale Soins de santé, *Le profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge*, Avis 2016/01 du Conseil Fédéral des Sages-Femmes, 2016.
- Centre fédéral d'expertise des Soins de Santé (KCE, 2019a). *Performance du système de santé belge* (313 A). KCE, Bruxelles, 2019.
- Centre fédéral d'expertise des Soins de Santé (KCE, 2019b), KCE Report 323cs, *Organisation of maternity services in Belgium*, 2019.
- Articles scientifiques disponibles sur le site <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.PUB5>.
- *International Childbirth Initiative*, 2018: <https://icichildbirth.org/initiative/>.
- Plateforme citoyenne pour une naissance respectée, «Accoucher en Belgique francophone avant et pendant la Covid-19», 2021.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, & Devane D, «Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women», *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4).
- Sysmans Mahdi, «*Mag ik? » Een kwantitatief en beschrijvend onderzoek naar de ervaringen van studenten vroedkunde met betrekking tot obstetrisch geweld binnen de verloskamer*», Thomas More Lier, 2021.
- Utrecht Summer School, *Humanizing Birth Launch Critical Midwifery Studies*, 2022: <https://utrechtsummerschool.nl/courses/humanities/humanizing-birth-launching-critical-midwifery-studies>.
- Vermeulen J, Luyben A, O’Connell R, Gillen P, Escuriet R, Fleming V, «Failure or progress?: The current state of the professionalisation of midwifery in Europe», *Eur J Midwifery*, 2019 Dec 17;3:22. doi: 10.18332/ejm/115038. PMID: 33537601; PMCID: PMC7839154.
- Vermeulen J, Luyben A, Buyl R, Debonnet S, Castiaux G, Niset A, Muyldermans J, Fleming V, Fobelets M, «The state of professionalisation of midwifery in Belgium: A discussion paper», *Women Birth*, 2021 Feb;34(1):7-13. doi: 10.1016/j.wombi.2020.09.012. Epub 2020 Sep 26. PMID: 32988768.
- *Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen* (VBOV, 2022a): <https://www.vroedvrouwen.be/casussen-evidence-based-vroedvrouwenzorg>.
- *Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen* (VBOV, 2022b): <https://www.vroedvrouwen.be/good-practice-logo>.
- *Vlaamse Onderwijsraad, Opleidingsprofiel bachelor in de vroedkunde*, 2014.
- Wijckmans Valerie, «*Disrespectvolle situaties in de Vlaamse perinatale zorg, Een cross-sectioneelonderzoek bij zorgverleners*», Vrije Universiteit Brussel, 2019.

**D. Union professionnelle des sages-femmes belges (UpSfb), Association francophone des sages-femmes catholiques (AFSFC), Anne Niset**

Concernant la majeure partie des questions posées, ce sont les hautes écoles qui devraient y répondre. Les matières abordées autour des violences, (notamment les mutilations qui sont abordées depuis des décennies) du consentement (cours de droit), la bienveillance dans les soins (communication et séminaires de formation), du handicap (physique et mental) et parentalité, les thématiques du genre, les vulnérabilités, sont autant de thèmes abordés dans différents cours, séminaires pluridisciplinaires ou congrès auxquels les étudiants et étudiantes participent ou sont invités ou invitées à participer durant leur cursus.

Ces thématiques seront aussi abordées de manière plus détaillée ou plus explicite en fonction de la sensibilité des enseignants, des écoles, des universités et des lieux de stages.

En tant qu'association professionnelle, nous proposons des formations continues Pour répondre à l'obligation des septante-cinq heures de formations continues par cinq ans d'une part, mais pour ouvrir le champ des possibles, de la réflexion et de l'inclusion dans la formation sage-femme.

Nos programmes, depuis de nombreuses années, se sont adaptés à ces différentes thématiques.

Que proposer sinon un enseignement commun pour les professionnels de santé en gynéco / obstétrique, médecine générale, psys et psychiatres, etc., et périnatalité autour de toutes ces matières.

La bienveillance obstétricale devrait devenir une culture d'équipe, une culture de soins s'inscrivant dans une reconnaissance d'un travail collaboratif entre le soignant, le soigné et sa famille.

Mais avant de s'engouffrer dans l'enseignement, il est bon de regarder de manière plus «méta» et de commencer par le commencement. «On peut évaluer les valeurs d'une société en regardant comment elle accompagne les deux temps fondamentaux de la vie que sont la naissance et la mort», soit par:

- la mise en place de politiques de santé bienveillantes envers le personnel soignant, reconnaissance de la pénibilité, salaires en adéquation à la responsabilité et aux horaires, reconnaissance, écoute du terrain, augmentation des normes de personnel, etc.;
- des soins de proximité, de première ligne efficaces et réellement multidisciplinaires;
- la création d'un observatoire de la bienveillance obstétricale, qui pourrait constater, partager, former, guider les structures de soins et les professionnels autour de ces thématiques. Mais qui pourrait aussi alerter sur les dysfonctionnements;
- ouvrir les choix des possibles en matière de choix de lieux de naissance;
- adopter une politique soutenante pour les femmes, les mères, les parents dans cette période de la périnatalité (repos de maternité allongé, soutenir les allaitements longs, etc.);
- avoir un enseignement moins «hospitalo-centré», adaptable plus facilement avec des professeurs partageant une charge de cours et une expertise de terrain.

***1) Le consentement éclairé pendant les études***

Le consentement rentre dans la culture de la bienveillance dans les soins.

Il devrait se trouver à tous les étages de la dynamique de soins entre un praticien et son patient.

La loi relative aux droits du patients de 2002 est assez claire, tout doit être expliqué aux parents (avantages, inconvénients, conséquences) afin d'amener le patient et/ou sa famille à faire un choix entouré connaissance de cause et non complètement influencé par l'avis du professionnel.

Notion rappelée régulièrement lors des formations continues mais qui ne peut être la seule référence.

## 2) *Violences obstétricales / gynéco*

Sensibiliser les professionnels: des webinaires ou rencontres courtes mais régulières (par exemple: une demi-journée par trimestre) auxquels chacun pourrait s'inscrire pour être informé de l'actualité et pouvoir échanger autour de cas rencontrés, par exemple. Avoir des idées pour référer certaines patientes, les orienter, favoriser le développement d'un réseau.

Dans l'enseignement:

- notion de respect de l'intimité de la femme, du couple, du bébé;
- notion de rythme;
- expliquer chaque acte posé;
- dialoguer;
- demander le consentement;
- prendre le temps de la relation avant d'entrer dans l'intimité.

Mettre en place une coordination des soins entre l'intra-l'extra et les services d'aide.

Renforcer la collaboration pluridisciplinaire via:

- symposia;
- réunion intra-hospitalière avec différents intervenants extrahospitaliers;
- intégrer tous les professionnels de première ligne concernés.

Les notions évoquées ci-dessus devraient être intégrées dans tous les domaines de la santé et particulièrement les disciplines qui sont en lien avec la périnatalité que ce soient les soignants ou les aides. Il faut réapprendre ou apprendre la physiologie de la grossesse, du travail et de l'accouchement afin de ne pas imposer d'actes médicaux inutiles et des visions trop sécuritaires qui le sont tout autant.

Il faudrait aussi apprendre que chaque être humain peut être acteur de sa santé et pour la femme de sa grossesse, de son accouchement et de l'éducation de son enfant au sens large (alimentation, couchage, ...).

Pour cela des cours sur les différents savoirs sont indispensables, tels que:

- le savoir scientifique = connaissance scientifique;
- le savoir expérientiel;
- le savoir profane: celui de l'expérience de tout en chacun (renvoi à l'expérience vécue du patient qui en sait plus que le soignant);
- le savoir situé qui part des théories féministes: la nécessité de multiplier les points de vue pour déconstruire le plus de normes possibles; féminin / masculin, mais aussi frontières entre naturel / artificiel (cyborg), animal / humain.

**E. Overlegorgaan van Vlaamse Universiteiten met de opleiding kinesitherapie (OVUNOKI), professeur Ulrike Van Daele**

Nous avons reçu votre questionnaire sur les violences obstétricales par l'intermédiaire d'AXXON, l'association professionnelle représentative des kinésithérapeutes. Vous trouverez ci-dessous les réponses formulées par l'Organe de concertation des universités flamandes qui enseignent la kinésithérapie (OVUNOKI), et qui regroupe des délégués des universités flamandes UAntwerpen, UGent, UHasselt, KULeuven et VUB.

**1/Comment la notion de consentement éclairé du patient (et droit à l'autodétermination) est-elle abordée dans les cursus de formation des étudiants ou dans le cadre de la formation continue des professionnels?**

Toute intervention de kinésithérapie part du consentement du patient et respecte sa volonté et ses souhaits. La notion de consentement éclairé du patient est abordée dans plusieurs modules, tant ceux qui concernent l'examen du patient que ceux qui concernent son traitement. Tout traitement que le patient doit subir ne peut être entamé ou poursuivi sans son consentement.

La formation aborde des concepts tels que le consentement explicite et tacite, ainsi que le cadre légal dans lequel ces concepts sont définis. Il est notamment fait référence en l'espèce à la «loi relative aux droits du patient du 22 août 2002, chapitre III, article 8». Ces concepts sont également pris en compte dans le cadre de développements récents tels que les vidéo-consultations, et il est fait référence non seulement à la loi précitée, mais aussi aux directives en vigueur (*KCE Reports 328B. D/2020/10.273/02*).

Dans la mesure où les contacts physiques avec le patient sont multiples lors d'un traitement de kinésithérapie, la formation accorde une grande attention à l'importance du consentement éclairé du patient.

**2/Les types d'atteintes auxquelles s'apparentent les violences gynécologiques (VGO) sont-elles abordées dans le cursus (ou en formation continue), ainsi que leurs conséquences sur la santé physique et mentale? Comment mieux sensibiliser et former les professionnels de la santé aux traumatismes (psychologiques) que peuvent engendrer ces atteintes?**

En règle générale, la formation de base REVAKI ne contient pas de module relatif aux VGO. Mais les cours dispensés soulignent à plusieurs reprises que la rééducation pelvienne concerne une zone intime et requiert dès lors une approche professionnelle spécifique.

Dans le cadre de la formation interuniversitaire de qualification particulière en rééducation périnéale (post-graduat) dispensée par certaines universités flamandes, plusieurs formateurs abordent le thème de l'autodétermination gynécologique. De plus, le cours traitant de la diversité, de la kinésithérapie et des soins interculturels aborde le thème de la diversité et des différences interculturelles en gynécologie.

**3/À cet égard, avez-vous des recommandations à formuler afin d'améliorer la formation des professionnels sur les deux précédentes questions?**

La qualification particulière en rééducation périnéale devrait certainement aborder cette question.

Le sujet des VGO est trop spécifique pour la formation de base en kinésithérapie. Mais il faut sensibiliser les étudiants à la diversité de la société et à une approche inclusive des patients avec lesquels ils entrent en contact lors de leurs stages et plus tard dans le cadre professionnel. Cela se fait déjà dans les formations en kinésithérapie.

**4/Y a-t-il eu des évolutions notables dans le temps au niveau des enseignements aux étudiants (ou en formation continue) sur ces questions?**

Les formations en kinésithérapie n'ont pas enregistré d'évolutions spécifiques sur la question des VGO.

Ces dernières années, une attention accrue a généralement été accordée à la diversité et aux pratiques inclusives dans toutes les universités, y compris dans les formations en kinésithérapie.

Le kinésithérapeute (du plancher pelvien) n'est pas présent lors de l'accouchement. Il peut néanmoins, avant l'accouchement, informer et préparer la future accouchée aux possibles dysfonctions postnatales du plancher pelvien, comme l'incontinence. Durant le post-partum immédiat, il est aussi recommandé que toute femme qui vient d'accoucher consulte un kinésithérapeute spécialisé dans le périnée.

**5/*Quelle importance les cursus de formation accordent-ils à l'information des patientes et éventuellement leur entourage? Quelles sont les pistes pour promouvoir une meilleure communication entre le corps médical et les patientes?***

Pendant la formation, une grande attention est accordée implicitement et explicitement à la communication entre les prestataires de soins et les patients.

Certains cours, au niveau tant du bachelier que du master, traitent de l'apprentissage de la communication avec les patients et les autres prestataires de soins. Ils accordent également une attention à l'action et à la communication interdisciplinaires. Ces aptitudes sont mises en œuvre lors des différentes périodes de stage tout au long de la formation.

**6/*Comment renforcer la complémentarité des différents professionnels de la naissance pour que la patiente comprenne le rôle de chaque intervenant lors de l'accouchement et sache quels actes sont susceptibles d'être posés en cas de complications?***

Les différents professionnels de la naissance actifs dans le paysage périnatal sont nombreux (gynécologues, obstétriciens, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes périnataux (thérapeutes du périnée), psychologues, soins postnataux à domicile, maisons médicales, médecins généralistes, centres de planning familial, doulas, etc.).

La kinésithérapie périnatale couvre un large éventail d'aspects visant à mieux encadrer les changements que subit le corps de la femme enceinte, notamment la prévention des problèmes du périnée, le traitement conservateur curatif des plaintes urologiques, gynécologiques et/ou proctologiques, le traitement des douleurs dans et autour du bassin, l'acquisition de techniques de relâchement, de relaxation et de respiration, l'amélioration de la circulation sanguine, la posture et les plaintes liées à la posture, et l'apprentissage des postures à adopter lors du travail et lors des poussées.

Il est essentiel d'atteindre non seulement les femmes, enceintes ou non, de la classe moyenne et de la classe supérieure, mais aussi des classes précarisées. C'est pourquoi des sessions d'information générale sont proposées gratuitement à l'université et dans divers hôpitaux périphériques, pour expliquer les objectifs et le rôle de la kinésithérapie périnatale et son importance en cas de complications pré/postnatales. Ces sessions font partie d'une série de séances d'information (allaitement, travail et accouchement, nouveau-nés, aspects psychosociaux de la grossesse et de l'accouchement, etc.) dispensées gratuitement par les différents acteurs (gynécologues, obstétriciens, sages-femmes, etc.) au sein de l'équipe multidisciplinaire et sont proposées à toute femme enceinte consultant l'hôpital. Le contenu des différentes sessions d'information fait l'objet d'une concertation régulière entre les multiples acteurs, afin de clarifier le rôle de chaque prestataire de soins durant le parcours périnatal, non seulement pour les patientes, mais aussi pour les prestataires de soins. La communication entre les différents prestataires de soins est donc un élément essentiel de l'élaboration d'un «parcours de soins» solide, conforme aux souhaits de chaque femme enceinte. Proposer ces sessions dans plusieurs langues est la condition *sine qua non* pour pouvoir atteindre toutes les femmes.

Les kinésithérapeutes périnataux appliquent par ailleurs depuis de nombreuses années le principe de l'accompagnement individuel, qui prévoit qu'un thérapeute traite et accompagne une seule patiente pendant les séances pré et postnatales. Ainsi, des séances prénatales sur les différentes postures et techniques de respiration pendant le travail guideront la patiente vers l'accouchement dans un climat de confiance maximale et pourront être intégrées dans le «plan de naissance» de la femme enceinte. Il s'agit d'un aspect essentiel du droit à l'autodétermination et du droit de poser des choix éclairés et libres sur sa propre personne et son propre corps, qui sont deux conditions essentielles dans la lutte contre les violences obstétricales. Des séances de kinésithérapie

postnatale pourront par ailleurs être organisées sur une base volontaire ou symptomatique, en mettant à profit le lien étroit créé entre le gynécologue/obstétricien et le kinésithérapeute, et en appliquant également le principe de l'encadrement personnalisé qui prévoit que la femme qui a accouché doit être suivie individuellement, à son propre rythme et selon ses propres normes, valeurs et doléances.

Le renforcement de la complémentarité entre les kinésithérapeutes périnataux et les différents professionnels de la naissance nécessite en premier lieu une concertation multidisciplinaire et des renvois appropriés entre les différents professionnels. Dans les hôpitaux, cela peut souvent se faire structurellement par le biais d'une concertation systématique au sein de l'équipe. En périphérie, il existe souvent une bonne coopération et une bonne concertation avec des gynécologues, obstétriciens, médecins de famille, sages-femmes spécifiques.

En outre, l'application des bonnes pratiques apprises dans le cadre de chaque formation est un élément essentiel pour parvenir à une prise en charge intégrée, individualisée et personnalisée de la femme au cours de sa grossesse, pendant et après son accouchement. Le fait de compléter la formation et les cours post-universitaires dispensés aux kinésithérapeutes périnataux par des activités de sensibilisation aux violences obstétricales constitue une étape importante à cet égard. La reconnaissance des souhaits personnels de la patiente en matière de soins devrait également en faire partie.

**F. Universiteit Gent (UGent), professeur Piet Hoebeke**

*1/Les types d'atteintes auxquelles s'apparentent les violences gynécologiques et obstétricales (VGO) sont-elles abordées dans le cursus (ou en formation continue) ainsi que leurs conséquences sur la santé physique et mentale? Comment mieux sensibiliser et former les professionnels de la santé aux traumatismes (psychologiques) que peuvent engendrer ces atteintes?*

Le cursus aborde largement cette question de plusieurs manières:

- 1) Le programme des compétences pratiques (*V-lijn*) insiste sur la nécessité de donner des explications à la patiente (communication), de demander son accord pour la toucher et de respecter à tout moment son autonomie, faute de quoi la patiente peut ressentir l'acte comme de la «violence». Il est également conseillé, surtout pour un homme médecin, de ne pas réaliser un examen gynécologique seul (en particulier sur des patientes sensibles), mais en présence d'une infirmière/sage-femme et/ou d'une personne de confiance de la patiente.
- 2) Les cours d'obstétrique abordent les violences sexuelles et leurs possibles conséquences sur le déroulement d'un examen gynécologique ou d'un accouchement, qui peut faire ressurgir de mauvais souvenirs chez les patientes concernées. Avec ces patientes, il est encore plus important de faire preuve de prudence et de respecter les consignes décrites au point 1, sous peine de les voir ressentir l'examen gynécologique ou l'accouchement comme une nouvelle forme de violence.
- 3) Le thème de l'excision et de ses répercussions potentielles sur les plans psychologique, sexuel, obstétrique et gynécologique est également examiné dans les cours d'obstétrique (troisième année de bachelier en médecine). La question de l'opportunité ou non de procéder à une désinfibulation est abordée par le biais d'une étude de cas.
- 4) Les étudiants en médecine apprennent aussi à discuter avec la patiente de la manière d'accoucher, de la position d'accouchement et de l'administration ou non d'analgésiques pendant l'accouchement. Nous appelons cela le «plan de naissance» dans lequel la patiente exprime ses souhaits. Le problème est naturellement que tout le monde voudrait un «accouchement naturel facile», alors que ce n'est pas le cas pour un grand nombre de patientes (sans que ce soit nécessairement la «faute» de quelqu'un). Il arrive ainsi que le travail soit beaucoup plus long que prévu, qu'une détresse fœtale se présente, qu'une césarienne soit malgré tout nécessaire ou que l'accouchement doive se dérouler par extraction instrumentale.
- 5) La patiente accepte mieux cette «issue différente» si on lui donne beaucoup d'explications au préalable, pendant et après l'accouchement et si son autonomie est respectée autant que possible à tout moment. Il faut néanmoins faire une remarque importante à cet égard: en obstétrique, il se passe souvent des choses «imprévues» qui nécessitent une intervention médicale (urgente). Prévenir la patiente de cette possibilité est utile et peut contribuer à atténuer la déception que l'accouchement ne se soit pas déroulé comme elle l'espérait. Naturellement, il n'est pas faisable d'aborder toutes les complications obstétriques au préalable avec la patiente, ce qui pourrait d'ailleurs générer des angoisses. Une fois de plus, cela reste une question d'équilibre à trouver pour le prestataire de soins.
- 6) Une autre question est abordée dans une étude de cas: la pratique d'une césarienne à la demande de la patiente et, à l'inverse, la possibilité pour le médecin d'imposer une césarienne à une patiente (par exemple, en cas de détresse fœtale grave ou en cas de VIH non contrôlé avec une charge virale élevée). Cette question est examinée lors d'un débat interactif pour lequel on demande l'apport des étudiants. L'accent est mis à nouveau sur l'autonomie de la femme enceinte.
- 7) L'importance de la dimension culturelle dans les soins est aussi soulignée dans le contexte de notre société multiculturelle.
- 8) Il existe un cours APP (apprentissage par problèmes) spécifique à la santé mentale, qui est organisé en collaboration avec le service de psychiatrie. On y met l'accent sur le fait qu'un accouchement ou une grossesse traumatique peut entraîner des problèmes psychiques, notamment un risque accru de troubles anxieux et/ou de dépression après l'accouchement et lors d'une prochaine grossesse. Les étudiants examinent des études de cas et reçoivent des conseils sur la manière d'aborder ce problème.
- 9) Le cours sur les naissances prématurées aborde le cas des grands prématurés et les questions éthiques délicates auxquelles les médecins et les parents sont parfois confrontés. On y souligne aussi à cet égard

que les explications, l'écoute et l'élaboration d'une décision commune (par exemple, au sujet de la mise en route ou non des soins intensifs chez le nouveau-né) favorisent la prise de décision partagée.

- 10) Le programme du deuxième master en médecine comprend un cours APP sur le diagnostic prénatal, qui aborde la question extrêmement délicate de la constatation d'un problème génétique ou d'une malformation fœtale lors de la grossesse. Il s'agit à nouveau d'un cas qui nécessite une concertation intensive la moins directive possible pour aboutir à une prise de décision partagée.
- 11) Afin de souligner la complémentarité avec les différents professionnels de la santé et l'importance de chacun d'eux, un cours APP est organisé avec la sage-femme ou l'experte en lactation, ainsi qu'avec le médecin généraliste (sur les volets prénatal et postnatal) avec l'anesthésiste (sur l'emploi d'analgésiques pendant l'accouchement) et avec le néonatalogiste (sur l'accueil du bébé durant la période post-partum et néonatale).
- 12) Les soins obstétricaux dispensés en Belgique sont de bonne qualité et présentent d'excellents indicateurs de santé objectifs (faible mortalité maternelle et périnatale, etc.) à l'un des moments les plus dangereux de la vie d'une femme et d'un bébé, et ce en grande partie grâce à de bons soins médicaux lors de l'accouchement.

**2/À cet égard, avez-vous des recommandations à formuler afin d'améliorer la formation des professionnels sur les deux précédentes questions?**

Cette question doit être examinée à deux niveaux différents:

- Niveau 1: tout prestataire de soins confronté à une patiente souffrant de ce problème doit être capable de le reconnaître et de lui offrir une première prise en charge adéquate (compétence générique avec prise en compte de la vulnérabilité et de l'inclusivité);
- Niveau 2: ensuite, le prestataire de soins doit pouvoir orienter précisément et correctement la patiente vers des spécialistes de ce domaine ou collaborer avec eux, ce qui implique de connaître cette carte sociale spécifique (visite éventuelle des organisations, module transdisciplinaire avec des psychologues, travail social, etc.).

En résumé: le respect de la patiente, l'autonomie de la patiente, la prise de décision partagée, la communication et le consentement éclairé sont des notions fondamentales (devant être) abordées dans la formation générale.

L'obstétrique est le domaine médical par excellence où ces principes sont appliqués.

**3/Y a-t-il eu des évolutions notables dans le temps au niveau des enseignements aux étudiants (ou en formation continue) sur ces questions?**

La tendance est de faire en sorte que la patiente ait davantage son mot à dire dans le processus de la naissance. Il y a trente ans, ce processus était davantage guidé et dirigé par le médecin. Mais, comme précisé auparavant, cela ne mène pas toujours à l'issue souhaitée par la patiente. Un accouchement est typiquement un processus imprévisible; à tout moment peuvent survenir des imprévus qui imposent une intervention médicale (d'urgence) pour mener la naissance à bonne fin.

Par ailleurs, il existe certainement aussi des choses qui sont faciles à mettre en œuvre, qui présentent souvent des avantages médicaux et qui peuvent avoir une grande importance pour la patiente (et son partenaire). Par exemple: permettre à la patiente de choisir les personnes qui devront être présentes lors de l'accouchement, laisser le partenaire ou la patiente couper le cordon ombilical, assurer le contact peau à peau avec le bébé après l'accouchement, donner le choix de la position d'accouchement, etc. Il est important que les prestataires de soins soient conscients de ces possibilités et en tiennent compte.

**4/Comment renforcer la complémentarité des différents professionnels de la naissance pour que la patiente comprenne le rôle de chaque intervenant lors de l'accouchement et sache quels actes sont susceptibles d'être posés en cas de complications?**

Il demeure essentiel que chaque professionnel de la santé se présente à la patiente, en particulier lors d'une césarienne où il y a beaucoup de monde dans la salle.

Il est très utile de prévoir une ou plusieurs consultations prénatales avec la sage-femme pour expliquer le processus de la naissance, établir un plan de naissance, organiser le suivi après la sortie de l'hôpital, etc. L'hôpital universitaire de Gand le propose déjà depuis des années.

Le rôle de la sage-femme est aussi particulièrement important pendant le travail et lors de l'accouchement. En effet, c'est la sage-femme qui passe le plus de temps avec la parturiente, qui fait le *monitoring*, qui parle le plus et qui est peut-être la plus proche de la patiente à ce moment. Elle joue aussi un rôle crucial lorsqu'une intervention médicale est nécessaire. Le médecin doit dans ce cas communiquer, mais la sage-femme peut bien sûr expliquer le message ou le répéter.

### **1) Médecine spécialisée**

#### **a) Approche holistique de la violence sexuelle aiguë**

Chargée de cours: la professeure Kristien Roelens

Contenu:

L'UZ Gent joue depuis 2003 un rôle de pionnier sur le plan national en ce qui concerne la prise en charge des victimes de violences sexuelles. En 2017, trois centres pilotes de prise en charge des victimes de violences sexuelles ont été créés en Belgique, notamment à l'UZ Gent. Les centres pilotes existants sont pérennisés et leur extension est en préparation. L'approche est innovante aussi bien sur le plan médical et médico-légal que sur le plan psychosocial.

Public cible:

Essentiellement les médecins spécialistes en formation (MSF) qui sont en contact avec des victimes de violences sexuelles aiguës – urgences, gynécologie, psychiatrie, pédiatrie, urologie, etc. – mais aussi tous les autres MSF intéressés.

#### **b) Difficultés et dilemmes liés au secret professionnel et à la protection de la vie privée**

Chargés de cours: le professeur Tom Balthazar – la professeure Gwen Sys

Contenu: dans le cadre de ce cours, on aborde de manière plus approfondie les thèmes du secret professionnel, de la protection de la vie privée et de la certification:

- bref rappel des principes généraux;
- travail interdisciplinaire;
- dilemmes dans les contacts avec la famille de patients (incapables et/ou mineurs);
- dilemmes dans les contacts avec les médecins ayant une tâche non curative (médecin du travail, médecin de mutualité, médecin d'assurance, médecin-contrôle, médecin expert, etc.);
- dilemmes dans les contacts avec la police et la justice;
- dilemmes dans les contacts avec les médias;
- le dossier de patient informatisé;
- certificats (certificats d'incapacité de travail, certificats à la demande du patient, certificats à la demande d'autres médecins ou organismes, etc.).

Public cible:

Tout MSF désireux d'en savoir davantage sur la position qu'il occupe dans le cadre juridique des soins de santé au sens large et sur la manière dont il doit se comporter vis-à-vis des différents acteurs avec lesquels il interagit tout en respectant le secret professionnel et la vie privée du patient.

c) Médecin spécialiste, le mineur d'âge et la loi

Charge de cours: Dr Eric Schoentjes

Contenu:

- familiarisation avec la législation et la réglementation internationales, nationales et régionales dans ce domaine;
- mise à jour des connaissances pertinentes en l'espèce en ce qui concerne le Code de déontologie médicale;
- structures et organisations impliquées dans l'aide à la jeunesse;
- implications de la réglementation et des organisations existantes pour la pratique clinique;
- discussion d'un certain nombre de cas cliniques sur la base de données fournies par le MSF.

Public cible:

Principalement des MSF qui sont en contact avec des mineurs d'âge (et leur famille) dans le cadre de leur travail.

d) Aide à la décision clinique versus liberté thérapeutique

Charge de cours: le professeur Tom Goffin

Objectif: familiarisation avec les cadres juridiques à prendre en compte lors de l'utilisation de systèmes d'aide à la décision clinique.

Contenu:

- clarification de plusieurs concepts clés tels que la liberté thérapeutique, les directives, le droit à des prestations de qualité;
- clarification des règles de responsabilité qui sont pertinentes en l'espèce;
- clarification des limites juridiques des possibilités d'utilisation des systèmes d'aide à la décision clinique dans le processus de décision clinique.

Public cible:

Tous les MSF.

e) Dilemmes éthiques de la procréation médicalement assistée

Chargee de cours: la professeure Heidi Mertes

Objectif: découverte des principes éthiques qui président à la décision dans la procréation médicalement assistée et des dilemmes concrets auxquels le médecin peut être confronté.

Contenu:

- explication de quelques notions centrales, comme la liberté reproductive et le droit de fonder une famille;

- explication du contexte spécifique de la procréation médicalement assistée en ce qui concerne la décision éthique, tenant compte du bien-être de l'enfant à naître et de l'argument de la non-identité («*non-identity argument*»);
- l'importance et les limites de l'autonomie du patient dans le contexte des diverses possibilités de traitement (faibles chances de réussite, situations familiales problématiques, demande d'interventions médicales inutiles, etc.).

Public cible:

Tous les médecins spécialistes en formation (MSF) et, spécifiquement, ceux qui sont concernés par la procréation médicalement assistée.

#### f) Implications juridiques de la relation avec les enfants et leurs parents

Chargée de cours: Nele Desmet

Contenu:

- acquérir les compétences permettant d'évaluer la capacité de patients mineurs à exprimer leur volonté. Selon le Code civil belge, les mineurs sont incapables et sont dès lors soumis à l'autorité de leurs parents. On peut toutefois déduire de l'article 12 de la LDP (4) que lorsque le patient mineur est estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts (par le professionnel de la santé concerné), il peut être considéré comme capable d'exprimer sa volonté;
- mieux connaître l'exercice de l'autorité parentale par les parents de patients mineurs. L'autorité parentale exercée par les parents de patients mineurs mais capables d'exprimer leur volonté est limitée. Ces parents n'ont pas le droit de prendre des décisions relatives aux soins de santé à donner à leurs enfants mineurs mais capables d'exprimer leur volonté, ni celui de recevoir des informations confidentielles des professionnels de la santé;
- mieux connaître le partage de l'autorité parentale en cas de conflit entre les parents (de patients mineurs incapables d'exprimer leur volonté).

Public cible:

Principalement les médecins spécialistes en formation qui sont en contact avec des mineurs (et leur famille) dans leur pratique.

#### g) Barrière de la langue et recours à des interprètes en présence de personnes issues de l'immigration

Chargées de cours: Taïssa Majieva (Ingeborg Scheiris) (personne de contact: Isabel Vantwembeke)

Contenu:

- explication des différentes formes d'assistance linguistique en milieu hospitalier;
- différence entre les médiateurs interculturels, les interprètes professionnels et les interprètes *ad hoc*;
- l'importance de l'assistance linguistique professionnelle dans les soins de santé;
- à faire et à ne pas faire dans la communication avec des allophones;
- casuistique, cas problématiques et solutions.

Public cible:

Tous les médecins spécialistes en formation (MSF).

---

(4) Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

**h) Barrière de la langue et recours à des interprètes en présence de personnes malentendantes**

Chargees de cours: (Taïssa Majieva) Ingeborg Scheiris (personne de contact: Isabel Vantwembeke)

Contenu:

- mieux connaître le groupe cible hétérogène que constituent les personnes sourdes et malentendantes;
- communication avec les patients sourds et malentendants (maîtrisant la langue des signes): points importants;
- aperçu de cas pratiques;
- conseils pour une communication optimale.

Public cible:

Tous les médecins spécialistes en formation.

**i) Législation relative à l'hospitalisation forcée**

Chargé de cours: le professeur Gunter Heylens

Contenu:

La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, souvent appelée «loi sur la collocation», prévoit l'élaboration d'un rapport médical circonstancié. Ce rapport est une exigence légale à l'hospitalisation du patient malade mental sous la contrainte. Comme tout médecin peut être confronté à cette situation, il est indispensable que tous les médecins connaissent la législation et ses implications pratiques. La distinction entre hospitalisation forcée et injonction thérapeutique est expliquée, de même que le chevauchement avec la loi relative aux droits du patient.

Public cible:

Tous les médecins spécialistes en formation.

***2) Sciences de la rééducation et kinésithérapie***

L'université de Gand, l'UGent, a contribué à l'avis formulé par l'*Overlegorgaan van Vlaamse Universiteiten met de opleiding kinesitherapie* (OVUNOKI – Organe de concertation des universités flamandes proposant une formation en kinésithérapie), qui regroupe des délégués de l'UAntwerpen, de l'UGent, de l'UHasselt, de la KULeuven et de la VUB. Cet avis figure dans une annexe séparée.

**G. Université libre de Bruxelles (ULB), professeur Nicolas Mavroudakis**

**1/Comment la notion de consentement éclairé du patient (et droit à l'autodétermination) est-elle abordée dans les cursus de formation des étudiants ou dans le cadre de la formation continue des professionnels?**

Ces notions sont abordées dans nos cours ex cathedra par les professeurs Samuel Leistedt et Alain Le Moine avec l'aide du professeur Isabelle Lutte pour les aspects juridiques en troisième année de bachelier médecine – partim Bioéthique et déontologie dans l'unité MEDI-G3605:

Thèmes particuliers (six heures):

- l'autodétermination du patient;
- la liberté thérapeutique;
- le secret médical;
- le consentement éclairé;
- le certificat médical.

Ces notions sont également partiellement abordées en cinquième année de médecin (deuxième master) – Unité d'enseignement MEDI-G5580 qui aborde les matières concernant la médecine sociale, l'organisation de la sécurité sociale et des soins de santé et la médecine légale prof. Florence Parent, François Beauthier et Johan Kips.

Les implications des relations thérapeutiques entre patientes et praticiens en fonction des limites souhaitées ou posées par les patientes, la communication entre les praticiens et les patientes des conséquences des choix posés et des limites des responsabilités des praticiens tenant compte de ces choix sont des points qui devraient être abordés de manière explicite dans nos formations.

**2/Les types d'atteintes auxquelles s'apparentent les violences gynécologiques (VGO) sont-elles abordées dans le cursus (ou en formation continue) ainsi que leurs conséquences sur la santé physique et mentale?**

Les violences obstétricales sont abordées dans les grandes cliniques d'Erasme dans les deuxième et troisième années par les différents intervenants en obstétrique (MEDI-G5610, MEDI-G6710).

**3/Comment mieux sensibiliser et former les professionnels de la santé aux traumatismes (psychologiques) que peuvent engendrer ces atteintes?**

**4/À cet égard, avez-vous des recommandations à formuler afin d'améliorer la formation des professionnels sur les deux précédentes questions?**

**5/Y a-t-il eu des évolutions notables dans le temps au niveau des enseignements aux étudiants (ou en formation continue) sur ces questions?**

**6/Quelle importance les cursus de formation accordent-ils à l'information des patientes et éventuellement leur entourage? Quelles sont les pistes pour promouvoir une meilleure communication entre le corps médical et les patientes?**

**7/Comment renforcer la complémentarité des différents professionnels de la naissance pour que la patiente comprenne le rôle de chaque intervenant lors de l'accouchement et sache quels actes sont susceptibles d'être posés en cas de complications?**

Le développement des techniques d'enseignement par simulation sur la thématique de la communication avec les patients en utilisant le recours à des scenario prédéfinis permettrait de mieux illustrer et travailler l'adéquation des réactions de nos futurs professionnels face aux patients et patientes.

La création de séminaires multi professionnels pourrait permettre aux étudiants d'être en contact avec les différents métiers intervenant lors des accouchements ce qui doit permettre de mieux structurer les messages à faire passer aux patientes.

***8/La formation des étudiants ou continue aborde-t-elle également et suffisamment les soins et la manière d'accueillir des publics vulnérables ou porteurs de handicap ainsi que l'accueil des LGBTQIA+?***

Le professeur Delbaere abordait dans son cours d'introduction à la reproduction humaine BMOL-G2204 SAPU-G1207 également la notion de genre, d'identité de genre, des préférences sexuelles, des stéréotypes sexuels, etc.

Prôner l'ouverture d'esprit quant à la diversité des genres fait partie des thématiques régulièrement abordées dans de multiples réunions au sein de l'ULB.

En troisième année de bachelier en introduction de la formation en médecine générale le professeur Nadine Kacenelenbogen aborde la violence principalement entre partenaires et de l'accueil de tous les publics (brièvement).

En médecine générale: la violence interpersonnelle et y compris gynéco-obstétricale, mais aussi tout ce qui concerne les publics dits «minoritaires» de genre et d'orientation, ou encore les publics vulnérables socialement dont les sans-abris, font partie des thématiques de recherche et d'enseignement, mais aussi de formations continues, pas forcément au sein du cursus de base. Il en est de même concernant la santé sexuelle.

Au cours du master de spécialisation en médecine générale, toutes ces thématiques sont abordées: santé sexuelle quel que soit le genre, et/ou l'orientation, les violences interpersonnelles entre partenaires, les violences gynécologiques notamment dans le cadre de la formation planning, les violences appelées «sociétales» envers les personnes précaires, immigrées, dans la rue, etc. (30 % des femmes sans abris vivent au moins un viol en Belgique).

**H. Universiteit Antwerpen (UAntwerpen), professeur Yves Jacquemin en professeur Guy Hubens****1/Comment la notion de consentement éclairé du patient (et le droit à l'autodétermination) est-elle abordée dans les cursus de formation des étudiants ou dans le cadre de la formation continue des professionnels?**

Les nombreux aspects de la notion de consentement éclairé sont abordés durant la formation de base en médecine dans le cadre du module «*Arts en Maatschappij*» (Médecin et Société). Lors de la spécialisation en gynécologie, la formation s'articule autour du concept des soins centrés sur la femme / la famille et, lors de chaque discussion, l'accent est mis sur le libre choix de la femme de recevoir ou non tel ou tel traitement et son libre choix quant à un éventuel traitement souhaité et ce, dans le respect de l'autonomie de la femme mais aussi de celle du médecin, qui ne peut être contraint d'accomplir des actes qui soient inacceptables pour elle.

**2/Les types d'atteintes auxquelles s'apparentent les violences gynécologiques et obstétricales (VGO) sont-elles abordées dans le cursus (ou en formation continue) ainsi que leurs conséquences sur la santé physique et mentale? Comment mieux sensibiliser et former les professionnels de la santé aux traumatismes (psychologiques) que peuvent engendrer les VGO?**

Tant la formation de base que la formation continue reposent sur une vision centrée sur la femme et la famille. De ce fait, une attention constante est accordée aux éventuels traumatismes qui peuvent survenir lors de situations obstétriques aiguës ainsi qu'à la manière dont il faut agir préventivement pour réduire cette traumatogénèse et pour la détecter à un stade précoce, si nécessaire.

Une attention particulière a été accordée à l'approche pluridisciplinaire de la césarienne «douce». Le principal problème qui se pose dans la pratique est le manque absolu de prestataires de soins de santé mentale. Par conséquent, de longs délais d'attente sont à déplorer avant que les personnes puissent être prises en charge, si un événement difficile à gérer et nécessitant un soutien particulier survient. Dans un passé récent, une grande attention a été accordée à la sensibilisation des médecins et des sages-femmes aux problèmes mentaux durant la grossesse; plusieurs applications ont été mises à disposition. Les hautes écoles qui nous sont associées et l'UZA (*Universitair Ziekenhuis Antwerpen*) ont également apporté une substantielle contribution en l'espèce (voir, par exemple, <https://www.ap.be/path-perinatal-mental-health-uk>). Mais il n'y a pas de ressources ni de personnes disponibles en suffisance pour offrir une aide professionnelle une fois le problème détecté. Pour fournir cette aide, il faut généralement des professionnels en matière de soins de santé mentale; il faudrait mettre davantage de moyens à disposition afin que chaque maternité, par exemple, dispose d'un ou d'une psychiatre et/ou d'un ou d'une psychologue ayant une expertise particulière dans le domaine des soins de santé mentale périnatale.

En effet, durant le master de médecine et le master de spécialisation en gynécologie, on insiste, durant la formation, sur la nécessité de limiter fortement l'épisiotomie (< 20 % dans notre centre de formation depuis des années), d'utiliser un plan d'accouchement préalablement concerté avec chaque femme enceinte dans lequel celle-ci peut spécifier l'ensemble de ses souhaits concernant l'accouchement, de discuter et de recourir systématiquement à la césarienne douce, de montrer une certaine ouverture en ce qui concerne les césariennes à la demande et de tenir compte des souhaits des femmes qui veulent une induction ainsi que de celles qui n'en veulent absolument pas.

**3/Concernant les deux précédentes questions, avez-vous des recommandations à formuler afin d'améliorer la formation des professionnels?**

La procédure de sélection actuelle basée sur l'examen d'entrée en médecine est biaisée car elle sélectionne des candidats plutôt portés sur les sciences positives, ce qui explique aussi pourquoi seuls quelques-uns optent pour la psychiatrie en fin de parcours. La mesure européenne qui limite la durée de la formation médicale à six ans a entraîné de sévères coupes dans les cours dédiés à la psychologie, la psychologie des profondeurs et la psychologie du développement. En Flandre, la formation de sage-femme se limite toujours à un baccalauréat de trois ans, centré sur l'obstétrique et offrant, vu sa durée limitée, peu d'options pour approfondir la connaissance des concepts psychologiques et psychothérapeutiques de base qui permettraient aux sage-femmes d'avoir une approche plus consciente de leur propre comportement et de l'incidence de celui-ci sur la femme enceinte.

Dans la formation, il faut mettre l'accent sur le fait que les normes et les valeurs des clients / patients et des prestataires de soins / professionnels prévalent sur les directives d'organismes scientifiques nationaux et internationaux (telles que l'OMS ou NICE). À cette fin, il faut créer un cadre juridique sûr qui neutralise la peur médico-légale. Durant la formation, il faut aussi préciser clairement que certains objectifs chiffrés comme, par exemple, le nombre de césariennes et le nombre d'inductions ne peuvent pas être imposés au niveau international car ces chiffres sont fortement déterminés par la culture locale. En éliminant la pression exercée pour atteindre ces chiffres indicatifs, on fait en sorte que les femmes qui se heurtent actuellement à un mur puissent s'exprimer: il s'agit des femmes qui souhaitent une césarienne (que ce soit pour des raisons esthétiques ou d'antécédents d'abus sexuels) alors que le médecin subit des pressions afin de ne pas en pratiquer trop, ou encore des femmes qui ne veulent pas d'induction du travail alors qu'il y a une indication médicale pour cause de post-terme ou autre et que l'on sait par la littérature que la mortalité périnatale augmente dans ce cas (conséquence: le médecin et la sage-femme craignent un procès et n'acceptent pas ce choix de la femme enceinte ou l'acceptent mais avec beaucoup de réticence).

**4/Y a-t-il eu des évolutions notables dans le temps au niveau des enseignements aux étudiants (ou en formation continue) sur ces questions?**

L'évolution la plus récente est le fait que le *Centrum voor opvang na seksueel geweld* (Centre d'accueil après des violences sexuelles) a été associé à la formation de base en médecine et à la spécialisation en gynécologie. Autre évolution: en raison de l'augmentation des actes de violence physique et verbale des demandeurs de soins (patients et famille) à l'encontre des soignants (médecins et sage-femmes), on accorde une importance accrue aux techniques d'apaisement des conflits, mais on recourt aussi plus fréquemment à une équipe d'intervention lors d'actes d'agression commis par des patients dans le service. Après un incident de ce genre, un debriefing et un soutien psychologique du membre du personnel doivent être prévus, dispositif qui est largement développé dans notre centre avec une disponibilité vingt-quatre heures sur sept. Lors de la formation, et notamment lors des stages des étudiants en médecine et en obstétrique, on observe de plus en plus de discriminations à l'encontre des personnes qui ont un corps masculin, lesquelles se voient refuser l'accès aux salles de consultation ou d'accouchement. Cela entraîne une perte d'opportunités en termes d'apprentissage, notamment dans le domaine de la communication. De même, les travailleurs de la santé et les étudiants qui se présentent comme des personnes non binaires et/ou appartenant à la communauté LGBTQ sont rejetés par la société (c'est-à-dire, en l'espèce, par certains groupes de femmes enceintes et par leur famille, de tendance conservatrice). On pourrait accroître la tolérance à l'égard de cette diversité si l'on acceptait une plus grande variabilité des genres et des sexes et si l'on encourageait les personnes de sexe masculin à exercer une profession dans le domaine de l'obstétrique.

Il est essentiel que la méthode des études de cas fondée sur des tendances largement diffusées par les médias soit seulement une amorce. Avant de prendre des mesures significatives, on doit rassembler des données objectives et mesurables sur le problème; c'est la seule manière de voir si les mesures mises en œuvre permettent d'améliorer un tant soit peu les choses. Sans cela, toutes les mesures prises seront inutiles et coûteuses et ne profiteront à personne. Le seul moyen pour avoir une vision exacte du problème à long terme et pour déterminer si la solution appliquée est efficace est de procéder à une étude de cohorte prospective qui porte sur l'ensemble des femmes enceintes suivies dans les hôpitaux et dans les maternités ou à domicile par des gynécologues ou des sage-femmes, ainsi que sur l'ensemble des accouchements qu'ils aient lieu dans les centres de naissance ou à domicile et ce, en utilisant des instruments de mesure préalablement validés et des valeurs limites bien définies. Pour ce faire, il faudra prévoir un financement.

**5/La formation des étudiants ou la formation continue aborde-t-elle également et suffisamment les soins et la manière d'accueillir des publics vulnérables ou porteurs de handicap ainsi que l'accueil des personnes LGBTQIA+?**

Ces aspects sont longuement abordés dans plusieurs modules des études de médecine. Dans notre université, les soins aux femmes enceintes vulnérables font l'objet d'une collaboration étendue entre les services et d'autres organisations au sein du réseau PANZA (<https://www.panza.be/>). Durant leur stage, les étudiants en médecine et en obstétrique apprennent la manière d'appliquer le projet *Born in Belgium* (<https://borninbelgiumpro.be/>), qui est porté par la professeure Katrien Beeckman au sein de notre université. Le module de

sexologie en médecine de base accorde une attention aux personnes LGBTQIA+, à la dimension du genre et à la fluidité de genre (si bien que nous devrons peut-être remplacer prochainement la notion de soins centrés sur la femme par une dénomination plus générale, étant donné que les personnes qui se présentent pour un accouchement ne se considèrent pas toutes comme des femmes). Ces aspects sont traités plus en détail durant la formation de spécialiste en gynécologie.

#### ***6/Quelle importance les cursus de formation accordent-ils à l'information des patientes et éventuellement leur entourage? Quelles sont les pistes pour promouvoir une meilleure communication entre le corps médical et les patientes?***

La formation anversoise comprend un parcours d'apprentissage permanent axé sur la communication, qui traverse les matières et les années d'études. Il n'est pas nécessaire de prévoir une formation théorique supplémentaire. Il existe un problème beaucoup plus ennuyeux: le nombre croissant de patients avec lesquels il est impossible d'avoir une communication verbale en raison de barrières linguistiques difficiles à surmonter, la plupart du temps dans le cadre de contacts uniques. Il faudrait que les autorités organisent un service d'interprètes gratuit et disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour les quatre cents langues et plus qui sont parlées à Anvers, souvent par des personnes n'ayant aucune connaissance du néerlandais, du français ou de l'anglais. À l'image de leur effectif du personnel, les hautes écoles, les universités et les hôpitaux, en particulier les maternités, sont des «*melting-pots*» multi-ethniques mais ne seront jamais en mesure de faire face à cette pluralité linguistique. Les professionnels de la santé et les patients ne vivent pas dans des mondes séparés. Tous les acteurs de la santé sont aussi des patients. Le fait d'attacher plus d'importance à l'expérience que vivent les prestataires de soins en tant que patients pourrait déjà être utile. Par ailleurs, tous les professionnels de la santé ont aussi le même quotidien et sont confrontés aux mêmes problèmes que tout le monde. Il semble préférable d'insister sur l'égalité des personnes plutôt que d'accentuer précisément cette frontière artificielle par la polarisation. En tentant d'abolir ces frontières et en s'efforçant de jeter des ponts, on aggrave le problème, comme l'a démontré le philosophe Bart Brandsma (<https://insidepolarisation.nl/>).

#### ***7/Comment renforcer la complémentarité des différents professionnels de la naissance pour que la patiente comprenne le rôle de chaque intervenant lors de l'accouchement et sache quels actes sont susceptibles d'être posés en cas de complications?***

Dès le début, la formation anversoise mise fortement sur la coopération entre les différents professionnels des soins de santé et des soins entourant la grossesse et l'accouchement. La formation de base comprend ainsi des journées IPSIG; il s'agit d'un projet interdisciplinaire de collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la santé auquel participent, chaque année, plus de 650 étudiants de toutes les hautes écoles anversoises et de l'Université d'Anvers. Plus tard, lors de la spécialisation, tous les exercices pratiques relatifs aux urgences obstétricales sont réalisés dans un cadre multidisciplinaire (gynécologue, sage-femme, pédiatre, anesthésiste, infirmier de salle d'opération), y compris les exercices de communication avec la femme enceinte et son entourage au moyen de jeux de rôles. L'Université d'Anvers coordonne également la formation annuelle «*Obstetrische Vaardigheden*» (compétences en obstétrique) que chaque assistant gynécologue en Flandre doit suivre au moins une fois au cours de son cursus. Respecter le principe d'une sage-femme pour une femme enceinte durant le travail permet d'éviter bien des complications. Les moyens financiers prévus actuellement pour l'obstétrique entraînent une pénurie de personnel structurelle dans les services d'obstétrique, de sorte qu'une seule sage-femme doit accompagner de trois à cinq femmes pendant le travail.

Notre hôpital de formation applique le «*Crew Resource Management*», encadré par le professeur Éric Franck, psychologue. Cette approche mise fortement sur la communication entre les membres de l'équipe, notamment lors des urgences obstétricales ou périnatales. Le service de néonatalogie dirige un projet dans le cadre duquel chaque réanimation est filmée et réévaluée *a posteriori*, notamment en ce qui concerne la communication entre les membres de l'équipe et avec les parents.

Les pouvoirs publics devraient mettre à disposition un budget permettant d'organiser systématiquement des exercices de scénarios catastrophes qui associent un nombre suffisant d'intervenants, tels que des sage-femmes, des psychologues, des néonatalogues, des infirmiers en néonatalogie et des anesthésistes, et qui accordent une attention prioritaire à la communication avec la femme enceinte et son partenaire ainsi qu'au sein de l'équipe. Compte tenu des effectifs prévus actuellement dans les services d'obstétrique en Belgique, il n'est

pas réaliste de réserver du temps pour des exercices de ce genre. Le matériel et les formateurs nécessaires à cet effet représentent aussi un coût non remboursable. Les entraînements de ce type ne sont pas des exercices techniques; ils doivent se dérouler avec l'équipe actuelle et sur le lieu de travail réel à l'hôpital. Il ne s'agit pas d'une formation hors contexte dans un centre isolé.

## I. Université de Liège (ULiège), professeur Edouard Louis

Sur cette thématique, la Faculté de Médecine rejoint et valide complètement l'avis rendu récemment par l'Académie royale de médecine de Belgique dont vous trouverez le rapport annexé à cette note.

En complément, nous proposons les commentaires suivants:

- Un des problèmes majeurs de ce débat légitime est que le terme de «violences» obstétricales et gynécologiques (VGO) est mal choisi, car il ne fait pas de distinction entre un acte criminel (agressivité volontaire, sexism, violence physique gratuite), une négligence médicale (retard injustifié d'anesthésie, surveillance inadéquate du travail d'accouchement, pratiques non recommandées, déficit de communication), un acte médical ou obstétrical justifié mais mal vécu (extraction instrumentale, césarienne, épisiotomie) ou encore, une physiologie de l'accouchement ou du post-partum compliquée (long travail d'accouchement, saignements hémorragiques à la délivrance, aspect de l'enfant à la naissance, crevasses aux seins, dépression du PP). Or dans la définition actuelle des VGO, une confusion existe entre ces différentes formes.
- Le code pénal couvre sans équivoque la première catégorie (donc inutile de légiférer). Nous travaillons clairement sur la deuxième catégorie par toutes les recommandations et l'EBM (*evidence-based medicine*) que nous enseignons (assistants en formation, formation continue des gynécologues-obstétriciens). Si malgré cela des négligences ont lieu, des procédures médico-légales peuvent être activées. Par contre, les troisième et quatrième catégories existeront toujours et ce sont elles qui méritent d'être clarifiées dans les débats, car la violence intrinsèque de la naissance est une réalité, souvent occultée, peut-être car faisant partie du quotidien de l'obstétricien.
- Il faut centrer la réflexion sur le fossé de perception qui existe entre l'image utopique que peut parfois avoir le grand public et la réalité du terrain.
- Il faut dès lors travailler activement sur la qualité de la communication tant en anténatal que lors de la pose d'actes difficiles, et mettre en œuvre des stratégies et procédures qui permettent à la parturiente de participer au processus décisionnel.

### **1) Travail sur le procédural et la communication dans le domaine visé**

Le professeur Patrick Emonts est l'initiateur, depuis quelques années à l'ULiège, au sein du Centre de simulation, d'un programme de simulation pour l'obstétrique à l'attention des assistants en formation ainsi que des gynécologues obstétriciens diplômés, dans le cadre de leur formation continue.

Cela comporte: des séances de simulation procédurale (comment mettre un forceps, une ventouse, comment réduire une dystocie d'épaule partielle ou complète, comment accoucher un bébé en siège ou encore comment extraire un deuxième jumeau), des séances de simulation de haute-fidélité avec des scénarios d'incidents obstétricaux où sont analysées les séquences décisionnelles et la communication tant entre les praticiens (obstétricien, sage-femme, anesthésiste, néonatalogue) qu'envers les parents (discours dans l'urgence) et où sont abordées les manœuvres obstétricales difficiles, mais cette fois sur le volet de la communication (que dire à la parturiente, même dans l'urgence), ainsi que des situations plus complexes comme l'hémorragie du post-partum immédiat, la crise d'éclampsie, l'arrêt cardio-respiratoire, avec là aussi tout le volet communication.

La cellule psychologique du Centre de simulation a mis sur pied des scénarios d'annonce de mauvaises nouvelles à l'attention des assistants en gynécologie-obstétrique (découverte fortuite d'une fausse couche, d'une mort fœtale *in utero*, d'une malformation fœtale sévère).

Avec le professeur Alexandre Ghysen, dans sa charge de cours en urgences et en simulation, nous mettons en place un programme d'enseignement à destination des étudiants en médecine. Cela comporterait comment effectuer correctement un toucher vaginal et comment placer correctement un spéculum avec la manière de l'expliquer à la patiente, comment réaliser correctement un frottis de dépistage de col, faire correctement des prélèvements vaginaux, savoir placer un stérilet, une sonde urinaire ainsi qu'apprendre à évaluer un effacement et une dilatation cervicale en début de travail, apprendre à réaliser en simulation un accouchement à domicile, la gestion d'une fausse couche hémorragique, d'une suspicion de grossesse

extra-utérine ou de salpingite, tout cela avec le double volet habituel de la simulation: procédural et communication.

## **2) Les soins et l'accueil des personnes LGBTIQA+ à l'ULiège**

Le professeur Gabrielle Scantamburlo a initié des enseignements en lien avec les transidentités intégrant différentes disciplines médicales et facultés (Faculté de médecine – FM, Faculté de psychologie, logopédie et sciences de l'éducation – FPLSE, Faculté de philosophie et lettres – FACPHL, Faculté de droit, de sciences politiques et de criminologie – FDSPC, Faculté des sciences appliquées – FACSA).

À la lumière des avancées juridiques, des mouvements sociaux et des échos associatifs, l'objectif est de sensibiliser les étudiants à la spécificité des soins transgenres et aux approches transdisciplinaires en questionnant les enjeux éthiques.

Notre volonté est d'accompagner les personnes dans leurs questionnements identitaires ou leurs parcours de transition, sans remettre en question l'identité qu'elles expriment, selon le principe d'autodétermination.

Ces enseignements s'articulent avec le cours de psychiatrie, de thérapeutique intégrée et la Chaire d'éthique et d'humanité médicale.

Ils impliquent différents académiques, en lien avec le Centre d'accompagnement des transidentités du CHU de Liège (un des deux centres belges de référence, reconnus par la ministre de la Santé en 2017):

- professeur JL. Nizet, prof. F. Kridelka, prof. AS. Parent, prof. A. Malchair, prof. D. Morsomme, prof. Y. Gilon, prof. G. Scantamburlo;
- professeur F. Cayemaex (éthique) et prof. YH. Leleu (droit des personnes);
- dans le cadre des stages, des ateliers de pratique réflexive, autour d'un journal de bord numérique (*eLogBook*) sont organisés;
- les étudiants, tout au long de leur cursus, sont sensibilisés à toute forme de discrimination, à travers notamment la campagne *#Respect*, initiée par la professeur AS. Nyssen, vice-rectrice à l'enseignement et au bien-être;
- un premier symposium dédié aux transidentités à l'ULiège et au CHU de Liège a eu lieu le 5 mai 2022, en lien avec des associations de personnes transgenres, à destination des étudiants et du personnel soignant;
- des recherches universitaires nationales et internationales, associant les personnes concernées, se développent.

**J. Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven), professeur Paul Herijgers**

Le professeur Paul Herijgers, doyen, s'est attelé à la rédaction du présent document après avoir interrogé les personnes suivantes:

- le professeur Dirk Timmerman, chef de service et maître de stage, gynécologie-obstétrique à la KU Leuven;
- le professeur Wim Van de Voorde, médecine légale, membre du Conseil national de l'Ordre des médecins, professeur de déontologie;
- le professeur Martin Hiele, directeur de programme pour la formation en médecine spécialisée à la KU Leuven et président du Comité d'éthique en matière de soins de l'UZ KU Leuven;
- la professeure Chantal van Audenhove, professeure responsable pour la communication à la Faculté de médecine et directrice de LUCAS;
- le professeur Frank Van der Aa, chef de service d'urologie à l'UZ Leuven;
- le professeur Bert Bammens, directeur de programme pour la formation de bachelier et de master en médecine à la KU Leuven;
- le professeur Paul Enzlin, directeur de programme pour la formation de master en sexologie à la KU Leuven;
- la professeure Annick Bogaerts, responsable de l'orientation sage-femme spécialisée dans la formation de master en art infirmier et obstétrique à la KU Leuven.

**1) Introduction**

La présente note excède quelque peu le cadre des questions posées. Nous avons pris cette liberté étant donné que le questionnaire prévu était annoncé comme non exhaustif.

En tant que Faculté de médecine, nous voulons former des personnes afin qu'elles deviennent des prestataires de soins et des chercheurs de qualité, très respectueux de chaque être humain et particulièrement attentifs aux plus vulnérables de notre société. Nous voulons former nos collaborateurs pour qu'ils deviennent des professionnels dotés d'une expertise scientifique approfondie et faisant preuve d'une grande humanité et empathie.

Nous souhaiterions faire quelques remarques préliminaires sur le questionnaire et la note explicative transmis par le Sénat de Belgique, plus particulièrement sur le terme «violences».

Étant donné qu'il évoque, par connotation, les violences sexuelles et les violences domestiques intentionnelles, le terme «violences obstétricales et gynécologiques» est stigmatisant et blessant pour tous les prestataires de soins qui œuvrent nuit et jour pour prendre soin des femmes pendant le travail et l'accouchement ainsi que des femmes souffrant de problèmes gynécologiques aigus. Comme il est indiqué à la page 4, aucun prestataire de soins n'embrasse la profession pour commettre des actes de violence envers autrui. Le terme «violences» implique qu'il y a de la malveillance et de l'intentionnalité de la part du prestataire de soins, du gynécologue, de la sage-femme ou autre, ce qui n'est presque jamais le cas. L'emploi de cette terminologie induit une polarisation et nuit aussi bien aux femmes qu'à ceux qui les soignent car toutes les parties sont perdantes dans une atmosphère de méfiance.

L'objectif de l'obstétrique / la maïeutique est évidemment de faire en sorte que le bébé et la maman se portent bien et puissent bâtir ensemble une vie heureuse. Moins il y a de stress, moins il y a de douleur, plus les choses se déroulent calmement et harmonieusement, mieux c'est.

Après une formation longue et intensive, un prestataire de soins ayant reçu une formation académique a une connaissance précise du processus physiologique normal du travail et de l'accouchement, mais il est attentif aussi aux complications soudaines. Toute personne ayant une expérience du travail et de l'accouchement sait à quel point ce climat idyllique peut changer brusquement. Et il faut alors être capable d'inverser rapidement et efficacement le cours des choses. Cette situation n'est pas du tout agréable pour la patiente ni d'ailleurs pour la sage-femme ou l'obstétricien.

Un gynécologue témoigne: «Notre travail est comparable à celui d'un guide de montagne: en tant que «client», vous choisissez à l'avance le sommet de la montagne à atteindre et l'itinéraire pour y arriver. Vous espérez qu'il y aura du soleil, un ciel d'azur et une magnifique vue. Le guide espère la même chose et doit de surcroît vous ramener saine et sauve au refuge de montagne. Généralement, cela se passe bien et tout le monde est ravi. Mais parfois le temps change brusquement. Le guide doit alors agir avec célérité: un autre itinéraire est choisi, vous devez descendre en rappel sous la pluie, il crie parce que le vent mugit, vous avez peur et êtes fatiguée. Vous aviez imaginé ce voyage tout autrement. Mais, en soirée, vous et votre guide arrivez sains et saufs au refuge de montagne. Épuisés. Le guide a fait son travail et vous lui en êtes reconnaissante. C'est ce dernier aspect qui manque dans le texte du Sénat.»

Mais il peut arriver, même avec des soins de qualité et du respect mutuel, que les choses ne se déroulent pas comme prévu, sans que l'on puisse en l'espèce parler de violence. L'obstétrique et les soins médicaux en général n'ont pas toujours une issue heureuse. On ne peut parler de violence, au sens pénal dans un contexte médical, que lorsqu'un prestataire de soins de santé ne remplit pas les conditions légales et/ou n'agit pas avec la prudence requise, conformément à l'état de la science.

Dans le même temps, nous reconnaissons que par le passé, l'obstétrique-gynécologie (et l'ensemble de la médecine) avait une approche très directive et paternaliste des souhaits et des sensibilités des patients en général et des femmes en particulier. Le texte du Sénat énonce de très nombreux principes auxquels nous adhérons pleinement et que nous mettons déjà en pratique, tant dans la formation des étudiants que dans la pratique clinique.

Nous nous efforçons de traiter chaque personne avec le même respect et la même attention, indépendamment de son origine, de son statut légal, de sa situation financière, de sa situation de handicap ou non, de son orientation (LGBTQIA+), de son âge ou de son IMC. Nous accomplissons beaucoup d'efforts à cet effet, que nous allons brièvement exposer.

## **2) Éléments de réponses synthétiques aux questions posées sur le cursus dans la formation en médecine et les formations continuées (spécialiste, généraliste, soins de santé publique)**

### **1/Comment la notion de consentement éclairé du patient (et droit à l'autodétermination) est-elle abordée dans les cursus de formation des étudiants ou dans le cadre de la formation continue des professionnels?**

Il s'agit de l'un des piliers déontologiques abordés dans les cours magistraux (et dans les ressources pédagogiques y afférentes comme les cours et les présentations *PowerPoint*) du cours de déontologie médicale dans le module de formation «Médecin dans la société».

Cette notion est également abordée dans les modules de formation suivants:

- introduction à la psychologie, à la psychologie médicale et de la santé;
- développement d'une pratique de qualité;
- éthique médicale;
- approfondissement des notions en matière de soins de santé;
- pistes de communication dans le module de formation «Aptitudes & Communication» (principalement 4);
- les différents stages en milieu hospitalier lors desquels les procédures de consentement éclairé sont fréquemment appliquées;
- les enseignements émanant du Comité d'éthique de la recherche dans le cadre de la préparation du mémoire de master.

Dans le cours optionnel «Sexualité en perspective», les médecins apprennent d'où vient l'idée de «consentement mutuel» dans le contexte de la sexualité.

**2/Les types d'atteintes auxquelles s'apparentent les violences gynécologiques (VGO) sont-elles abordées dans le cursus (ou en formation continue) ainsi que leurs conséquences sur la santé physique et mentale? Comment mieux sensibiliser et former les professionnels de la santé aux traumatismes (psychologiques) que peuvent engendrer ces atteintes?**

Cela est abordé dans le cadre de la clinique médico-légale, dans le cours de médecine légale du module de formation «Médecin dans la société».

Dans les modules de formation théoriques et cliniques sur le processus périnatal, des leçons, étayées par des exemples, traitent amplement de l'approche correcte à avoir et de l'attitude orientée vers le patient. Dans le cadre aussi bien des stages obligatoires que des stages optionnels, une attitude et une approche orientées vers le patient sont également enseignées et mises en pratique de manière intensive.

Dans le curriculum de médecine remanié, un cours de «Sexologie clinique pour les médecins» est prévu. L'accent est mis, entre autres, sur la violence sexuelle et la manière dont elle est vécue (il y a un certain parallèle avec les VGO), mais aussi sur les troubles sexuels (par exemple, la douleur pendant les rapports sexuels, qui est fréquente en période post-partum) et le constat qu'il faut en moyenne cinq à sept ans avant que les personnes concernées aillent voir un prestataire de soins qualifié. Ce cours pourra donc renforcer la responsabilisation des médecins (en formation) et les inciter à être attentifs aussi à la sexualité sur la base des droits sexuels des personnes.

**3/À cet égard, avez-vous des recommandations à formuler afin d'améliorer la formation des professionnels sur les deux précédentes questions?**

Une réforme du programme de la formation en médecine sera mise en œuvre à partir de l'année académique 2023-2024, durant laquelle cette question fera l'objet d'une attention encore plus grande.

Ce thème spécifique pourra aussi être abordé de manière plus approfondie au sein d'un collège pluridisciplinaire (gynécologie – médecine légale – psychiatrie), et ce dans le cadre des masters de spécialisation en médecine (en particulier pour la gynécologie / obstétrique) et en médecine générale.

Dans le nouveau curriculum en cours d'élaboration, s'agissant de l'enseignement des aptitudes, une attention particulière sera accordée dès le début de la formation de base à la connaissance de soi, à l'autoréflexion et à l'attitude professionnelle, dans le cadre de laquelle l'accent sera mis aussi sur le consentement éclairé et le comportement transgressif. La réflexion sur la qualité dans les soins de santé sera également développée dès le début de la formation.

Il y aura aussi davantage d'attention pour ces aspects de la formation dans le cadre des modules «Homme, Environnement et Société» et «Vivre-ensemble» de la formation remaniée. La formation dans le domaine de la sexualité et de la sexologie clinique bénéficiera aussi de davantage d'attention.

**4/Y a-t-il eu des évolutions notables dans le temps au niveau des enseignements aux étudiants (ou en formation continue) sur ces questions?**

L'attention accrue portée à la violence sexuelle transgressive sur le campus et dans le cadre du cursus ainsi que les actions organisées autour de ce thème pour la prochaine génération d'étudiants permettent de sensibiliser davantage les étudiants à ces thématiques dans leur propre vie, et cette prise de conscience se reflétera / pourra se refléter aussi dans leurs expériences en tant que professionnels.

**5/La formation des étudiants ou continue aborde-t-elle également et suffisamment les soins et la manière d'accueillir des publics vulnérables ou porteurs de handicap ainsi que l'accueil des LGBTQIA+?**

On examine la possibilité d'impliquer davantage à cet égard le Centre de prise en charge des victimes de violences sexuelles, récemment créé dans notre hôpital universitaire. Cette vision / source de données supplémentaire permettrait d'enrichir nos formations.

Une attention particulière est accordée tout au long de la formation aux groupes relevant d'un contexte de soins particuliers (personnes vulnérables, personnes en situation de handicap). Ils bénéficient aussi d'une attention spécifique dans le cadre des modules «Développement d'une pratique de qualité» et dans le cadre des pistes de communication dans le module «Aptitudes & Communication».

Le cours «Sexualité en perspective» dans le programme de master en sexologie est également suivi chaque année par quelque 450 médecins spécialistes en formation dans le cadre de leur programme de formation. C'est l'occasion de réfléchir de manière explicite à l'attitude que les étudiants et la société adoptent à l'égard de la sexualité et de l'orientation sexuelle, ainsi qu'à certains points d'attention dans l'optique de l'inclusivité et de la diversité.

Dans le module de formation programmé «Sexologie clinique pour les médecins», une attention particulière sera accordée à la diversité sexuelle et de genre.

Dès 2004, le Comité d'éthique en matière de soins a émis un avis sur les conditions éthiques dans lesquelles l'apprentissage de l'examen gynécologique par les étudiants devrait se dérouler idéalement.

Il est amplement fait usage de matériel de simulation pour former correctement les étudiants, y compris pour l'apprentissage de l'examen gynécologique.

***6/Quelle importance les cursus de formation accordent-ils à l'information des patientes et éventuellement leur entourage? Quelles sont les pistes pour promouvoir une meilleure communication entre le corps médical et les patientes?***

Nous renvoyons à cet effet à la longue liste de modules et de stages qui ont été énumérés de manière non exhaustive dans la réponse à la première question.

Dans les cours optionnels sur la sexualité, qui accordent une attention particulière au lien entre, d'une part, la maladie (chronique) et les handicaps et, d'autre part, la sexualité, il est souligné clairement qu'il est de la responsabilité du professionnel de la santé de s'enquérir de l'existence d'éventuelles préoccupations d'ordre sexuel.

***7/Comment renforcer la complémentarité des différents professionnels de la naissance pour que la patiente comprenne le rôle de chaque intervenant lors de l'accouchement et sache quels actes sont susceptibles d'être posés en cas de complications?***

Ces aspects sont expliqués en détail sur les lieux de stage lors de l'admission des patientes enceintes, l'UZ KU Leuven jouant un rôle de pionnier à cet égard. Dans la mesure du possible, on renvoie à la sage-femme et/ou au médecin généraliste pour assurer le suivi en alternance. La collaboration entre les différents prestataires de soins (collaboration interprofessionnelle) est un travail de réflexion obligatoire dans le portfolio de stage de tous les étudiants de master en formation.

En cas de complications pendant la période pré- ou postnatale, la porte de notre bloc d'accouchement est toujours grande ouverte, y compris pour les prestataires de soins externes.

Un module de formation interprofessionnelle (Faculté de médecine de la KU Leuven, conjointement avec la Haute école de l'UCLL) est déjà proposé aujourd'hui. Dans le curriculum remanié qui sera instauré l'année prochaine, une place plus large sera réservée aux modules de formation interprofessionnelle, tant dans le programme théorique que dans l'enseignement d'aptitudes.

Conjointement avec les hautes écoles, notre faculté développe une formation de simulation interprofessionnelle sur les complications périnatales, laquelle est financée en partie par le «*Voorsprongfonds*» qui relève de l'autorité flamande. Plusieurs scénarios sont en développement à cet effet et seront proposés d'ici octobre 2023 afin qu'ils puissent être intégrés dans la formation des prestataires de soins et ce, aussi bien dans les bacheliers professionnels que dans les bacheliers et masters académiques.

### ***3) Réflexions de la part du service Gynécologie-Obstétrique de l'UZ Leuven***

De par l'importante fonction formatrice du lieu de stage tant pour les sages-femmes et les étudiants en master que pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, la fonction exemplative est importante. Une très grande attention est donc accordée à des soins de qualité centrés sur le patient. Plusieurs réalisations concrètes peuvent en témoigner.

#### **a) Généralités**

Des informations précises sur les examens et les traitements sont communiquées de manière systématique. Les patients sont toujours invités à donner leur consentement pour chaque examen ou traitement. On met l'accent sur la qualité des soins, en évitant tout examen ou traitement médical inutile.

L'infrastructure est efficace et conviviale pour les patients; par exemple, des écrans permettent à la patiente et à son conjoint de suivre l'échographie de manière plus aisée.

#### **b) Dispositif fœto-maternel**

- projet PAREL pour l'accompagnement des femmes enceintes vulnérables;
- label «hôpital ami des bébés»;
- soutien à l'allaitement maternel;
- salle d'accouchement sécurisante avec un accompagnement suffisant par des sages-femmes (à cet égard, une collaboration politique serait la bienvenue pour permettre un accompagnement individuel);
- anesthésie et néonatalogie;
- présence à l'hôpital vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept du personnel d'obstétrique afin de veiller à la sécurité des patients;
- équipement confortable et convivial dans les salles d'accouchement avec des baignoires pour une meilleure prise en charge lors des contractions;
- bonne formation des sages-femmes et collaboration optimale avec les sages-femmes, etc.

#### **c) Gynécologie**

- prise en charge empathique et bon suivi, par exemple en cas de complications en début de grossesse (gestionnaires de cas lors d'une fausse couche, grossesse extra-utérine, grossesse molaire, etc.);
- tabliers jetables, matériel hygiénique à disposition de la patiente;
- interventions invasives réduites au minimum (*vNOTES*, robot, laparoscopie, examen vaginal, etc.).

#### **d) Fertilité, endométriose et fécondation médicalement assistée**

- dispensation de soins d'excellence aux patientes éprouvant des douleurs et souffrant d'endométriose et ce, par une équipe pluridisciplinaire comprenant un gestionnaire de cas pour les patientes atteintes d'endométriose;
- prise en charge optimale des patientes vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept;
- investissement de moyens pour les cryocycles et la qualité;
- collaboration avec les centres afin d'améliorer la qualité et le confort des patientes.

### e) Oncologie gynécologique

- discussion pluridisciplinaire lors de la COM (consultation oncologique multidisciplinaire) et information des patientes;
- efforts maximums pour une investigation en temps utile et une mise en place rapide du traitement;
- efforts importants en faveur de l’innovation thérapeutique, avec un accent particulier sur la thérapie la moins invasive offrant les meilleures chances de guérison, une prise en charge et un suivi adaptés aux patients.

C'est aussi dans ce contexte que nos MSF (médecins spécialistes en formation) et nos sages-femmes sont formés. Une grande importance est accordée à une attitude respectueuse et empathique.

Nous observons les effets mesurables tant dans les procédures (baisse du nombre d’inductions, d’épisiotomies, de périnatales, de césariennes et augmentation de l’allaitement maternel, etc.) que dans les infrastructures (zone à faible risque, bassins d’accouchement, etc.) et l’organisation (concertation obstétricale conjointement avec les sages-femmes, projet PAREL, création d’un Centre de prise en charge des victimes de violences sexuelles, etc.)

### **4) Formation master en sexologie**

La *KU Leuven* est la seule université flamande proposant une formation de master spécifique en sexologie (120 crédits = deux ans à temps plein). Cette formation convient à de nombreux profils: médecins, psychologues, pédagogues, mais aussi sages-femmes après une année passerelle ou préparatoire. Il s’agit donc d’une formation à temps plein de deux à trois ans dans un environnement pluriprofessionnel. Les chargés de cours sont également issus d’un large éventail de disciplines (psychologie, gynécologie, psychiatrie, sociologie, pédagogie, droit, psychothérapie, etc.) et possèdent une expertise spécifique étendue.

L’expertise que procure cette formation unique et les recherches menées dans ce domaine enrichissent aussi clairement la formation des médecins et d’autres prestataires de soins (voir également ci-dessus).

Le programme de cette formation est consultable sur notre site web: [https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/opleidingen/n/CQ\\_50546349.htm#activetab=diploma\\_omschr\\_ijving](https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/opleidingen/n/CQ_50546349.htm#activetab=diploma_omschr_ijving) en [https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/opleidingen/n/SC\\_51016988.htm](https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/opleidingen/n/SC_51016988.htm).

Un post-graduat en sexologie clinique est également proposé. [https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/2022/opleidingen/n/CQ\\_50728850.htm#activetab=diploma\\_overzicht](https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/2022/opleidingen/n/CQ_50728850.htm#activetab=diploma_overzicht) en [https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/2022/opleidingen/n/SC\\_51017061.htm](https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/2022/opleidingen/n/SC_51017061.htm).

### **5) Réflexions dans l’optique de la communication entre le prestataire de soins et le patient (contribution de la professeure Chantal Van Audenhove): nos étudiants sont formés à la communication médecin-patient selon les principes énumérés ci-dessous**

#### a) Soins centrés sur la personne et processus de décision partagée (SDM, Shared Decision Making) en tant que principes de base dans la communication

Nous préconisons des processus de décision partagée tels que définis dans les publications de Elwyn *et al.* en 2012 et 2017.

Vous trouverez un article en la matière dans le contexte de l’accouchement et de la prévention de la malnutrition et des violences obstétricales sur le site suivant: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6899916/pdf/JEP-25-1113.pdf>.

Dans cet article, le processus de décision partagée est défini comme suit:

«*Shared decision-making in maternity care can thus be defined as an enquiry by clinician and expectant woman aimed at deciding upon a course of care or none, which takes the form of a dialogue within which the clinician fulfills their duty of care to the client's knowledge by making available their complete knowledge*

*(based on all types of evidence) and expertise, including an exposition of any relevant and recognized potential defeaters. Research to develop measurement tools is required.»*

Un article récent de Dawn Stacey décrit le processus de décision partagée dans le choix du lieu d'accouchement aux États-Unis et plaide pour le développement d'outils d'aide à la décision. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13377>. En Belgique, il n'y a pas encore d'outils adaptés à la pratique et aux possibilités de choix offertes dans notre pays.

**b) Le développement et l'utilisation d'outils d'aide à la décision fondée sur des données probantes sont une nécessité en Flandre**

Pour soutenir le processus de dialogue dans la prise de décision partagée, il faut développer des outils adaptés d'aide à la décision afin que les femmes et leurs proches disposent des informations correctes fondées sur des données probantes. Les «aides à la décision» sont des outils qui soutiennent le processus consistant à mettre en balance les différentes options et à en discuter ensuite avec le médecin afin de parvenir à un choix commun. Il ne s'agit donc pas de brochures d'information ni de recommandations préparatoires à une procédure unique. Ce sont des outils qui facilitent les mises en balance que l'on effectue pour faire un choix et ce, sur la base d'informations scientifiques sur différentes options.

Des exemples d'outils d'aide à la décision fondée sur des données probantes dans le domaine de la naissance, tirés de la littérature internationale, sont consultables sur le site suivant: <https://decisionaid.ohri.ca/AZsearch.php?criteria=childbirth>.

Sans outils efficaces d'aide à la décision, il n'y a pas de processus de décision partagée. Dans notre pays, nous misons davantage sur des «recommandations fondées sur des données probantes» destinées aux médecins, l'idée étant surtout de recueillir l'adhésion du patient et son «consentement éclairé» qu'il peut/doit signer. Cette approche est conforme aux droits du patient, mais ne s'inscrit pas dans une logique d'égalité et de participation aux choix médicaux. Le fait de donner un avis et de demander le consentement n'a rien à voir avec un processus de prise de décision partagée. Aujourd'hui, nous préconisons une approche qui repose sur un dialogue concernant les options fondées sur des données probantes. Des données scientifiques montrent que cette approche présente une plus-value (cf. *Cochrane reviews*).

**c) Le concept de «malmenance» appliqué aux personnes présentant des troubles psychiques**

L'article figurant sur le site renseigné ci-après présente un aperçu intéressant des formes de malmenance envers les femmes durant l'accouchement. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488322/>.

Dans cette liste, il manque la discrimination et la stigmatisation envers les personnes présentant des troubles psychiques. Lorsqu'on voit, en consultant le dossier d'une personne, que celle-ci présente un trouble psychiatrique ou a fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique, on a souvent tendance à la traiter différemment, à ne pas la prendre au sérieux, à la renvoyer chez elle sans traitement et parfois même à la malmener ou à lui administrer un traitement inadéquat. Il n'est donc pas rare que cela entraîne un problème dit d'éclipse diagnostique, en ce sens qu'une affection physique grave n'est pas décelée ou est décelée trop tardivement.

C'est une problématique à laquelle il conviendrait d'être aussi plus attentif dans notre pays. Les personnes les plus vulnérables sont sans doute les premières à être victimes de malmenance ou à recevoir des traitements inadéquats. Non seulement les médecins individuels doivent prendre leurs responsabilités, mais les organisations de soins doivent aussi expliciter et mettre en œuvre leur vision et leur mission à l'égard des citoyens les plus vulnérables. Cet aspect doit bénéficier d'une attention suffisante dans la politique en matière de formation et d'entraînement afin que les personnes les plus vulnérables puissent être traitées d'une manière professionnelle avec respect et empathie, conformément aux procédures médicales en vigueur dans le service.

Sources:

- Elwyn *et al.*, 2012: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>;
- Elwyn *et al.*, 2017: <https://www.bmjjournals.org/content/359/bmj.j4891>;

- Cochrane review, 2018: [https://ccrcg.cochrane.org/sites/ccrcg.cochrane.org/files/public/uploads/decision\\_aids\\_february\\_2018.pdf](https://ccrcg.cochrane.org/sites/ccrcg.cochrane.org/files/public/uploads/decision_aids_february_2018.pdf);
- Thorncroft et al., 2007: *Diagnostic overshadowing' appears to be common in general health care settings, meaning the misattribution of physical illness signs and symptoms to concurrent mental disorders, leading to underdiagnosis and mistreatment of the physical conditions.* <https://doi.org/10.1080/09540260701278937>.

**6) Réflexions et réponses de la part des responsables de la formation de master en sciences infirmières et obstétricales (orientation sage-femme spécialisée)**

(contribution de la professeure Annick Bogaerts)

**a) Attention portée aux «violences obstétricales» dans la formation de master «sage-femme spécialisée»**

Dans le cadre du module «Soins de la sage-femme spécialisée» (E0G53A):

- des ateliers sont organisés sur certains aspects éthiques du dépistage prénatal, l’entretien de motivation et le soutien de la relation précoce parent-enfant, en collaboration avec des experts dans ce domaine (gestionnaires de cas, psychologues, sages-femmes), une attention particulière étant accordée à la diversité des soins. Le document *Respectful Maternity Care*, (<https://www.mhtf.org/topics/respectful-maternity-care/#:~:text=In%202014%2C%20WHO%20released%20a,WHO%20also%20called%20for%20the>), ainsi que les recommandations de l’OMS relatives à des soins de maternité positifs (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>) sont examinés à la lumière d’applications pratiquées dans les soins de maternité actuels;
- il y a une formation intensive de deux jours intitulée «*Keeping Birth Normal*», en collaboration avec des accoucheuses-expertes de la *Plymouth University*, RU (H. Hopper, A. Thompson, R. Lawes). Les thèmes traités sont les suivants: l’analyse de l’incidence des soins individuels, la continuité des soins, les obstacles, les défis et les éléments moteurs d’une naissance normale, les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA); les discussions s’accompagnent d’études de cas;
- le MLU, à savoir le modèle «*Midwifery Led Unit*» (<https://www.midwiferyunitnetwork.org/mu-standards/>) est commenté en détail par un expert de l’*Uclan University*, RU. Cette norme MLU vient d’être traduite aussi en néerlandais.

Durant la semaine du 20 au 25 février 2023, j’accueillerai une (*Devotion*) COST action de l’UE (<https://www.ca18211.eu/>; <https://www.cost.eu/actions/CA18211/>) à Louvain. Le thème de cette «*Devotion Cost action*» sera le suivant: «*Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma: Maximising best practice and optimal outcomes*». Une session d’ entraînement de trois jours sera organisée à laquelle participeront les étudiants en master de sage-femme spécialisée; il y aura aussi deux jours consacrés à des conférences et des ateliers. Avec M. Oosterman (VU, Pays-Bas), je dirigerai un groupe de travail international sur le thème «*Short and long-term impacts on women, infants, and family relationships*» (<https://gbomed.kuleuven.be/english/research/50000640/clusterwch/realife-1/international-collaborations>). Voici plusieurs articles de recherche importants que nous avons publiés à cet égard:

- doi: 10.3390/ijerph182010917 Open Access: sonnettes d’alarme du point de vue des mères;
- doi: 10.1186/s12884-021-03898-z Open Access: incidence du décalage entre les attentes et les expériences et incidence sur le SSPT.

Des chercheurs, des cliniciens et des représentants des droits du patient (<https://www.ca18211.eu/families/>) de plus de trente pays différents seront présents à la *KU Leuven* durant cette semaine. (<https://www.cost.eu/actions/CA18211/#tabs+Name:Management%20Committee>).

Des sages-femmes, gestionnaires de cas en matière de soins foetaux et maternels, viendront partager leur expérience des trajets de soins intensifs pour les femmes vulnérables avec nos étudiants en master de sage-femme spécialisée dans le cadre d’ateliers interactifs. En février 2022, Ruth Dyck a présenté à nos étudiants

l'ouverture du Centre de soins pour les victimes de violences sexuelles au sein de l'*UZ Gasthuisberg Leuven* (<https://www.sexsueelgeweld.be/zorgcentra-na-seksueel-geweld-wat-voor-wie-waar>). Chaque femme enceinte (pas uniquement celles dont la grossesse est à haut risque) devrait bénéficier d'un trajet de gestion des cas (voir point d), continuité des soins de maternité).

#### b) Études menées au sein de notre groupe de recherche REALIFE

(<https://gbomed.kuleuven.be/english/research/50000640/clusterwch/realife-1>) Les femmes en surpoids et souffrant d'obésité constituent un groupe particulièrement vulnérable (ainsi qu'il est indiqué aussi dans la présente note 7-245/1, en haut de la p. 2). En Flandre (le SPE, le pendant du CEPIP en Wallonie), nous constatons qu'en 2020, près de 40 % des femmes enceintes entament leur grossesse en étant en surpoids ou obèses. Par ailleurs, près de 40 % des femmes présentent une prise de poids excessive (supérieure à celle recommandée par l'Institut de médecine) pendant la grossesse. Parmi elles, seule une sur deux retrouvera son poids d'avant la grossesse lors du commencement d'une nouvelle grossesse. Tout cela va de pair avec des complications accrues durant la grossesse et l'accouchement, telles que le diabète, l'hypertension, avec un nombre accru de césariennes, de bébés de grande taille pour l'âge gestationnel, un risque accru d'infections, une baisse de l'initiation et de la poursuite de l'allaitement maternel, une augmentation des problèmes psychiques au cours du péri-partum. À plus long terme aussi, ce groupe de femmes risque davantage de développer des complications physiques et psychiques chroniques. En outre, il existe un gradient socioéconomique qui a une plus grande incidence dans ce groupe. Il en résulte qu'une inégalité se crée et qu'un fossé en termes de soins de maternité apparaît à un stade précoce de la vie, ce qui a une incidence intergénérationnelle substantielle. Je renvoie ici à plusieurs publications pertinentes de notre groupe:

- doi: 10.1111/obr.13324 Open Access;
- doi: 10.1111/cob.12004 Open Access;
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24104777/>;
- doi: 10.1016/j.midw.2012.12.013;
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160501/>;
- doi: 10.1186/s12916-018-1128-1 Open Access.

Il faut réformer le paysage des soins périnataux en accordant une attention particulière à la détection et à la prévention précoce des groupes à risque. Dans son rapport récent (<https://kce.fgov.be/fr/publications/tous7-les-rapports-vers-un-parcours-prenatal-integre-pour-les-grossesses-a-bas-risque>), le KCE précise qu'il conviendrait d'utiliser les consultations de conseil prénatal personnalisé (CPP) et les séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité pour ouvrir la voie, conjointement avec les parents, à des choix/refus éclairés en matière de soins de maternité. Les modèles de prise de décision partagée et les outils d'aide à la décision présentent un intérêt complémentaire à cet égard. Outre le dépistage adéquat, auquel on accorde actuellement beaucoup d'attention, il s'impose de promouvoir aussi l'utilisation de parcours de soins appropriés en fonction des objectifs. Cela va du soutien aux soins de base à des parcours de soins plus spécialisés (soins échelonnés et principes d'universalisme proportionnel).

Les aspects critiques du bien-être mental et de la résilience dans cette importante phase de transition dans l'existence doivent bénéficier d'une attention accrue dans le cadre des parcours de soins intégrés. Je vous renvoie à l'une de nos lignes de recherche dans le cadre de REALIFE, <https://gbomed.kuleuven.be/english/research/50000640/clusterwch/realife-1/mental-health-before-during-and-after-pregnancy>. Dans un rapport récent que nous avons publié pour le compte du *SteunpuntWelzijn, Volksgezondheid en Gezin*, [https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/p6r8hyu/files/2021\\_05%20Rapport\\_53\\_SWVG%20EF41%20Veerkracht%20zwangerschap.pdf?5bts7v9](https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/p6r8hyu/files/2021_05%20Rapport_53_SWVG%20EF41%20Veerkracht%20zwangerschap.pdf?5bts7v9) (p. 6 et 7), nous avons formulé douze recommandations stratégiques concrètes afin de soutenir la résilience mentale de femmes et de familles vulnérables. Les conditions générales sont les suivantes:

- l'implication d'un coordinateur régional des soins périnataux dans la mise en place et le respect du parcours de soins périnataux, avec une attention suffisante pour la transmuralité dans les soins de maternité (contacts hôpital et soins à domicile);

- l'évaluation de la qualité des acteurs impliqués dans la dispensation des soins (portfolio, formation);
- un modèle de financement adapté pour les soins périnatals intégrés. Une évaluation récente effectuée par notre groupe de recherche montre que le fait d'investir dans le renforcement de la résilience et du bien-être mental est bénéfique (*doi: 10.1111/birt.12623*).

Il convient toutefois de réaliser davantage d'études sur l'incidence de la (dé)stigmatisation en cas de vulnérabilités durant le péri-partum, sur l'accessibilité des groupes les plus vulnérables et sur leur *monitoring*/suivi continu. Il faut aussi consacrer davantage de recherches aux mesures des résultats rapportés par le patient (PROM) ainsi qu'aux mesures des expériences rapportées par le patient (PREM) en matière de soins de maternité <https://connect.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/pregnancy-and-childbirth/>. Concrètement, il convient de développer des ensembles d'indicateurs fondamentaux centrés sur le patient en ce qui concerne la grossesse et les soins de maternité, qui peuvent servir de fil conducteur pour déterminer les résultats primaires dans la recherche et requièrent une attention particulière dans les soins cliniques.

*(A patient representative with lived experience of birth trauma, birth injury and postpartum depression needs to be included to ensure patient input into all aspects of the work, https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-04164-y)*

*(Clinical trials comprise only a minority of outcomes considered important by women. A core outcome set that adequately incorporates PROM's is required to inform the conduct of future trials in pregnant women with obesity, https://www.comet-initiative.org/Studies/Details/1498).*

*(https://onlinelibrary-wiley-com.kuleuven.e-bronnen.be/doi/10.1111/obr.13427: hétérogénéité des résultats dans les expériences concernant la prévention de l'obésité infantile, besoin urgent de «Core Outcome Sets for Early Prevention of Obesity in Childhood» (COS-EPOCH)).*

Collaboration avec *Opgroei(en) (Kind&Gezin)*: récemment, j'ai procédé au couplage de deux registres flamands existants (SPE et K&G) dans le but de développer des modèles prédictifs concernant l'obésité infantile à un âge précoce (trois ans). Il est possible de réduire les inégalités en matière de santé en les identifiant et en les combattant à un stade précoce et en investissant dans la prévention.

En 2023, nous lancerons, à partir de REALIFE, une nouvelle ligne d'apprentissage intitulée «*Pregnancy- and Childbirth-related media use to support maternal mental health*», qui sera consacrée notamment à l'étude de la manière dont les informations en matière de santé et l'éducation par le divertissement peuvent éclairer la relation entre le fait de regarder sur *YouTube* des contenus liés à la grossesse et à l'accouchement et l'anxiété liée à la grossesse. Ce projet répondra à trois grandes questions: (1) à quels contenus relatifs à la grossesse et à l'accouchement les femmes sont-elles exposées, (2) quels sont les processus sous-jacents à la relation entre l'exposition à de tels contenus et l'anxiété liée à la grossesse et (3) comment ces contenus répondent-ils aux différents besoins des femmes souffrant d'une anxiété liée à la grossesse? Ce projet fera progresser de manière significative notre compréhension de la manière dont les médias sociaux peuvent être utilisés stratégiquement pour améliorer la santé publique, ainsi que notre connaissance de la manière dont les créateurs de contenus peuvent jouer un rôle informel et souvent involontaire dans le comportement et les expériences de leurs abonnés en matière de santé.

### c) Prestations

En 2018 a été créé le VENPMG, le «*Vlaams Expertise Netwerk Perinatale mentale Gezondheid*», <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vlaams-expertise-netwerk-perinatale-mentale-gezondheid>, dans lequel nous sommes impliqués en tant que partenaire du département du développement et de la régénération. Les objectifs, les évolutions et les ambitions sont exposés aux étudiants en master de sage-femme spécialisée.

Je siège au sein du Conseil d'administration du «*Studiecentrum voor perinatale epidemiologie*» (SPE) et j'assume la présidence (conjointement avec K. Roelens, *UGent*) de leur comité scientifique. Outre l'enregistrement systématique des résultats actuels en matière de grossesses et d'accouchements (par exemple, inductions, épisiotomies, césariennes, etc.), des paramètres supplémentaires peuvent être enregistrés concernant les expériences en matière de grossesse et d'accouchement du point de vue de la femme.

#### d) Réorganiser le paysage des soins périnatals

Des études montrent que la continuité des soins et les soins personnalisés dispensés par les sages-femmes ont des effets positifs sur la grossesse et l'accouchement (<https://www.cochranelibrary-com.kuleuven.e-bronnen.be/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>). Si l'on pouvait concevoir une unité «risque faible» dans laquelle ce modèle de soins pourrait être mis en pratique (*cf.* modèle finlandais/danois), on pourrait faire en sorte qu'en fonction de leur situation propre, les femmes soient accompagnées dans le contexte de soins qui leur convient le mieux: risque faible dans un environnement «risque faible», risque élevé dans des unités «risque élevé». La complémentarité des différents professionnels de la naissance s'en trouverait renforcée de manière à ce que la patiente comprenne le rôle de chaque acteur lors de l'accouchement et sache quelles procédures peuvent être mises en œuvre en cas de complications. Cela permettrait de démédicaliser les soins de grossesse et de maternité et d'accorder l'attention requise à l'expérience de la grossesse et de l'accouchement au sein d'une famille.

#### e) Revoir la formation

Il faut développer d'autres modèles de soins périnatals qui soient mieux adaptés aux besoins et aux évolutions actuels dans le domaine des soins à la mère et à l'enfant (soins de maternité). Il faudrait concevoir et mettre en place des soins prénatals intégrés, une continuité des soins et des parcours de soins transmuraux. Il conviendrait aussi de développer davantage des dispositifs de soins complexes, en accordant une attention particulière aux soins préconceptionnels et à un suivi plus long durant le post-partum (les 1 000 premiers jours); il faudrait aussi renforcer le soutien au bien-être psychique durant le péri-partum, instaurer une collaboration pluridisciplinaire et interdisciplinaire plus efficace, mettre en œuvre des directives fondées sur des données probantes, y compris en première ligne, et définir des indicateurs de qualité pour des soins périnatals adéquats. Les soins spécifiques et les demandes en matière de soins complexes qui en découlent dans les différents domaines requièrent des compétences d'un niveau plus élevé. Si nous comparons les structures flamandes des qualifications VKS 6 (bachelier) et VKS 7 (master), on constate que dans le profil de compétences du bachelier «sage-femme» (VKS 6), il y a déjà, du point de vue légal, trois éléments descripteurs qui relèvent d'un niveau de VKS 7:

- agir dans des contextes complexes et spécialisés. Chaque sage-femme doit effectuer une sélection approfondie des risques, étant entendu qu'elle agit de manière autonome dans les situations à risque faible et doit en référer à d'autres intervenants dans les situations de risque aigu; en l'espèce, elle n'agit de manière autonome qu'en l'absence de médecin, mais quand un médecin est présent, elle travaille sous sa supervision;
- l'accoucheuse fonctionne en parfaite autonomie et est investie d'un droit à la prise de décision. C'est tout autre chose que de fonctionner avec une large marge d'initiative (VKS 6);
- la sage-femme assume la coresponsabilité de la détermination des résultats collectifs, ce qui relève fondamentalement d'un niveau plus élevé que celui de la seule coresponsabilité. À cet égard, on peut se demander s'il ne faudrait pas, pour l'obtention du titre de sage-femme, faire passer la formation du niveau de bachelier à un niveau de compétence académique (accès à la profession, fédéral).

Les étudiants en master des années précédentes ont indiqué qu'ils n'étaient pas prêts à entrer dans le monde du travail au terme de leur baccalauréat de trois ans. Ils demandent à pouvoir bénéficier de connaissances plus approfondies en ce qui concerne la pharmacologie, la fertilité et l'infertilité, le coaching et le conseil, les soins de première ligne, la prise de décision éthique et les aptitudes communicationnelles. Selon les étudiants, ces compétences ne sont pas suffisamment abordées dans le programme du bachelier ou le sont de manière trop superficielle. La prise en charge pour les jeunes familles et les familles futures devient de plus en plus complexe. Il est urgent, dans le cadre des soins de maternité, d'accorder une plus grande attention à la mise en œuvre des modèles/principes de prise de décision partagée. Cela nécessite une formation intensive et une coordination optimale de la politique de soins périnatals. Ces évolutions montrent le besoin d'un approfondissement des connaissances et d'une spécialisation après l'obtention du diplôme de base de sage-femme (bachelier). L'étude consacrée aux facteurs influençant la mise en œuvre du nouveau rôle de sage-femme spécialisée, menée par R. Goemaes *et al.* (2016 & 2018) (5), confirme que le recours à des sages-femmes bachelières n'est pas suffisant dans le cadre de la dispensation des soins de maternité et qu'il serait nécessaire de donner aux sages-femmes la possibilité d'approfondir leur formation afin qu'elles puissent assumer un *leadership*.

(5) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30165272/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27718384/>.

professionnel et clinique en ce qui concerne l'innovation dans les soins et des thématiques cliniques complexes et spécialisées. Notre programme de master de sage-femme spécialisée peut apporter une réponse partielle à cette demande (<https://www.accentvv.be/nieuws/nieuw-curriculum-master-in-de-verpleegkunde-en-de-vroedkunde-van-start>).

Les possibilités professionnelles d'une sage-femme sont moins étendues que celles d'une infirmière. Mais, dans le même temps, des changements dans l'organisation des soins obligent les sages-femmes dans le futur à se former au moins à un niveau académique. Un débat approfondi sur le flux entrant, le transit et le flux sortant des futures sages-femmes est plus que nécessaire pour assurer des soins de haute qualité aux jeunes familles et aux familles futures. La prévention des violences obstétricales doit être menée de manière approfondie sur tous les plans, dans le cadre d'une collaboration interdisciplinaire (Tsakitzidis G, & Van Royen P. (2018). *Leren Interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Éditeur De Boeck, Berchem. (ISBN 978-90-306-8695-8).

**K. Université catholique de Louvain (UCLouvain), professeur Françoise Smets**

Je tiens d'abord à souligner que je suis en accord avec le texte que vous avez reçu de l'Académie, qui répond déjà en grande partie à ces questions.

Je soutiens sans réserve, dans son aspect général, l'importance majeure de la question du consentement éclairé, de la relation et de la communication médecin-patient/patiente, du droit à l'autodétermination des patients et patientes.

Réfléchir plus spécifiquement aux violences gynécologiques dans ce débat a certainement une utilité, mais il ne faudrait pas oublier de voir plus large également, certainement en ce qui concerne la formation.

Veuillez trouver ci-dessous quelques éléments qui s'ajoutent à l'avis de l'Académie royale de médecine:

***1/Comment la notion de consentement éclairé du patient (et droit à l'autodétermination) est-elle abordée dans les cursus de formation des étudiants ou dans le cadre de la formation continue des professionnels?***

Cette notion est d'abord enseignée de manière théorique, dans les cours de déontologie, d'éthique et de formation à la relation en première année de master. Dès la deuxième année de master, le consentement informé est entraîné en pratique dans le cours SESAME (voir ci-dessous) et lors des stages. La notion est également présente dans de nombreux cours de médecine générale en premier et deuxième master. Un module du Centre de compétences cliniques et de simulation est spécifiquement dédié à la communication. Lors des stages en troisième master, les étudiants et étudiantes doivent avoir progressivement démontré qu'ils et elles sont autonomes pour réaliser quinze activités professionnelles jugées incontournables. L'obtention du consentement éclairé est une de ces quinze activités. De plus, une grande partie de nos étudiants et étudiantes réalisent un portfolio comme travail de fin d'études, dans lequel l'analyse d'un incident «critique» du point de vue éthique, rencontré en stage, doit être réalisée. Les cas défendus concernent régulièrement le consentement éclairé, le refus de soins et le droit à l'autodétermination. Durant les masters de spécialisation, l'enseignement tant pratique que théorique réinsiste régulièrement sur l'importance du consentement éclairé et du patient partenaire. La notion de patient partenaire, au cœur du principe de l'autodétermination, a d'ailleurs été récemment intégrée dans plusieurs cours, y compris un cours de première année de bachelier au cours duquel des patients et patientes viennent témoigner à ce sujet.

Voici quelques détails supplémentaires pour illustrer ceci en ce qui concerne le cours SESAME dans lequel la question du consentement éclairé est au cœur de différentes séances. En première année de master: recueil du consentement et interculturalité; consentement, autodétermination et situation de handicap, etc. En deuxième année de master, la problématique du recueil du consentement est abordée lors de l'analyse de différentes situations éthiques en duo (éthicien et cliniciens). À titre d'exemple, cette année des cas cliniques dans les soins intensifs et en gériatrie ont mis en avant la problématique du consentement aux soins, du respect de l'autonomie du patient et de son projet de soins. Une autre contribution indirecte du cours de SESAME 1 est la séance portant sur l'approche sociologique de la santé. Le pouvoir dans les soins y est analysé et problématisé. En deuxième année de master, un des moments forts du cours SESAME est un séminaire interdisciplinaire, en commun avec un public étudiant infirmier de la Haute école Vinci, portant sur l'analyse de situations éthiques. Le temps d'une après-midi des étudiants sont invités par petits groupes à discuter d'une situation vécue. Suite à ces travaux de groupes, les étudiants de médecine doivent réaliser un travail personnel d'approfondissement de cette analyse, travail qui fait office d'évaluation du cours. La problématique du genre et des violences sexistes apparaît quelques fois. Quelques situations analysées renvoient directement à des violences gynécologiques, démontrant l'attention de nos étudiants et étudiantes à ces questions.

***2/Les types d'atteintes auxquelles s'apparentent les violences gynécologiques (VGO) sont-elles abordées dans le cursus (ou en formation continue) ainsi que leurs conséquences sur la santé physique et mentale? Comment mieux sensibiliser et former les professionnels de la santé aux traumatismes (psychologiques) que peuvent engendrer ces atteintes?***

En plus de ce qui est décrit ci-dessus, ces atteintes sont spécifiquement abordées dans les cours de gynécologie-obstétrique tant en bachelier qu'en master, de même que dans les cours de médecine générale et de pédiatrie de master. L'importance de la prise en charge holistique des femmes face à ces questions est soulignée de

manière importante, prise en charge tant physique que psychique, en tenant compte de leur environnement et de leurs particularités. C'est pourquoi il ne s'agit jamais d'un enseignement purement technique mais bien d'une réflexion globale autour de ces atteintes. Elles sont également observées lors des différents stages de master. Cet enseignement s'intensifie par la suite lors des masters de spécialisation, particulièrement dans les spécialités où ces problématiques sont plus fréquentes. Pour améliorer la sensibilisation, certains des éléments mis en place pourraient encore être répétés plus souvent: en parler tout au long du cursus, le faire de manière multi- et interdisciplinaire, avoir plus de témoignages ou de situations vécues lors des cours cliniques.

**3/A cet égard, avez-vous des recommandations à formuler afin d'améliorer la formation des professionnels sur les deux précédentes questions?**

La formation à la relation et à la communication médecin-patient/patiente est un enjeu majeur. De nombreux progrès ont été réalisés mais nous pouvons aller plus loin. Inclure des patients et des patientes partenaires tout au long du cursus est une piste. Nous explorons aussi la possibilité de réaliser plus de séminaires interdisciplinaires comme celui réalisé en SESAME 2. Un de ceux-ci pourrait faire travailler ensemble les différents (futurs) professionnels de la naissance sur une situation éthique. Il faut probablement aussi intensifier cette formation dans les masters de spécialisation et développer des formations pour les maîtres de stage qui encadrent nos étudiants et étudiantes. Leur rôle d'exemple est essentiel et l'attention portée à ces questions était probablement moins grande lorsqu'ils et elles ont été formés. Les maîtres de stage doivent suivre une formation par an, mais celle-ci ne concerne pas toujours les notions discutées ici. Tout médecin qui désire être accrédité doit également suivre une formation annuelle en éthique et économie mais le champ des sujets possibles est vaste. Faudrait-il rendre obligatoire pour tout médecin en activité, à un certain intervalle, une formation plus spécifiquement dédiée à la relation-communication? C'est une question à explorer.

**4/Y a-t-il eu des évolutions notables dans le temps au niveau des enseignements aux étudiants (ou en formation continue) sur ces questions?**

Oui, elles sont décrites dans les réponses ci-dessus.

**5/La formation des étudiants ou continue aborde-t-elle également et suffisamment les soins et la manière d'accueillir des publics vulnérables ou porteurs de handicap ainsi que l'accueil des LGBTQIA+?**

Une séance introductory de deux heures aux questions liées au genre et aux publics LGBTQIA+ fera partie du programme du cours SESAME de la première année du master dès l'an prochain avec la participation d'une philosophe titulaire d'un cours dans le master interuniversitaire sur le genre. La question des porteurs et porteuses de handicap est évoquée dans un cours SESAME qui lui est spécifiquement dédiée, de même que dans plusieurs autres cours (médecine générale, pédiatrie, neurologie, génétique, etc.).

**6/Quelle importance les cursus de formation accordent-ils à l'information des patientes et éventuellement leur entourage? Quelles sont les pistes pour promouvoir une meilleure communication entre le corps médical et les patientes?**

La place dédiée à ces questions est en augmentation constante comme expliqué ci-dessus. Les pistes d'amélioration sont aussi évoquées dans les réponses 3) et 5).

**7/Comment renforcer la complémentarité des différents professionnels de la naissance pour que la patiente comprenne le rôle de chaque intervenant lors de l'accouchement et sache quels actes sont susceptibles d'être posés en cas de complications?**

Comme évoqué ci-dessus, via des séminaires interdisciplinaires tout au long du cursus: pour toutes et tous les étudiants et étudiantes en master pour une première sensibilisation, puis de manière plus intensive et répétée lors des masters de spécialisation des spécialités impliquées. Les étudiants et étudiantes apprécient

particulièrement ces formations, que ce soit dans l'interdisciplinarité des étudiants et étudiantes qui suivent le cours ou des enseignants et enseignantes qui le donnent. Des réunions d'équipes interdisciplinaires sont déjà régulièrement tenues dans les services d'obstétrique pour discuter des cas qui le nécessitent, souvent de manière hebdomadaire, et les médecins en formation y assistent. Ces réunions sont une source d'apprentissage très utile mais pourraient être renforcées par des apprentissages plus spécifiquement dédiés à la question des violences obstétricales, apprentissages également interdisciplinaires.

**L. Vrije Universiteit Brussel (VUB), professeur Herman Tournaye en professeur Michel Deneyer**

**1/Comment la notion de consentement éclairé du patient (et droit à l'autodétermination) est-elle abordée dans les cursus de formation des étudiants ou dans le cadre de la formation continue des professionnels?**

Le consentement éclairé est abordé dans les cours de déontologie (troisième année du bachelier), les cours d'éthique (deuxième année de master) et le master de spécialisation; voir également le syllabus spécialement créé (6). L'information des patients et leur participation aux décisions sont également abordées dans les leçons sur la communication (loi relative aux droits des patients).

**2/Les types d'atteintes auxquelles s'apparentent les violences gynécologiques (VGO) sont-elles abordées dans le cursus (ou en formation continue) ainsi que leurs conséquences sur la santé physique et mentale? Comment mieux sensibiliser et former les professionnels de la santé aux traumatismes (psychologiques) que peuvent engendrer ces atteintes?**

Le sujet est abordé dans le cours de master en gynécologie enseigné par le professeur Hendrik Cammu, VUB.

Le sujet est également traité dans le master de spécialisation via un cours postuniversitaire sur la «violence sexuelle» et un protocole sur la «violence sexuelle» a été introduit à l'UZ Brussel par le professeur Philippe de Sutter et sa collègue le dr Michele Leunens, élaboré en concertation avec le centre de pédiatrie/urgence/gynéco-obstétrique/parquet/médecin confident.

**3/A cet égard, avez-vous des recommandations à formuler afin d'améliorer la formation des professionnels sur les deux précédentes questions?**

Devrait être introduit dans toutes les formations. L'introduction à la déontologie médicale est mise à disposition gratuitement dans les deux langues nationales par l'Ordre des médecins pour toutes les universités en Belgique).

**4/Y a-t-il eu des évolutions notables dans le temps au niveau des enseignements aux étudiants (ou en formation continue) sur ces questions?**

Une attention de plus en plus préventive aux questions soulevées et si répétées lorsque le sujet apparaît dans la presse.

**5/La formation des étudiants ou continue aborde-t-elle également et suffisamment les soins et la manière d'accueillir des publics vulnérables ou porteurs de handicap ainsi que l'accueil des LGBTQIA+?**

Dans le cours d'éthique en deuxième année de master (7). Est abordé dans les leçons de communication, entre autres, au cours de la troisième et quatrième année de la formation médicale de base (troisième année du bachelier et première année du master), par exemple, comment traiter les patients âgés (et les handicaps), les patients souffrant de psychose et de dépression, les patients d'autres cultures, les patients ayant des compétences limitées en matière de santé.

**6/Quelle importance les cursus de formation accordent-ils à l'information des patientes et éventuellement leur entourage? Quelles sont les pistes pour promouvoir une meilleure communication entre le corps médical et les patientes?**

Leçons de déontologie troisième année du bachelier, leçons d'éthique deuxième année du master et leçons de communication (professeur Koen Pardon bachelier, master et master de spécialisation).

---

(6) [https://www.ombbw.be/images/documents/intro\\_deonto.pdf](https://www.ombbw.be/images/documents/intro_deonto.pdf).

(7) <https://ordomedic.be/fr/avis/maladies/transsexualite/gender-en-gezondheidszorg>.

Dans les cours de communication, l'information des patients et des proches, centrée sur le patient, est un thème essentiel. Le sujet est abordé dans les quatre premières années du cours de médecine de base et également dans le cours de médecine spécialisée master de spécialisation. À la fin de la deuxième année de la formation de base (deuxième année du bachelier), les étudiants sont censés être capables de donner des informations selon les règles de l'art, et au cours des années suivantes, cela est répété et approfondi. Approfondissement: prise de décision partagée (informer et décider ensemble de plusieurs options de traitement), annonce de mauvaises nouvelles (il s'agit d'une forme particulière d'informer), et dans de nombreuses autres conversations et situations (sur les erreurs médicales, conversations sur la planification préalable des soins, patients non motivés, personnes âgées, conversations avec les membres de la famille, etc.).

Le contenu de ce qui est abordé dans les cours de communication de la formation médicale de base et de la médecine spécialisée du master de spécialisation se trouve dans le livre: Pardon, K, *Je vous écoute. Prescriptions pour une communication médecin-patient saine*, Pelckmans, 2021. Les leçons se concentrent principalement sur l'acquisition des attitudes de base d'une communication bienveillante/efficace (respect, empathie, sincérité, acceptation, etc.) et sur l'enseignement des compétences de communication en pratique en petits groupes avec des cas réels et des patients de simulation.

Les pistes: c'est une bonne question. Nous partons du principe que l'enseignement des bonnes attitudes et compétences de base pour une communication médecin-patient bienveillante/efficace est un élément crucial et nécessaire (ce que la recherche montre également). La formation des médecins, donc, mais aussi de nombreux autres moyens sont possibles et nécessaires (par exemple, l'autonomie des patients, la culture des soins/hôpitaux, les nouvelles politiques).

***7/Comment renforcer la complémentarité des différents professionnels de la naissance pour que la patiente comprenne le rôle de chaque intervenant lors de l'accouchement et sache quels actes sont susceptibles d'être posés en cas de complications?***

Des séances d'éthique multidisciplinaires basées sur des cas sont organisées avec des sages-femmes/infirmières/laborants à la Haute école Érasme de Bruxelles (collaboration Lien Verlaak-Michel Deneyer).

### **III. CONTRIBUTIONS ÉCRITES: VOLET JURIDIQUE**

#### **A. Association des médiateurs d'institutions de soins (AMIS), Céline Cobut**

Avant de répondre aux questions soumises relatives aux aspects de la médiation , nous tenons à apporter les remarques et précisions suivantes:

##### **a) Concernant la médiation hospitalière, son fonctionnement et les médiateurs ou médiatrices**

Tout patient, s'il estime que ses droits concernant une prestation médicale au sein de l'hôpital, n'ont pas été respectés, peut faire appel à la médiation «droits du patient».

Le médiateur, présent au sein de chaque hôpital, travaille en toute indépendance. Il est neutre et impartial. Il est tenu au secret professionnel. Le médiateur hospitalier a également un rôle informatif et préventif.

Quand il reçoit une plainte, le médiateur prend contact avec les différentes parties en cause afin de recueillir le point de vue de chacun. Dans toutes ses démarches, il essaie d'abord de restaurer le dialogue direct entre les parties. Si l'une ou l'autre partie refuse de se rencontrer, le médiateur sert d'intermédiaire et les accompagne en vue d'aboutir à une solution satisfaisante pour chacun. Si le désaccord persiste, le médiateur a pour devoir d'informer le patient des autres procédures existantes. Il pourra le rediriger vers les services compétents.

Il est à noter qu'un patient peut se faire représenter par une personne de confiance de son choix et que la médiation est entièrement gratuite.

##### **b) Concernant cette enquête**

L'AMIS tient à signaler que le nombre de réponses reçues de la part de ses membres est insuffisant et ne permet pas de tirer des conclusions générales basées sur une vue d'ensemble des pratiques rencontrées dans les institutions du paysage hospitalier wallon et bruxellois.

En effet, l'enquête a été soumise durant la période de congés d'été et les délais de réponse étaient relativement courts.

Cela étant dit, voici les éléments de réponse que peut fournir l'AMIS:

##### ***1/Quels sont les recours de médiation à disposition des patientes dans le cadre de violences obstétricales ou gynécologiques?***

Le service médiation «droits du patient» est compétent pour traiter des plaintes relatives aux droits des patients repris dans la loi du 22 août 2002. Les plaintes de ce type peuvent, à ce titre, faire l'objet d'un processus de médiation.

Pour rappel, les droits du patient sont les suivants:

- bénéficier d'une prestation de soins de qualité;
- choisir librement le praticien professionnel;
- être informé sur son état de santé;
- consentir librement à la prestation de soins, avec information préalable;
- être informé sur l'assurance du praticien et sur son autorisation à exercer sa profession;
- disposer d'un dossier tenu à jour, pouvoir le consulter et en obtenir copie;
- être assuré de la protection de sa vie privée;
- introduire une plainte auprès d'un service de médiation.

À la lecture de ces éléments, vous constaterez que les plaintes faisant état, de manière directe ou indirecte, de formes de violences/maltraitances gynécologiques et obstétricales peuvent faire l'objet d'un processus de médiation.

Dans le cadre d'un tel processus, la plainte est communiquée au prestataire concerné et/ou éventuellement à son responsable (si le prestataire n'est pas identifié). Les personnes concernées par la démarche sont invitées à exposer leur vécu au médiateur par rapport à la situation décrite par la patiente. Une rencontre entre la patiente et le ou les prestataires de soins peut également être organisée dans le cadre de la médiation afin de permettre aux parties d'entamer un dialogue quant aux évènements vécus. Nous rappelons que la médiation se déroule sur base volontaire de chacune des parties.

**2/Aujourd'hui, dans quelle mesure et à quelle fréquence, les violences obstétricales et gynécologiques sont-elles sanctionnées (ou qu'une procédure est engagée)?**

Les médiateurs classent leurs dossiers en fonction des droits énumérés ci-dessus. Les violences/maltraitances gynécologiques et obstétricales ne font actuellement pas l'objet d'un recensement ou d'un classement formel dans le cadre de la médiation.

À ce jour, les médiateurs ne disposent ni d'une base légale ni de critères précis leur permettant d'attribuer le statut de violence/maltraitance gynécologique et obstétricale à un dossier. Il n'est donc pas possible de fournir une fréquence ou un nombre de procédures engagées dans ce domaine.

En outre, la médiation étant un processus basé sur le dialogue et non sur la responsabilité, la question des sanctions n'y est pas abordée. Cette question relève d'un autre processus interne aux institutions hospitalières et en lien avec leurs directions. Ces processus de traitement des plaintes étant (normalement) distincts, les services de médiation ne disposent (normalement) pas de ces informations relatives aux sanctions.

**3/Quelles pistes de solutions ou leviers de changement entrevoyez-vous pour lutter contre les violences obstétricales ou gynécologiques?**

Permettre à la problématique d'exister de manière claire, définie et précise afin de pouvoir entamer un travail de recensement plus officiel et de faire émerger une prise de conscience de tous les acteurs.

Dans ce sens, organiser un sondage dans la population féminine visant à établir un état des lieux plus précis de ce que représentent les violences/maltraitances gynécologiques et obstétricales en Belgique.

Organiser des formations qui sensibilisent les prestataires à la définition et aux caractéristiques de cette problématique.

Recourir davantage aux «patients partenaires» afin de leur permettre de collaborer avec les institutions hospitalières dans de nombreux domaines (sensibilisation, création de brochures, de vidéos, séminaires, etc.).

Faire davantage connaître au grand public les services de médiation «droits du patient» et la possibilité d'y recourir afin de permettre une libération de la parole des patientes en toute confiance.

Les facteurs «temps» et «moyens» sont importants afin de prévoir des plages de consultation plus longues et un personnel suffisant.

Sensibiliser les prestataires de soins au dialogue, permettant ainsi une meilleure écoute, une information aux patientes plus claire et plus précise et une meilleure collaboration (tenant compte des besoins et attentes de la patiente).

Systématiser le consentement éclairé de la patiente pour chaque acte posé.

Encourager les patientes à exprimer leurs ressentis, à poser leurs questions en confiance et sérénité.

Cette liste est bien entendu non exhaustive.

**4/Selon vous, la loi de 2002 relative aux droits du patient comporte-t-elle des zones grises ou nécessiterait-elle des modifications législatives? Si oui, lesquelles?**

Au regard de la loi de 2002, les violences/maltraitances gynécologiques et obstétricales touchent à plusieurs droits du patient: bénéficier d'une prestation de soins de qualité, être informé sur son état de santé, consentir librement à la prestation de soins, avec information préalable sont autant de droits auxquels touche ce domaine.

Comme précisé plus haut, il conviendrait de cerner clairement la problématique, de l'intégrer et de définir sa prise en charge en terme de médiation.

En outre, correctement outillée, informée, soutenue et encouragée, la médiation «droits du patient» pourrait s'avérer, dans ce domaine comme dans d'autres, être un outil puissant pour permettre des avancées significatives dans la prise de conscience de ce que représentent réellement les violences/maltraitances gynécologiques et obstétricales pour les patientes concernées.

**5/Que pouvez-vous nous dire de la manière dont les soignants et institutions de soins sont formés et informés des aspects légaux qui concernent leur pratique?**

**5.1/Selon vous, ces aspects sont-ils abordés en suffisance lors de la formation continue?**

L'AMIS ne dispose pas des éléments suffisants permettant de répondre à cette question.

**5.2/Font-ils partie des informations relayées par les hôpitaux ou compagnies d'assurance?**

L'AMIS suppose que la question est «Font-ils partie des informations relayées par les hôpitaux AUX compagnies d'assurance?»

L'AMIS rappelle que le médiateur a pour devoir d'informer le patient des autres procédures existantes et qu'il le redirige, le cas échéant, vers les services compétents. L'introduction d'une demande auprès de l'assurance de l'hôpital fait partie de ces «autres procédures» vers lesquelles un patient peut être orienté.

Néanmoins, l'AMIS ne dispose pas des éléments suffisants permettant de répondre de manière plus précise à cette question.

**6/Estimez-vous que d'autres aspects devraient être portés à la connaissance du comité d'avis? Si oui, lesquels?**

L'AMIS se tient à disposition pour poursuivre sa collaboration sur cette problématique afin de permettre au comité d'avis de disposer d'un maximum de ressources et d'éléments en la matière.

#### **IV. ACRONYMES UTILISÉS**

ABeFUM:	Association belge francophone d’ultrasonologie médicale
AFSFC:	Association francophone des sages-femmes catholiques
ARMB:	Académie royale de médecine de Belgique
AXXON:	Association professionnelle représentative des kinésithérapeutes
BAC:	bachelier
CRGOLFB:	Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique
EBM:	<i>evidence based medicine</i>
GAMS:	Groupe pour l’abolition des mutilations sexuelles
GIP:	Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité
GLEM:	groupes locaux d’évaluation médicale
KCE:	Centre fédéral d’expertise des soins de santé
KUL:	<i>Katholieke Universiteit Leuven</i>
LGBTIQA+:	les personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenre, intersexes, <i>queers</i> et/ou asexuelles ainsi que des personnes ayant d’autres variantes d’identité de genre, de caractéristiques sexuelles, ou d’orientation sexuelle
MGF:	mutilations génitales féminines
MIC:	<i>Maternal Intensive Care</i>
MSF:	médecins spécialistes en formation
OMS:	Organisation mondiale de la santé
ONE:	Office de la naissance et de l’enfance
OVUNOKU:	Organe de concertation des universités flamandes qui enseignent la kinésithérapie
SDM:	<i>shared decision making</i>
UA:	<i>Universiteit Antwerpen</i>
ULB:	Université libre de Bruxelles
UpSfb:	Union professionnelle des sages-femmes belges
VBOV:	Organisation professionnelle flamande des sages-femmes
VGO:	Violence gynécologique et obstétricale
VUB:	<i>Vrije Universiteit Brussel</i>
VVOG:	<i>Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie</i>

## I. SCHRIFTELIJKE BIJDRAGEN: ALGEMEEN KADER

### A. Groep voor de afschaffing van vrouwelijke genitale vermindering (GAMS België), Fabienne Richard en Pauline Soupa

**Auteurs:** Fabienne Richard (8) en Pauline Soupa (9)

#### **1/Hoe kunnen kwetsbare groepen (zoals de doelgroep van GAMS) beter worden voorgelicht over gynaecologisch en obstetrisch geweld (GOG) en hun rechten als patiënt?**

Het is belangrijk het begrip kwetsbaarheid te definiëren, dat voor een en dezelfde persoon kan variëren in tijd en ruimte. Als we hier vrouwen onder rekenen die in grote financiële moeilijkheden verkeren, sociaal geïsoleerd zijn, een illegaal verblijfsstatuut hebben, geen landstaal spreken, het slachtoffer zijn van geweld, enz., dan komt het erop aan naar hun woonplaatsen te gaan om informatie te verstrekken: opvangcentra voor asielzoekers, *SAMU social*, de vzw *Aquarelle*, GAMS België, en andere verenigingen die migranten of kansarmen oppangen.

Deze informatie kan worden verschaft in workshops over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten via een benadering op basis van permanente educatie. Dat wil zeggen, met instrumenten die door en voor de betrokken vrouwen zijn gemaakt om te garanderen dat de boodschap overkomt (*«Wat voor mij gedaan wordt, zonder mij, wordt tegen mij gedaan»*).

Deze instrumenten, die samen met de betrokken vrouwen zijn gemaakt, kunnen vervolgens worden verspreid tijdens voorbereidingen op de bevalling die worden georganiseerd door bepaalde verenigingen die werken met kansarme zwangere vrouwen, zoals *Aquarelle* of GAMS België.

Als de vrouwen niet kunnen lezen, kan dat gebeuren aan de hand van korte video's, die in verschillende talen beschikbaar zijn.

In dit verband is het van belang dat de arts die belast is met de medische follow-up van de zwangerschap, de patiënt verwijst naar dergelijke workshops en/of sessies ter voorbereiding van de geboorte.

#### **2/Hoe kan een betere communicatie tussen het medisch korps en kwetsbare patiënten worden bevorderd?**

Een eerste antwoord is de opleiding van gezondheidswerkers in interculturele communicatie tijdens hun basisopleiding, om zichzelf te kunnen overstijgen, om zich ervan bewust te zijn dat hun referentiekader niet *de waarheid* is, om in staat te zijn het woord van de patiënt aan te horen zonder in stereotypen en discriminatie te vervallen. Zo wordt bijvoorbeeld minder geloof gehecht aan een vrouw met een andere huidskleur die klaagt over pijn, omdat men denkt dat ze overdrijft, en dat het louter een kwestie is van het *«mediterrane syndroom»*. Deze overtuiging kan leiden tot ernstige foutieve diagnoses, die zelfs levensbedreigend kunnen zijn.

Illustratief voorbeeld van stereotypen in de zorg voor migrantenvrouwen: Dit is het verhaal van een Somalische vrouw die in Brussel woont en die Nederlands heeft geleerd toen ze aankwam als asielzoeker en daarna als vluchteling; ze spreekt zeer goed Nederlands, maar geen Frans. Daarom kiest ze ervoor om in een Nederlandstalig ziekenhuis in Brussel te bevallen. Gedurende haar hele verblijf spreekt elke zorgkundige die haar kamer binnenkomt systematisch Frans tegen haar, terwijl het personeel onderling Nederlands spreekt en zij niet begrijpt wat haar wordt uitgelegd... Niemand neemt de moeite haar te vragen welke taal ze spreekt en iedereen associeert *«zwarte gesluierde vrouw in Brussel»* met *«Frans»*.

(8) Vroedvrouw, directrice van GAMS België en consultente bij CEMAVIE (*Centre médical d'aide aux victimes de l'excision*), doctor in de volksgezondheidswetenschappen (wetenschappelijk medewerkster aan de *École de santé publique* van de ULB).

(9) Vroedvrouw, GAMS België, belast met de voorbereiding van besneden vrouwen op de bevalling (twaalf jaar ervaring in ziekenhuizen en praktijken van zelfstandige vroedvrouwen).

Illustratief voorbeeld van stereotypen in de zorg voor migrantenvrouwen: Dit is het verhaal van een Mauritaanse vrouw die in Brussel woont. Ze komt voor de derde keer naar de verloskamer vanwege vroegtijdige weeën. Zoals elke keer wordt haar een ziekenhuisopname aanbevolen, omdat ze het risico loopt te vroeg te bevallen. Voor de derde keer weigert ze. Ze hoort de uitspraken van het team achter de deur: «ze komt weer terug met hetzelfde probleem en weigert te doen wat moet, ze brengt haar baby in gevaar, waarom komt ze als ze toch niets voor haar baby wil doen?» Uiteindelijk vraagt een zorgkundige haar op neutrale toon: «Waarom wilt u niet opgenomen worden, mevrouw?». Ze legt dan uit dat haar neef een paar weken eerder in hetzelfde ziekenhuis is overleden en dat ze hierdoor blokkeert bij het idee om naar het ziekenhuis te moeten gaan. Na een moment van luisteren en dialoog, aanvaardt ze een ziekenhuisopname. Ze vertelt dat ze de vele oordelen over haar heeft gehoord, maar dat niemand haar nog maar gevraagd had waarom ze een ziekenhuisopname weigerde.

Naast interculturele communicatievaardigheden is het tevens zaak een minimum aan kennis te hebben van de verschillende mogelijke verblijfsvormen (vluchtelingenstatus, gezinsherening, humanitair visum, enz.) om ook de rechten van de vrouwen, hun levensomstandigheden en toegang tot de gezondheidszorg te kennen (bijvoorbeeld voor vrouwen met een onregelmatige status), zodat zij zo accuraat mogelijk advies kunnen geven en hen kunnen doorverwijzen naar ondersteunende verenigingen. Weinig beroepsbeoefenaars zijn op de hoogte van de toegang tot zorg en de terugbetaling die aan een bepaalde status is gekoppeld. Dit is van belang voor het al dan niet kunnen verlenen van zorg na de bevalling na verloskundig geweld: sommige vrouwen zullen geen toegang hebben tot psychologische zorg, pijnstillers, enz. omdat ze «buiten de procedure» vallen.

Een goede manier voor gezondheidswerkers om een beter inzicht te krijgen in het parcours van een migrantenvrouw is om in een opvangcentrum voor asielzoekers een opleiding te volgen over de rechten van vreemdelingen (dit heeft de kraamkliniek van Tourelle in Verviers gedaan door haar team, na een overleg met GAMS, naar het opvangcentrum van het Rode Kruis in Fraipont te sturen voor een opleiding over het migratietaject). Het lijkt ook raadzaam om stages in dit soort structuren (opvangcentra voor asielzoekers, SAMU social, enz.) systematisch op te nemen in de opleiding van gezondheidswerkers.

Zich tijdens de zorgverlening kunnen uitdrukken, is het belangrijkste recht van de patiënt. Het is daarom van essentieel belang dat elke vrouw toegang heeft tot een tolk als zij nog geen taal spreekt die door de zorgverlener wordt gesproken. Het aantal interculturele bemiddelaars in ziekenhuizen moet worden uitgebreid en er moet steun worden verleend aan sociale tolkenverenigingen. Te veel migrantenvrouwen weten niet waarom ze een keizersnede hebben ondergaan, ofwel hebben ze niet begrepen wat hun werd verteld, ofwel werd hun niets gezegd bij gebrek aan toegang tot een tolk.

Bovendien is er ook ‘s avonds, ‘s nachts, in het weekend en op feestdagen behoefte aan vertaaldiensten. Aan gezien onverwachte gebeurtenissen in de verloskunde vaak voorkomen en de emoties hoog oplopen, zijn de arbeid en de bevalling immers intense momenten waarop de behoefte aan vertaling groter is.

Ten slotte moet de tijd die wordt besteed aan vertaalwerk worden opgevat als een bijkomende werklast die als zodanig moet worden erkend. De tijd die beschikbaar is voor prenatale raadplegingen is gewoonlijk al te kort, en door de toevoeging van het nodige vertaalwerk wordt de tijd die aan de patiënt moet worden besteed, verdubbeld.

Idealiter moet worden geanticipeerd op de vertaalbehoefthen en moet een langere raadpleging mogelijk zijn om de kwaliteit te waarborgen.

Ook moet worden nagegaan welke instellingen een hoog percentage niet-moedertaalsprekers hebben, en dit moet tot uiting komen in het aantal voltijds equivalente beroepskrachten in deze instellingen.

Op dit moment ziet de situatie er als volgt uit:

De beroepsbeoefenaars moeten in een noedsituatie zo goed en zo kwaad als het gaat oplossingen «in elkaar flansen»: gebruik maken van instant vertaalapplicaties met hun telefoon (met alle onvolkomenheden en risico’s op misverstanden van dien), met veel moeite gebaren uitwisselen wanneer de taal van de patiënt door geen enkele applicatie wordt aangeboden, een beroep doen op een collega die bijvoorbeeld in de schoonmaakploeg werkt om een spoedkeizersnede aan te kondigen, enz., terwijl diezelfde collega’s zich niet op hun gemak voelen in hun geïmproviseerde rol, maar zich soms toch verplicht voelen deze opdracht te aanvaarden om de patiënt niet in het ongewisse te laten, en onder de indruk zijn van het schouwspel waarvan ze getuige zijn, ook al is het normaal gesproken niet hun taak om zorg te verlenen.

Dit veroorzaakt ook aanzienlijke vertragingen bij raadplegingen of zorgverlening wanneer de beroepsbeoefenaar de nodige tijd heeft genomen voor een of meer anderstalige patiënten.

### **3/Welke goede praktijken heeft GAMS ter zake ontwikkeld?**

GAMS heeft verschillende activiteiten ontwikkeld om gynaecologisch en obstetrisch geweld tegen te gaan:

- voorbereiding op de geboorte in onze drie vestigingen in Brussel, Luik en Namen (10) (drie sessies tijdens de zwangerschap en één sessie met de baby's), wij nemen contact op met de gynaecoloog of vroedvrouw die de zwangerschap medisch volgt via een referentiebrief waarin wordt uitgelegd dat de vrouw sessies volgt bij GAMS en waarin eraan wordt herinnerd dat het probleem van VGV (vrouwelijke genitale verminking) tijdens de raadplegingen moet worden aangestipt;
- individuele begeleiding van bepaalde begunstigden door onze gemeenschapsbegeleiders, vroedvrouwen of verpleegsters tijdens raadplegingen om de zorgverstreker en de patiënt te helpen in gesprek te gaan over VGV, om te helpen beslissingen te nemen rond medische ingrepen zoals desinfibulatie, enz.;
- debriefing met vrouwen na de bevalling om na te gaan wat goed ging of wat niet. De informatie van de vrouwen kan ook als feedback dienen voor het betrokken ziekenhuis en men kan soms nagaan waarom een keizersnede werd toegepast, zodat men de vrouw opnieuw kan uitleggen wat er gebeurd is;
- korte opleidingen in ziekenhuizen voor verloskundige teams, in scholen voor vroedvrouwen en verpleegkundigen, bij ONE-personeel, enz.;
- opleiding van vroedvrouwen in VGV waarbij het risico van dissociatie tijdens de bevalling aan bod komt, voor vrouwen die VGV of seksueel geweld hebben ondergaan: men leert de risico's te beperken, de tekenen te herkennen en op te treden;
- bestudering van casussen online gedurende *webinars*, met beroepsbeoefenaars uit de gezondheidszorg (gemeenschap van praktijken van vroedvrouwen inzake VGV);
- deelname aan het opstellen van een richtlijn over de obstetrische *follow-up* van vrouwen die VGV hebben ondergaan, in samenwerking met het Sint-Pietersziekenhuis, met inbegrip van de verschillende opties die aan de vrouwen worden voorgesteld, leessleutels voor bepaalde culturele aspecten, hulpmiddelen in geval van specifieke vertaalbehoeften voor niet erg courante talen (Tigrinia, Somali, enz.), informatie die aan de vrouwen en gezinnen moet worden gegeven, etc.

Illustratief voorbeeld om het gebrek aan opleiding van beroepsbeoefenaars te verduidelijken: het gaat over een vrouw uit Guinee die in Brussel woont en opgroeit. Zij ontdekt tijdens de bevalling dat ze besneden is, wanneer de vroedvrouw het onderwerp ter sprake brengt, terwijl ze een epidurale verdoving krijgt. Ze herinnert zich de besnijdenis niet concreet omdat ze erg jong was. Ze is bij gynaecologen en vroedvrouwen geweest zowel voor als tijdens haar zwangerschap, maar niemand heeft dit ooit met haar besproken. Ze legt uit dat ze dit wilde weten, maar nooit iets heeft durven vragen.

Illustratief voorbeeld om het gebrek aan opleiding te verduidelijken bij beroepsbeoefenaars inzake de herkenning van het traumageheugen en de impact van het ontbreken van toestemming vóór de uitvoering van gynaecologische en obstetrische handelingen.

Het gaat over een jonge vrouw uit Guinee die als kind besneden werd en een langdurige bevalling had (eerst thuis en daarna in het ziekenhuis). De baby komt niet door het geboortekanaal en het medisch team beslist om een ventouse te gebruiken: de gynaecoloog komt de bevallingsruimte binnen achter de patiënt, die op haar zijde ligt, zonder zich voor te stellen aan de patiënt. De gynaecoloog staat achter de patiënt en zegt haar zonder haar gezicht te tonen dat ze haar zullen helpen. De jonge vrouw voelt een intense pijn bij de plaatsing van de ventouse, de epidurale verdoving heeft immers geen effect. Ze zegt dit, maar men zegt haar dat dit niet mogelijk is. Die oncontroleerbare pijn, het gebrek aan informatie over wat er gebeurt, het gebrek aan toestemming, maakt het traumageheugen wakker en de jonge vrouw dissoeert. Ze schreeuwt het uit zoals

(10) Wij kunnen momenteel in Vlaanderen niet hetzelfde bieden door gebrek aan financiering.

bij haar besnijdenis: ze ziet het gezicht niet meer van de gynaecologe, maar dat van haar besnijdster, ze spreekt geen Frans meer maar Peul, haar moedertaal. Ze vertoont alle tekenen van dissociatie maar niemand herkent ze. Integendeel, men blijft haar bevelen uitdelen en haar zeggen dat ze moet zwijgen.

- nauwe samenwerking met CeMAVie (*Centre médical d'aide aux victimes de l'excision*), in het UMC Sint-Pieter, voor de medische behandeling van zwangere vrouwen (en niet-zwangere vrouwen), voor VGV en de gevolgen hiervan voor zwangerschap en bevalling;
- deelname aan het maken van een video in negen talen om over desinfibulatie te praten met vrouwen en de taalbarrières te overstijgen.

#### **4/Wat zijn uw aanbevelingen om gynaecologisch en obstetrisch geweld tegen te gaan?**

1. Het probleem van gynaecologisch en obstetrisch geweld moet worden opgenomen in het basiscurriculum van toekomstige zorgverstrekkers, net als het probleem van geweld tegen vrouwen. ARES, aan Franstalige zijde, heeft op 23 november 2020 aanbevelingen in die zin geformuleerd, maar tot op heden zijn die aanbevelingen nog niet uitgevoerd.
2. We hebben vastgesteld dat veel studenten verpleegkunde en vroedkunde geschockt zijn door het geweld in de zorg en niet weten wat ze moeten doen of zeggen om dit te stoppen, uit angst voor de gevolgen voor hun eigen opleiding. Wij hebben contact met studenten verloskunde die in *burn-out* zijn, die aan hun lot werden overgelaten op stageplaatsen die zij zelf hebben moeten zoeken zonder enige begeleiding van hun school. In het onderwijs moet dringend aandacht worden besteed aan hoe je als verzorger moet reageren wanneer je getuige bent van geweld door een andere beroepsbeoefenaar. Dit is het principe van zelfverdediging voor zorgverleners: «Wat moet ik doen als ik zie dat mijn collega de schaar neemt terwijl de episiotomie niet nodig is?» «Wat moet ik zeggen of doen als mijn collega mij vraagt, in het bijzijn van de patiënt die aan het bevallen is, om fundusexpressie uit te voeren, terwijl ik weet dat dit in strijd is met de huidige aanbevelingen?». Dit zou deel moeten uitmaken van de basisopleiding en een onderwerp zijn dat besproken wordt tijdens seminars, via rollenspelen, zoals bij verloskundige noodgevallen (eclampsie, bloedingen, enz.).
3. Ook via intervisies en casestudies kan veel worden geleerd. Situaties van obstetrisch geweld zouden dus moeten worden hernomen en aan de studenten in teamverband worden voorgelegd tijdens «grote conferenties» of «medische stafvergaderingen».
4. De duur van prenatale raadplegingen moet worden verlengd. Het tijdsprobleem wordt immers vaak door de zorgverstrekkers aangevoerd als verklaring voor hun gebrek aan luisterbereidheid, uitleg, hun haastige en ruwe handelingen, enz. Zij zijn verdeeld tussen de bekommernis om alle patiënten te zien die ze moeten behandelen en de bekommernis om goed te handelen. Op zijn minst moet de tijd die door de RIZIV-codes wordt vastgesteld, worden nageleefd, wat al niet overal het geval is door de financiële druk in de instellingen en om andere redenen in sommige privépraktijken.
5. Een niet-medische raadpleging op de plaats waar de patiënt wil bevallen, is relevant om de risico's van GOG te voorkomen, zoals in Frankrijk wordt gedaan bij de vierde zwangerschapsmaand (terugbetaald door de sociale zekerheid) of de «welzijnsraadpleging» die in sommige Brusselse ziekenhuizen wordt gehouden.
6. De idee is met de patiënt te praten over haar wensen met betrekking tot de bevalling, te anticiperen op vertaalbehoeften, te informeren naar de persoon die haar tijdens de bevalling zal kunnen begeleiden, enz. Dit gesprek zou minstens een uur moeten duren.
7. Het lijkt van essentieel belang dat de cijfers over bevallingen vandaag openbaar worden gemaakt. Zo wordt kennisgenomen van de percentages keizersneden, episiotomieën, ingeleide bevallingen, epidurale ingrepen, situaties waarbij niet mag worden gegeten of gedronken, de aanwezigheid van een hulpverlener voor de vrouw, de bewegingsvrijheid, de gynaecologische houding die bij de bevalling wordt opgelegd, enz. Dit zorgt voor een zekere transparantie voor de toekomstige moeders en kan vragen doen rijzen in geval van alarmerende cijfers.

**5/Hebt u eventuele opmerkingen of aanbevelingen over de tekst?**

Het beginsel van lichamelijke zelfbeschikking dient te worden besproken en beter te worden omschreven in het document, zoals vermeld in hetzelfde opschrift. Zijn er geen beperkingen? Artikel 409 van het Strafwetboek veroordeelt momenteel elke daad van genitale verminking bij vrouwen, met of zonder toestemming van de betrokkenen, al dan niet minderjarig. Dit wordt gerechtvaardigd door het feit dat jonge vrouwen ouder dan achttien jaar nog steeds door hun ouders onder druk kunnen worden gezet om zich voor het huwelijk te laten besnijden. In België kunnen vrouwen echter terecht in klinieken voor een verkleining van de binnenste schaamlippen (die volgens de definitie zou kunnen overeenkomen met een excisie of VGV type 2 volgens de WHO-classificatie). Deze vrouwen worden niet veroordeeld voor besnijdenis, maar een volwassen Afrikaanse vrouw zou voor dezelfde daad vervolgd kunnen worden, omdat zij beschuldigd zou worden van besnijdenis omdat zij afkomstig is uit een land waar VGV wordt toegepast. Er wordt dus met twee maten en twee gewichten gemeten. Sommigen zullen zeggen dat op grond van de beginselen van lichamelijke zelfbeschikking iedereen doet wat hij wil, anderen menen dat jonge vrouwen, soms minderjarigen, die in privéklinieken of openbare ziekenhuizen om nymphoplastie vragen (onder het mom van hypertrofie van de schaamlippen), ook onder het dictaat van de cultuur staan en beïnvloed worden door sociale netwerken, pornografie en hoe het vrouwelijk geslacht er vandaag zou moeten uitzien. Het is niet ideaal wanneer een jongere zijn seksualiteit begint met een operatie. Geen enkele ingreep kan een perfect resultaat garanderen. Een maand geleden kregen we een verzoek van een jonge vrouw die een mislukte nymphoplastie-operatie had ondergaan (ze had helemaal geen binnenste schaamlippen meer) en ze wilde nu weten of er een operatie bestond voor een reconstructie (zie het hoofdstuk over esthetische chirurgie in onze gids [https://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/Idees-reclues\\_NL\\_2021\\_v10.pdf](https://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/Idees-reclues_NL_2021_v10.pdf)).

**Parallel tussen episiotomie zonder medische reden en besnijdenis**

Een manier om het probleem van GOG aan te pakken, is eventueel gewone episiotomieën zonder medische reden te beschouwen als een schending van artikel 409 van het Strafwetboek, dat wil zeggen als genitale verminking van vrouwen, omdat een gewone episiotomie zonder medische reden een verminking is (zie hoofdstuk over obstetrisch geweld in onze gids: [https://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/Idees-reclues\\_NL\\_2021\\_v10.pdf](https://www.strategiesconcertees-mgf.be/wp-content/uploads/Idees-reclues_NL_2021_v10.pdf)).

**Artikel 409 van het Strafwetboek**

§ 1. Hij die eender welke vorm van verminking van de genitaliën van een persoon van het vrouwelijk geslacht uitvoert, vergemakkelijkt of bevordert, met of zonder haar toestemming, wordt gestraft met gevangenisstraf van drie jaar tot vijf jaar.

De poging wordt gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot een jaar. Met dezelfde straf wordt gestraft hij die aanzet tot eender welke vorm van verminking van de genitaliën van een persoon van het vrouwelijk geslacht of er, direct of indirect, schriftelijk of mondeling reclame voor maakt of doet maken, uitgeeft, verdeelt of verspreidt.

## **II. SCHRIFTELIJKE BIJDRAGEN: OPLEIDING BEROEPSBEOEFENAARS**

**A. Koninklijke Academie voor geneeskunde van België, prof. dr. Georges Casimir en prof. dr. Brigitte Velkeniers**

### ***1) Gemeenschappelijk advies over obstetrisch en gynaecologisch geweld***

#### **a) Het belang van de erkenning van het bestaan van mis(be)handeling van vrouwen tijdens de bevalling**

De laatste jaren is er aandacht ontstaan voor een probleem dat door veel Amerikaanse gezondheidsinstellingen wordt ontkend: intimidatie en dwang bij zwangere vrouwen tijdens hun bevalling door het gezondheidspersoneel. De medische literatuur telt sinds 2014 167 medische artikelen, waaronder twaalf systematische reviews, over de mis(be)handeling van vrouwen tijdens hun bevalling. De meeste rapporten komen uit Latijns-Amerika, Afrika en India (Jungari *et al.*, 2021). Een minderheid is gepubliceerd door Europese en Amerikaanse centra. Geweld in de verloskamer komt ook in België voor (Lukasse *et al.*, 2015).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft een prioriteit gemaakt van het gebrek aan respect en misbruik tijdens de bevalling. Acties dringen zich op om dit fenomeen te evalueren en te voorkomen, evenals maatregelen om er komaf mee te maken (WHO, 2014). Zoals opgemerkt in de systematische reviews, ontbreekt het aan standaardisatie van definities, instrumenten en onderzoeksmethoden om het gebrek aan respect en misbruik in de kraamafdelingen te meten. Dit leidt tot een risico op systematische fouten bij de raming van de prevalentie ervan en beïnvloedt de generaliseerbaarheid en vergelijkbaarheid van de gegevens (Boren *et al.*, 2015; Sando *et al.*, 2017).

Obstetrisch en gynaecologisch geweld (GOG) is een vorm van verbaal, fysiek of psychologisch geweld, die lang verborgen is gebleven. Het gaat om gebrek aan respect, gebrek aan aandacht voor de persoon, maar ook om gedragingen, handelingen, uitspraken of nalatigheden van gezondheidswerkers die niet medisch gerechtvaardigd zijn of die, zonder dat er sprake is van een noodgeval, worden uitgevoerd zonder de geïnformeerde toestemming van een zwangere vrouw, een barende vrouw of een jonge moeder. Ook ongepast of seksistisch gedrag tijdens de consultaties, voor of na de geboorte, maakt deel uit van GOG (Jardim *et al.*, 2018).

De Academies voor geneeskunde van België erkennen de noodzaak om adequate oplossingen aan te reiken voor GOG via het onderwijs en via preventieve, theoretische en praktische opleidingen. Zij benadrukken dat het organiseren van respectvolle kraamzorg meer vergt dan het voorkomen van obstetrisch geweld (Shakibazadeh *et al.*, 2018). Respectvolle kraamzorg gaat verder dan het louter terugdringen van respectloze zorg of de mis(be)handeling van vrouwen tijdens hun bevalling. Er worden innovatieve benaderingen ontwikkeld en getest om te worden opgenomen in de routine van kwalitatief hoogwaardige programma's voor kraamzorg. Deze benaderingen moeten voorlichting, onderwijs en praktische opleiding voor de zorgverleners omvatten, waaronder studenten, huisartsen, vroedvrouwen, verpleegkundigen, gynaecologen en kinderartsen, fysiotherapeuten, obstetrische anesthesisten en urologen. Evaluatie en documentatie van de vermoedelijke gevallen van GOG moeten deel uitmaken van de maatregelen om er komaf mee te maken.

#### **b) Methodologie die werd gebruikt om de vragen van de Senaat te beantwoorden**

In samenwerking met de beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen voor gynaecologie (Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie – VVOG en Collège royal des gynécologues-obétriciens de langue française de Belgique – CRGOLFB), hoogleraren algemene geneeskunde, gynaecologie-verloskunde, deontologie, medische ethiek, verantwoordelijken van universitaire kraamafdelingen en van bepaalde eenheden voor *intensive care* voor moeders in België, hebben de Academies voor geneeskunde de initiatieven met het oog op preventie van GOG geëvalueerd. Zoals gevraagd, bedragen de afzonderlijke adviesteksten in beide landstalen niet meer dan acht bladzijden.

#### **c) Aanbevelingen en bestaande instrumenten**

Overheidsinstanties zoals het Federaal Kenniscentrum / Centre fédéral d'expertise (KCE), Kind en Gezin / Office de la naissance et de l'enfance (ONE) formuleren en actualiseren regelmatig aanbevelingen voor een geïntegreerd prenataal zorgpad voor zwangerschappen met een laag risico en voor het welzijn tijdens de

zwangerschap en de bevalling. Deze aanbevelingen omvatten «een prenataal netwerk rond elke zwangere vrouw, afgestemd op het profiel en de specifieke behoeften van elke persoon, een zorgcoördinator in het centrum van dit netwerk, een geïndividualiseerd zorgplan, een duidelijk verwijzingssysteem tussen de gezondheidswerkers en de invoering van een gemeenschappelijk e-maildossier. Al deze elementen moeten worden georganiseerd en gestructureerd als onderdeel van een uitgebreid prenataal zorgpad met klinische *follow-up*, gepersonaliseerde prenatale consultaties, adviezen en voorbereiding op de bevalling en het ouderschap» (Benhamed *et al.*, 2019).

Er zijn geen wetenschappelijk onderbouwde (*evidence based*) richtlijnen voor de voorbereiding op geboorte en ouderschap. De Belgische gids voor prenatale consultatie beschrijft wel in detail welke interventies nuttig zijn tijdens de voorbereiding op de geboorte en het ouderschap (Alexander *et al.*, 2022). De auteurs wijzen op de noodzaak van consistentie in de informatieverstrekking, het betrekken van de partner bij de voorbereiding en het aanpassen van de inhoud aan de specifieke behoeften van de aanstaande ouders. De voorbereiding op de geboorte omvat prenatale oefeningen, psychologische aanpassing aan de arbeid en de bevalling, pijnbestrijding tijdens de bevalling, huidcontact met de pasgeborene en (vroegtijdige) borstvoeding.

Ouderschapseducatie kan betrekking hebben op de psychologische aanpassing, de rol van de partner en de niet-klinische interventies om de ouders voor te bereiden op de zorg voor moeder en kind en de organisatie van het dagelijkse leven tijdens de postpartumperiode. De verzorging van de baby heeft (onder meer) betrekking op de voeding, de hygiëne en het slapen van een pasgeborene tijdens de eerste levensweken. Kraamzorg verwijst naar de lichamelijke gezondheid (bijvoorbeeld herstel na de bevalling, gezondheidsproblemen in verband met borstvoeding, enz.), maar ook naar de mentale gezondheid. De organisatie van het dagelijkse leven verwijst naar de strategieën die worden toegepast om het hoofd te bieden aan de zorg voor broers en zussen en het huishouden. De organisatie van multidisciplinaire zorgverlening en de samenwerking tussen gynaecologen, vroedvrouwen, huisartsen, psychologen, kinderartsen en fysiotherapeuten zijn daarom belangrijk.

De Academies zijn van oordeel dat de recente aanbevelingen van de CROGLFB en de VGOG voor de voorbereiding van de bevalling voorafgaand aan de bevalling essentieel zijn en reeds in aanmerking zijn genomen. Zij dringen erop aan dat de vrouwen niet alleen prenatale voorlichting krijgen, maar ook onmiddellijke begeleiding na een «traumatische» bevalling, om hun klachten te horen, hun vragen te beantwoorden en het risico op psychologische trauma's te verminderen. De vermeende gevallen van GOG of klachten van moeders moeten worden gedocumenteerd. Ze moeten besproken worden tijdens een bijeenkomst van het verloskundige team en in een register worden opgenomen.

## 2) Antwoorden op de vragen van de Senaat

### **1/Hoe wordt het begrip «geïnformeerde toestemming» van de patiënt (en het recht op zelfbeschikking) behandeld in de opleidingen van studenten of in het kader van de bij- en nascholing van beroepsbeoefenaars?**

Deze begrippen maken deel uit van de deontologische code (artikel 9: objectieve en volledige informatie; artikel 11: professionalisme; artikelen 15 en 18: respect, emancipatie van de patiënt, waardigheid; artikel 20: geïnformeerde toestemming; artikelen 30 en 31: medische deontologie, afwezigheid van discriminatie, respectvolle houding). Zorg, respect, informatie en voorlichting zijn algemene begrippen die van toepassing zijn op alle medische omstandigheden en op alle patiënten, van kinderen tot bejaarden. Deze begrippen komen aan bod in de cursussen deontologie (derde bachelor of eerste master) en in de cursussen medische ethiek (gewoonlijk eerste of tweede master). Concepten als geïnformeerde toestemming, gedeelde besluitvorming en recht op *empowerment* van de patiënt worden in algemene termen beschreven en zijn ook van toepassing in de verloskamer. In de algemene bachelor- of masteropleidingen zijn ze niet specifiek gericht op een bepaalde medische situatie of aandoening. Dezelfde beginselen worden bekeken in de specialisatiemasters op het gebied van gynaecologie-verloskunde (consultaties, vrijwillige zwangerschapsonderbreking, onvruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling, chirurgie en oncologie). Dezelfde beginselen van medische ethiek en deontologie zouden ook onderwezen moeten worden aan vroedvrouwen en verpleegkundigen tijdens hun opleiding.

**2/Wordt er in het leerplan (of in de bij- en nascholing) aandacht besteed aan de soorten misbruik waarmee GOG verband houdt en aan de gevolgen ervan voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid? Hoe kunnen gezondheidswerkers hier meer bewust van worden gemaakt en hoe kunnen zij worden opgeleid in de (psychologische) trauma's die het gevolg kunnen zijn van GOG?**

De opleiding van gespecialiseerde verpleegkundigen, vroedvrouwen en verloskundigen omvat reeds een theoretische opleiding over de fysiologische bevalling, het terugdringen van iatrogene procedures, het bevorderen van humane arbeid en het terugdringen van niet-gerechtvaardigde keizersneden. Debatten, seminaries, plaatselijke individuele initiatieven voor de preventie van GOG worden soms op vrijwillige basis georganiseerd door het personeel van particuliere, openbare en universitaire kraamklinieken en door de beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen. Zij zijn bestemd voor verloskundigen in opleiding, vroedvrouwen, gespecialiseerde verpleegkundigen en specialisten in het kader van de permanente opleiding. Hier toe behoren urologen, verloskundigen, obstetrische anesthesisten, gespecialiseerde verpleegkundigen en vroedvrouwen. Deze gerichte acties zijn beperkt tot gediplomeerde specialisten. De huisartsen worden hier weinig of niet bij betrokken.

De Academies bevelen aan om een nationaal programma te organiseren waarin de basisaspecten van de preventie van GOG aan bod komen, net zoals alle vormen van medisch geweld die door de WGO worden beschreven, voor bachelor- en masterstudenten geneeskunde evenals voor studenten verpleegkunde en vroedkunde. Een meer gedetailleerd leerplan zou aangepast moeten worden aan de huisartsen (eerstelijnsbehandeling), de vroedvrouwen, de stagiairs in de gynaecologie-verloskunde, kindergeneeskunde, urologie en obstetrische anesthesiologie. Dezelfde aanbeveling geldt voor alle specialisaties die te maken hebben met onderzoek en verzorging van intieme lichaamsdelen, zoals onderzoek van de borsten, de penis, de urinebuis, de blaas, de vulva, de vagina, het rectum, enz.

Over de wijze waarop zwangere vrouwen moeten worden geïnformeerd over de aspecten van de bevalling, met inbegrip van de geïnformeerde toestemming bij een laagrisicobevalling of in geval van spoedkeizersnede, episiotomie, vaginale extractie met een tang of vacuümpomp, worden al enkele jaren specifieke seminaries en praktische sessies georganiseerd aan verschillende universiteiten voor stagiairs in de verloskunde en de gynaecologie. Stagiairs in de verloskunde en gynaecologie worden al voorgelicht over de problemen in verband met GOG en de noodzaak om feitelijke en onbevooroordeelde informatie te verstrekken over verloskundige ingrepen, zodat vrouwen mondiger worden met betrekking tot de zorgverlening die ze krijgen.

Tot nu toe werden deze opleidingen georganiseerd door de universiteiten, op vrijwillige basis, met grote verschillen. Deze seminaries en opleidingen zijn niet bedoeld voor de studenten geneeskunde, noch voor de huisartsen. In de medische literatuur wordt gewezen op het belang van veranderingen in de opleiding, zowel in de cursussen van de eerste cyclus, als in die van de derde cyclus. Onderwerpen als de seksuele en reproductieve rechten van vrouwen, genderverhoudingen, ethische codes, psychologische bijstand bij de arbeid en de bevalling, humanisering van de verloskundige zorg en onderwijs in *evidence-based* praktijken moeten deel uitmaken van de academische routine van de toekomstige gezondheidswerkers.

De Academies bevelen een multidisciplinaire aanpak aan, waarbij specialisten in medische ethiek, deontologie, algemene geneeskunde, verloskunde en gynaecologie, urologie, obstetrische anesthesiologie en psychologie-psychiatrie worden betrokken om te bepalen welke veranderingen nodig zijn om een onderwijsprogramma op te bouwen van respectvolle, humane en alomvattende zorg tijdens de zwangerschap, de bevalling en de abortus, maar ook in alle omstandigheden van de gynaecologische praktijk (met respect voor het recht op gewetensbezwaren van de zorgverlener).

**3/Heeft u in dit verband aanbevelingen voor een betere opleiding van beroepsbeoefenaars met betrekking tot de twee vorige vragen?**

De lichamelijke en mentale gevolgen en het voorbijgaande of ernstigere emotionele leed waarmee GOG gepaard gaat, worden niet systematisch onderwezen. Zij moeten worden toegelicht in een theoretische cursus aan het begin van het curriculum van de medische opleiding (bachelor of eerste of tweede master), door hoogleraars algemene geneeskunde / deontologie / ethiek / gynaecologie-verloskunde en urologie. Aan het begin van de stages van de tweede en derde masteropleiding geneeskunde moet passend en gericht onderwijs worden gegeven aan alle studenten geneeskunde die starten met de stage voor algemene geneeskunde, gynaecologie-verloskunde of urologie. Hetzelfde geldt voor de opleidingsprogramma's van de vroedvrouwen.

De bewustmaking van gezondheidswerkers in de dagelijkse praktijk vereist een opleiding van de kraamzorgteams, in het bijzijn van verloskundigen, gynaecologen, vroedvrouwen en verpleegkundigen op gezette tijden. Psychiaters of psychologen met ervaring in het welzijn van moeders zouden idealiter betrokken moeten worden bij het onderwijs over de mentale gevolgen van GOG en ander medisch geweld. Een geest van goede medische praktijk, zonder fysiek of psychologisch geweld, zal in de Belgische kraamafdelingen slechts ingang vinden wanneer een teamgeest met dit doel voor ogen wordt versterkt met de steun van de beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen. De regelmatige beoordeling van vermoedelijke gevallen van GOG door plaatselijke teams zal het belang van professionaliteit en voorlichting om GOG te voorkomen helpen onderstrepen.

Praktische opleidingen en informatie over de bevalling zijn reeds beschikbaar in veel kraamafdelingen. Ze moeten worden aangemoedigd. De basisrechten op het vlak van kraamzorg moeten gewaarborgd zijn en gebaseerd op «*evidence based practice*» (wetenschappelijk onderbouwde praktijken, EBM). Verzoeken zoals de aanwezigheid van een begeleider of de mogelijkheid van een rechtopstaande bevalling moeten worden besproken. De geschiktheid van het geboorteplan van de vrouw en de informatie over medische ingrepen (zoals episiotomie, spoedkeizersnede tijdens de bevalling) moeten ruim voor de bevalling worden besproken. Want tijdens de bevalling kunnen zich veel noodsituaties voordoen, waarbij het niet meer mogelijk is om een vrije en geïnformeerde toestemming te verkrijgen. Het redelijke gebruik van technologieën die zijn aangepast aan de normen van de zorgverlening volgens EBM, moet worden uitgelegd en gerespecteerd door het verloskundige team, en begrepen en goedgekeurd door de zwangere vrouw. *Empowerment* van vrouwen, dialoog met ouders en geïnformeerde toestemming betekenen echter niet dat medische teams gevaarlijke attitudes of praktijken buiten EBM accepteren.

#### **4/Zijn er in de loop van de tijd opmerkelijke ontwikkelingen geweest over deze kwesties in het onderwijs aan studenten (of in de bijscholing)?**

De problematiek van GOG werd onderschat en zeker ook verkeerd weergegeven. Sinds 2014-2018 hebben een toenemend aantal persartikelen en mediadruk de aandacht van gezondheidswerkers en academische autoriteiten getrokken. Hierdoor zijn in veel instellingen snel praktische lessen en houdingen ontwikkeld, gericht op een respectvolle bevalling, rekening houdend met de wensen van mondige vrouwen. Dit vertaalt zich in een betere bewustmaking en voorlichting in de kraamklinieken en de academische ziekenhuizen, waar de seminaries, waarvan sprake in deelvraag 2) hierboven, werden georganiseerd. De acties om een betere communicatie, voorlichtingsmodules, gestructureerde dialogen, geïnformeerde toestemming, transparantie, eerbaarheid (van de kinderjaren tot op hogere leeftijd) en tact in de relatie arts-student-patiënt te bevorderen, zijn belangrijke aspecten van deze initiatieven. Zij zijn echter nog onvoldoende verspreid. Een formeel geïntegreerd programma moet worden ontwikkeld.

#### **5/Wordt in de opleiding van studenten of in de bijscholing ook voldoende aandacht besteed aan de opvang en verzorging van kwetsbare personen of personen met een handicap, alsook aan de opvang van LGBTIQA+ personen?**

De artikelen 18, 30 en 31 van de deontologische code zijn van fundamenteel belang. Zij beschrijven de beginselen van menselijke waardigheid, non-discriminatie en respect voor de patiënt.

«Eenieder heeft recht op kwaliteitsvolle gezondheidszorg, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook. De arts mag derhalve niet discrimineren en heeft de plicht om iedere patiënt te verzorgen, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideo-logische, filosofische of godsdienstige overtuigingen, van ras of geaardheid en zonder onderscheid van vermogenstoestand van de betrokkenen.» (extract uit de Code van medische déontologie, artikel 30, 1, § 6, <https://ordomedic.be/nl/code-2018/integriteit/30>).

Dit geldt ook voor kwetsbare en LGBTIQA+-patiënten. Een dergelijk theoretisch onderwijs is onontbeerlijk en moet aan alle studenten geneeskunde, verpleegkundigen en vroedvrouwen worden gegeven door hoogleraars medische ethiek / deontologie en klinische vakken, met inbegrip van algemene geneeskunde, kindergeneeskunde, gynaecologie-verloskunde, urologie, proctologie, psychologie-psychiatrie en algemeen alle klinische gebieden waarbij intieme onderzoeken noodzakelijk kunnen zijn (borst-, vaginaal of rectaal

onderzoek, cervico-vaginale uitstrijkjes, enz.). Het promoten van een respectvolle houding en een passend optreden ten aanzien van de geïsoleerde vrouwen, allochtonen, kinderen, adolescenten en sociaal kwetsbare personen of LGBTIQA+-personen vereist dus specifiek onderwijs, gericht op alle studenten en niet alleen op stagiairs verloskunde en gynaecologie.

Kwetsbare zwangere vrouwen zijn vrouwen met klinische en/of psychosociale risicofactoren. Klinische risicofactoren verwijzen naar de aanwezigheid van een reeds bestaande aandoening bij de moeder of de aanwezigheid van een opkomende aandoening bij de moeder en/of de foetus tijdens de zwangerschap. Psychosociale kwetsbaarheid betreft de nadelige gezondheidseffecten van armoede of een slechte mentale gezondheid. Specifieke overwegingen voor de behandeling van deze vrouwen worden besproken in het rapport van 2019 van KCE en de gids voor prenatale consultaties van 2022 (Benahmed *et al.*, 2019; Alexander *et al.*, 2022). Kind en Gezin en ONE zijn actief op dit gebied.

**6/Hoeveel belang wordt er in de opleidingen gehecht aan het informeren van patiënten en hun verwanten? Wat zijn de manieren om een betere communicatie tussen de medische wereld en de patiënten te bevorderen?**

De theoretische opleiding in algemene geneeskunde en voor de stagiairs in gynaecologie-verloskunde bevat aanbevelingen voor de patiëntenvoorlichting. Gedetailleerde, volledige en objectieve voorlichting voor de patiënt en de partner wordt toegelicht in de cursussen deontologie en ethiek. De beste manier om een betere communicatie tussen gezondheidswerkers en patiënten te bevorderen, is om de wensen, angsten en verwachtingen van aanstaande ouders ten aanzien van de bevalling en persoonlijke risicofactoren individueel te bespreken met de ouders en het medische personeel. Dergelijke besprekingen moeten ruim voor de bevalling plaatsvinden. De prenatale voorlichting moet worden gedocumenteerd in het medische dossier, evenals de geïnformeerde, voorafgaande toestemming over de wijze van bevallen in overeenstemming met EBM en de internationale richtlijnen.

In veel instellingen worden zwangere vrouwen uitgenodigd om hun plannen voor de bevalling en de perinatale zorgen op papier te zetten en met de zorgverleners te bespreken. Daartoe behoren het (niet-)inleiden van de bevalling, de frequentie van vaginale controles om de ontsluiting van de baarmoederhals te beoordelen, de eventuele toediening van oxytocine, de voorwaarden voor de uitvoering van de episiotomie, de extractie met een tang of vacuümpomp, of keizersnede in geval van complicaties. Het is ook een gelegenheid om te bespreken hoe vrouwen actief kunnen deelnemen aan de besluitvorming. Vrouwen moeten ook worden voorgelicht over pijn en de mogelijkheden om pijn te verlichten, de steun van de echtgenoot of een andere persoon.

De arbeid en de bevalling kunnen stressvol en teleurstellend zijn, wanneer de geplande scenario's niet uitkomen. Een adequate begeleiding, voorlichting vooraf en een respectvolle houding helpen om psychologische complicaties te verminderen. Deze onderwerpen moeten onderwezen worden aan stagiairs, vroedvrouwen en verpleegkundigen in opleiding, naast onderricht in verloskundige manoeuvres, *evidence-based practice* (EBM) en psychologische benaderingen voor de behandeling van vrouwen met een laagrisc zwangerschap. Deze concepten moeten in de dagelijkse praktijk worden toegepast door een passende supervisie en besprekingen over de vermoedelijke gevallen van GOG.

**7/Hoe kan de complementariteit van de verschillende geboorteprofessionals worden versterkt, zodat de patiënt de rol van elke actor tijdens de bevalling begrijpt en weet welke procedures kunnen worden uitgevoerd in geval van complicaties?**

Dit moet plaatsvinden in de kraamafdelingen, geboortecentra en bij thuisbevallingen. Het personeel van de verschillende afdelingen moet bestaan uit specialisten in gynaecologie-verloskunde, neonatologen of kinderartsen, vroedvrouwen en stagiairs om een teamgeest te creëren in onderwijs en dagelijkse praktijk.

### 3) Aanbeveling

Tot slot wensen de Academies te benadrukken dat de voorgestelde strategieën om GOG te voorkomen en te bestrijden en om een geweldloze zorgverlening in de verloskamer, met respect voor de seksuele en reproductieve rechten te garanderen, de kwaliteit van de opvolging en de praktijk niet mogen aantasten. Het is van essentieel belang dat objectieve en volledige informatie wordt verstrekt aan het publiek, zwangere vrouwen en aanstaande ouders. De radicalisering van het debat in sommige media gaat echter voorbij aan het intrinsieke geweld van de menselijke geboorte. De pijn, de stress en het geweld die worden ervaren, worden dan geprojecteerd op het medische personeel. Een dergelijke ontkenning gaat voorbij aan het bestaan van specifiek menselijke verloskundige complicaties en verspreidt gevaarlijke overtuigingen over de gezondheid van moeders: de valse maar steeds vaker voorkomende overtuiging dat medische opvolging en interventie zouden leiden tot slechtere perinatale resultaten. Het is een utopie die helaas geen stand houdt: van de 10 458 616 geboorten in de VS bijvoorbeeld, was 38 % beschouwd als een zwangerschap met laag risico op complicaties bij de bevalling en 62 % als zwangerschap met een hoog risico op onverwachte complicaties. Bij 29 % van de zwangerschappen die als laag risico waren geïdentificeerd, is een onverwachte complicatie opgetreden, waarvoor niet-routinematische obstetrische of neonatale zorg nodig was (Danilak *et al.*, 2015). Obstetrische complicaties, zoals bloedingen, hoge bloeddruk, infecties of dystocie, zijn rechtstreeks verantwoordelijk voor de dramatische cijfers inzake morbiditeit / mortaliteit van moeders en pasgeborenen wereldwijd. Daarom is het noodzakelijk om alle gynaecologische en verloskundige procedures te «humaniseren», om maatregelen in te voeren die vrouwen in staat stellen te worden gerespecteerd, volledig en objectief te worden geïnformeerd, hun toestemming te geven voor de voorgestelde procedures en zo actief deel te nemen aan hun bevalling. Deze doelstellingen mogen niet ten koste gaan van het medische toezicht, de veiligheid en spoedinterventies, wanneer dat nodig is.

### 4) Literatuurlijst

- Alexander Sophie, Barlow Patricia, Ceysens Gilles, Emonts Patrick, Jadin Philippe, Buyse Céline, Eykerman Magali, Grizi Mina Mhallem, Morales Ingrid, Steenhaut Patricia, Van Linthout Christine, *Guide Consultation prénatale*, 2022.
- Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S, *Towards integrated antenatal care Health Services Research (HSR)*, KCE Reports 326. D/2019/10.273/79.
- Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, Aguiar C, Saraiva Coneglian F, Diniz AL, Tunçalp Ö, Javadi D, Oladapo OT, Khosla R, Hindin MJ, Gülmезoglu AM, «The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review», *PLoS Med*, 2015 Jun; 12(6):e1001847.
- Danilack VA, Nunes AP, Phipps MG. «Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States», *Am J Obstet Gynecol*, 2015 Jun; 212(6):809.e1–809.e6.
- Darilek A, «Woman's Right to Dignified, Respectful Healthcare During Childbirth: A Review of the Literature on Obstetric Mistreatment», *Issues in Mental Health Nursing*, 2018;39(6):538-541.
- Jardim DMB, Modena CM, «Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics», *Rev Latino- Am. Enfermagem*, 2018; 26:e 3069, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.
- Jungari S, Sharma B, Wagh D, «Beyond Maternal Mortality: A Systematic Review of Evidences on Mistreatment and Disrespect During Childbirth in Health Facilities in India», *Trauma Violence Abuse*, 2021 Oct;22(4):739-751.
- Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al., «Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries», *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2015 May, 94(5):508-17. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12593/epdf>.
- Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, Markovitz A, Ndwigwa C, Ramsey K, Ratcliffe H, Ugwu EO, Warren CE, Jolivet RR, «Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned», *Reprod Health*, 2017 Oct 11;14(1):127.

- Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, Madeira S, Leathersich S, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Souza JP, Gülmezoglu AM, «Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis», *BJOG*, 2018 Jul;125(8):932-942.
- WHO statement (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1).

**B. Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique (CRGOLFB), prof. dr. Pierre Bernard**

Wij hebben met veel belangstelling en aandacht kennisgenomen van uw vraag om informatie over de opleiding van beroepsbeoefenaars in het kader van het recht op lichamelijke zelfbeschikking van de patiënten en van de bestrijding van obstetrisch geweld.

De CRGOLFB (*Collège royal des gynécologues obstétriciens de langue française de Belgique*) heeft aan dezelfde bevraging deelgenomen als de Koninklijke Academie voor geneeskunde (KAGB), wiens antwoorden wij onderschrijven. Wij zullen ons dus beperken tot enkele toevoegingen aan de tekst van de KAGB, wat volgens ons uw taak zal vergemakkelijken.

Wij willen echter vooreerst nogmaals de nadruk leggen op enkele algemene punten die nuttig zijn voor een goed begrip van de antwoorden op de vragen over de opleiding.

Voor ons blijft het van primordiaal belang om vooruitgang te boeken in het identificeren en categoriseren van de verschillende vormen van obstetrisch geweld, en bijgevolg in het definiëren ervan. Deze term wordt helaas te pas en te onpas gebruikt, wat leidt tot onduidelijkheid, verwarring en onnodige discussies.

In de huidige stand van het debat wordt er geen of heel weinig onderscheid gemaakt tussen:

- een «criminele» handeling van een zorgverlener (agressiviteit, seksisme, fysiek geweld, enz.) die duidelijk als obstetrisch geweld kan worden aangemerkt en die ontgensprekelijk onder het Strafwetboek valt. Deze categorie bestaat en moet worden uitgeroepd;
- nalatigheid of slechte medische praktijk (ongemotiveerd uitstel van verdoving, ontoereikend toezicht op de bevalling met een plotse «noodingreep» tot gevolg, professionele incompetente, niet-aanbevolen praktijken, maar ook gebrek aan communicatie voor, tijdens of na een potentieel traumatiserende gebeurtenis);
- een gerechtvaardigde maar negatief ervaren medische of verloskundige handeling (aanbrengen van een infuus, inleiding, instrumentale bevalling, dringende keizersnede, «gerechtvaardigde» episiotomie, enz.);
- een «normale» maar negatief ervaren bevalling of verloskundige begeleiding, om de eenvoudige reden dat moeilijkheden of zelfs geweld er intrinsiek deel van uitmaken (duur van de weeën, moeilijkheden bij het persen, bloed, verlossing, aanblik van het kind, maar ook tijdens de postpartum: pijn, kraamzuivering, het opstarten van borstvoeding, kloven, vermoeidheid, postnatale depressie / psychose, huilen van de baby, enz.).

Een dergelijke categorisering maakt het mogelijk om veel gerichter te werken aan preventie en behandeling, en dus ook aan de opleiding en informatieverstrekking. Het zou interessant zijn om na te gaan in welke mate deze verschillende situaties opgenomen zijn in de huidige definitie van obstetrisch geweld.

De gemene deler blijft de traumatische ervaring van de patiënt tijdens de begeleiding van de zwangerschap en de geboorte. Onze aandacht en ons onderzoek moeten in de eerste plaats gaan naar preventie, behandeling en begeleiding bij de traumatische ervaring. Obstetrisch geweld, in al zijn nog te bepalen vormen, is slechts één van de oorzaken van deze traumatische ervaring.

In de eerste twee categorieën moet vooral gekeken worden naar de opleiding van de zorgverstrekkers, terwijl voor de twee laatste er gewerkt moet worden aan een optimalisering van de informatieverstrekking aan de patiënten (wat een goede opleiding in informatieverstrekking van de zorgverstrekkers vereist).

Over de stand van zaken en de mogelijkheden tot verbetering van de opleiding van de zorgverstrekkers bestaat er een ruime consensus, maar dit geldt niet voor de informatieverstrekking aan de patiënten, waar enkele voorafgaande verduidelijkingen aan de orde zijn:

- wanneer een patiënt een «fysiologische bevalling» wenst, kan alles in het werk gesteld worden om dit mogelijk te maken. Maar de deontologie vereist dat iedere verloskundige de patiënt duidelijk informeert dat in 50 % van de bevallingen, de realiteit op het terrein en de cijfers van de perinatale periode aantonen dat er op zijn minst een minimale medische ingreep nodig zal zijn om het welzijn veilig te stellen en om het risico op morbiditeit en mortaliteit bij de moeder, de foetus of het pasgeboren kind te voorkomen. De patiënten moeten eerlijke, objectieve en aangepaste persoonlijke informatie verkrijgen. Er bestaat

momenteel een perceptiekloof tussen het rooskleurige beeld dat het grote publiek heeft van de fysiologische bevalling en de realiteit;

- een goede communicatie is een van de belangrijkste manieren om te voorkomen dat de zwangerschap en geboorte door de patiënt als traumatisch worden ervaren. Dit veronderstelt een eerlijke, objectieve, en aangepaste informatie die onlosmakelijk verbonden is met een geïnformeerde toestemming. Het veronderstelt ook dat er tussen de zorgverlener of het team van zorgverleners en de patiënt een vertrouwensrelatie ontstaat, een belangrijke pijler van preventie.

### **1) Antwoorden op de vragen van de Senaat**

(Tekst opgesteld door de KAGB waaraan wij in het vet enkele opmerkingen hebben toegevoegd)

#### **1/Hoe wordt het begrip «geïnformeerde toestemming» van de patiënt (en het recht op zelfbeschikking) behandeld in de opleidingen van studenten of in het kader van de bij- en nascholing van beroepsbeoefenaars?**

Deze begrippen maken deel uit van de deontologische code (artikel 9: objectieve en volledige informatie; artikel 11: professionalisme; artikelen 15 en 18: respect, emancipatie van de patiënt, waardigheid; artikel 20: geïnformeerde toestemming; artikelen 30 en 31: medische deontologie, afwezigheid van discriminatie, respectvolle houding). Zorg, respect, informatie en voorlichting zijn algemene begrippen die van toepassing zijn op alle medische omstandigheden en op alle patiënten, van kinderen tot bejaarden. Deze begrippen komen aan bod in de cursussen deontologie (derde bachelor of eerste master) en in de cursussen medische ethiek (gewoonlijk eerste of tweede master). Concepten als geïnformeerde toestemming, gedeelde besluitvorming en recht op *empowerment* van de patiënt worden in algemene termen beschreven en zijn ook van toepassing in de verloskamer. In de algemene bachelor- of masteropleidingen zijn ze niet specifiek gericht op een bepaalde medische situatie of aandoening. Dezelfde beginselen worden bekeken in de specialisatiemasters op het gebied van gynaecologie-verloskunde (consultaties, vrijwillige zwangerschapsonderbreking, onvruchtbaarheid, zwangerschap en bevalling, chirurgie en oncologie). Dezelfde beginselen van medische ethiek en deontologie zouden ook onderwezen moeten worden aan vroedvrouwen en verpleegkundigen tijdens hun opleiding.

**Wat de bij- of nascholing van professionals betreft:** (1) de lokale kwaliteitsgroepen (LOK) delen en beoordelen kritisch hun medische praktijkvoering om de zorgkwaliteit te verbeteren. Geïnformeerde toestemming, communicatie en ethiek komen er gereeld aan bod. (2) Wetenschappelijke verenigingen als de CRGOLFB of de ABeFUM (vereniging voor echografie) vergaderen vaak over diezelfde onderwerpen (onder de noemer «ethiek en economie»). (3) Ook al dan niet universitaire ziekenhuisinstellingen organiseren hier vergaderingen, seminars, of interdisciplinaire discussies over. «MIC»-centra (*Maternal intensive care*) zijn trouwens verplicht om twee maal per jaar hun interne en externe medewerkers samen te roepen om diverse actuele medische, ethische, deontologische onderwerpen te bespreken.

#### **2/Wordt er in het leerplan (of in de bij- en nascholing) aandacht besteed aan de soorten misbruik waarmee GOG verband houdt en aan de gevolgen ervan voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid? Hoe kunnen gezondheidswerkers hier meer bewust van worden gemaakt en hoe kunnen zij worden opgeleid in de (psychologische) trauma's die het gevolg kunnen zijn van GOG?**

De opleiding van gespecialiseerde verpleegkundigen, vroedvrouwen en verloskundigen omvat reeds een theoretische opleiding over de fysiologische bevalling, het terugdringen van iatrogene procedures, het bevorderen van humane arbeid en het terugdringen van niet-gerechtvaardigde keizersneden. Debatten, seminars, plaatselijke individuele initiatieven voor de preventie van GOG worden soms op vrijwillige basis georganiseerd door het personeel van particuliere, openbare en universitaire kraamklinieken en door de beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen. Zij zijn bestemd voor verloskundigen in opleiding, vroedvrouwen, gespecialiseerde verpleegkundigen en specialisten in het kader van de permanente opleiding. Hiertoe behoren urologen, verloskundigen, obstetrische anesthesisten, gespecialiseerde verpleegkundigen en vroedvrouwen. Deze gerichte acties zijn beperkt tot gediplomeerde specialisten. De huisartsen worden hier weinig of niet bij betrokken.

De Academies bevelen aan om een nationaal programma te organiseren waarin de basisaspecten van de preventie van GOG aan bod komen, net zoals alle vormen van medisch geweld die door de WGO worden beschreven, voor bachelor- en masterstudenten geneeskunde evenals voor studenten verpleegkunde en vroedkunde. Een meer gedetailleerd leerplan zou aangepast moeten worden aan de huisartsen (eerstelijnsbehandeling), de vroedvrouwen, de stagiairs in de gynaecologie-verloskunde, kindergeneeskunde, urologie en obstetrische anesthesiologie. Dezelfde aanbeveling geldt voor alle specialisaties die te maken hebben met onderzoek en verzorging van intieme lichaamsdelen, zoals onderzoek van de borsten, de penis, de urinebuis, de blaas, de vulva, de vagina, het rectum, enz.

Over de wijze waarop zwangere vrouwen moeten worden geïnformeerd over de aspecten van de bevalling, met inbegrip van de geïnformeerde toestemming bij een laagrisicobevalling of in geval van spoedkeizersnede, episiotomie, vaginale extractie met een tang of vacuümpomp, worden al enkele jaren specifieke seminaries en praktische sessies georganiseerd aan verschillende universiteiten voor stagiairs in de verloskunde en de gynaecologie. Stagiairs in de verloskunde en gynaecologie worden al voorgelicht over de problemen in verband met GOG en de noodzaak om feitelijke en onbevooroordeelde informatie te verstrekken over verloskundige ingrepen, zodat vrouwen mondiger worden met betrekking tot de zorgverlening die ze krijgen.

Tot nu toe werden deze opleidingen georganiseerd door de universiteiten, op vrijwillige basis, met grote verschillen. Deze seminaries en opleidingen zijn niet bedoeld voor de studenten geneeskunde, noch voor de huisartsen. In de medische literatuur wordt gewezen op het belang van veranderingen in de opleiding, zowel in de cursussen van de eerste cyclus, als in die van de derde cyclus. Onderwerpen als de seksuele en reproductieve rechten van vrouwen, genderverhoudingen, ethische codes, psychologische bijstand bij de arbeid en de bevalling, humanisering van de verloskundige zorg en onderwijs in *evidence-based* praktijken moeten deel uitmaken van de academische routine van de toekomstige gezondheidswerkers.

De Academies bevelen een multidisciplinaire aanpak aan, waarbij specialisten in medische ethiek, deontologie, algemene geneeskunde, verloskunde en gynaecologie, urologie, obstetrische anesthesiologie en psychologie-psychiatrie worden betrokken om te bepalen welke veranderingen nodig zijn om een onderwijsprogramma op te bouwen van respectvolle, humane en alomvattende zorg tijdens de zwangerschap, de bevalling en de abortus, maar ook in alle omstandigheden van de gynaecologische praktijk (met respect voor het recht op gewetensbezwaren van de zorgverlener).

**Wat de bij-of nascholing betreft, werd in 2009 door psychieters, psychologen, vroedvrouwen, verpleegkundigen, neonatalogen en verloskundigen de GIP (*Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité*) opgericht om over psychologische en ethische aspecten van de perinatale periode na te denken, te onderrichten en van gedachten te wisselen. In discussiegroepen of meerjarige seminaries worden vele zorgverleners bewust gemaakt en gevormd inzake traumatische ervaringen van patiënten met de begeleiding van hun zwangerschap, de geboorte, en de neonatale en post partum-periode.**

**Wetenschappelijke verenigingen als de CRGOLFB en universitaire en andere ziekenhuisinstellingen organiseren ook vergaderingen of seminaries over «psycho-perinataliteit».**

**3/Heeft u in dit verband aanbevelingen voor een betere opleiding van beroepsbeoefenaars met betrekking tot de twee vorige vragen?**

De lichamelijke en mentale gevolgen en het voorbijgaande of ernstigere emotionele leed waarmee GOG gepaard gaat, worden niet systematisch onderwezen. Zij moeten worden toegelicht in een theoretische cursus aan het begin van het curriculum van de medische opleiding (bachelor of eerste of tweede master), door hoogleraars algemene geneeskunde / deontologie / ethiek / gynaecologie-verloskunde en urologie. Aan het begin van de stages van de tweede en derde masteropleiding geneeskunde moet passend en gericht onderwijs worden gegeven aan alle studenten geneeskunde die starten met de stage voor algemene geneeskunde, gynaecologie-verloskunde of urologie. Hetzelfde geldt voor de opleidingsprogramma's van de vroedvrouwen.

De bewustmaking van gezondheidswerkers in de dagelijkse praktijk vereist een opleiding van de kraamzorgteams, in het bijzijn van verloskundigen, gynaecologen, vroedvrouwen en verpleegkundigen op gezette tijden. Psychieters of psychologen met ervaring in het welzijn van moeders zouden idealiter betrokken moeten worden bij het onderwijs over de mentale gevolgen van GOG en ander medisch geweld. Een geest van goede medische praktijk, zonder fysiek of psychologisch geweld, zal in de Belgische kraamafdelingen slechts ingang vinden

wanneer een teamgeest met dit doel voor ogen wordt versterkt met de steun van de beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen. De regelmatige beoordeling van vermoedelijke gevallen van GOG door plaatselijke teams zal het belang van professionaliteit en voorlichting om GOG te voorkomen helpen benadrukken.

Praktische opleidingen en informatie over de bevalling zijn reeds beschikbaar in veel kraamafdelingen. Ze moeten worden aangemoedigd. De basisrechten op het vlak van kraamzorg moeten gewaarborgd zijn en gebaseerd op «*evidence based practice*» (wetenschappelijk onderbouwde praktijken, EBM). Verzoeken zoals de aanwezigheid van een begeleider of de mogelijkheid van een rechtopstaande bevalling moeten worden besproken. De geschiktheid van het geboorteplan van de vrouw en de informatie over medische ingrepen (zoals episiotomie, spoedkeizersnede tijdens de bevalling) moeten ruim voor de bevalling worden besproken. Want tijdens de bevalling kunnen zich veel noodsituaties voordoen, waarbij het niet meer mogelijk is om een vrije en geïnformeerde toestemming te verkrijgen. Het redelijke gebruik van technologieën die zijn aangepast aan de normen van de zorgverlening volgens EBM, moet worden uitgelegd en gerespecteerd door het verloskundige team, en begrepen en goedgekeurd door de zwangere vrouw. Empowerment van vrouwen, dialoog met ouders en geïnformeerde toestemming betekenen echter niet dat medische teams gevaarlijke attitudes of praktijken buiten EBM accepteren.

**Het is van belang te weten dat er simulatiecursussen hebben plaatsgevonden voor de assistenten in de verloskundige gynaecologie (vergaderingen van procedurele simulatie waarin wordt geleerd hoe men een verlostang, een vacuümpomp moet plaatsen, hoe men een partiële of volledige schouderdystocie moet reduceren, hoe men een baby in stuitligging moet verlossen, of nog hoe men een tweede tweeling-kind moet verlossen, maar ook natuurgetrouwe simulaties met scenario's van obstetrische incidenten waar de beslissingssequenties geanalyseerd worden alsook de communicatie zowel tussen de zorgverstrekkers (verloskundige, vroedvrouw, anesthesist, neonatoloog) als met de ouders (wat men zegt bij spoedingrepen) en waar de moeilijke obstetrische handelingen worden besproken, maar dan op het gebied van de communicatie (wat zegt men aan de barende vrouw en aan haar partner, zelfs bij een spoedingreep) alsook complexere situaties zoals onmiddellijke postpartumbloeding, eclampsiecrisis, hart- enademhalingsstilstand, eveneens met het hele communicatieaspect.**

**Er waren ook simulatielessen voor de studenten geneeskunde in derde bachelor en in de masterjaren waar hun wordt geleerd hoe men correct een vaginaal toucher uitvoert en hoe men correct een speculum inbrengt, met de manier waarop men dat aan de patiënt uitlegt, hoe men correct uitstrijkjes voor baarmoederhalskancerscreening maakt, hoe men correct vaginale afnames doet, hoe men een spiraaltje plaatst, een urinesonde, en waar ze ook leren de verstrijking en de ontsluiting bij het begin van de weeën te evalueren, een thuisbevalling te simuleren, een miskraam met bloedverlies te behandelen of een vermoeden van buitenbaarmoederlijke zwangerschap of van eileiderontsteking, dat alles met de twee aspecten van de simulatie: de procedure en de communicatie. Die zo belangrijke simulatieoefeningen worden hoofdzakelijk bij gebrek aan middelen niet algemeen en te weinig gedaan. Er zijn immers opleiders en uiteraard financiële middelen nodig voor die activiteit, die niet rendabel is en niet gewaardeerd wordt.**

Tevens organiseren verloskundigen en andere perinatale actoren geregeld debriefings van de bevallingen, waaraan ook het paar deelt, om eventuele klachten te horen, het verloop van de bevalling uit te leggen indien dat een negatieve ervaring was, en aan academische kant terug te koppelen naar de opleiding, om verbeteringen in het onderwijs te implementeren.

#### **4/Zijn er in de loop van de tijd opmerkelijke ontwikkelingen geweest over deze kwesties in het onderwijs aan studenten (of in de bijscholing)?**

De problematiek van GOG werd onderschat en zeker ook verkeerd weergegeven. Sinds 2014-2018 hebben een toenemend aantal persartikels en mediadruk de aandacht van gezondheidswerkers en academische autoriteiten getrokken. Hierdoor zijn in veel instellingen snel praktische lessen en houdingen ontwikkeld, gericht op een respectvolle bevalling, rekening houdend met de wensen van mondige vrouwen. Dit vertaalt zich in een betere bewustmaking en voorlichting in de kraamklinieken en de academische ziekenhuizen, waar de seminaries, waarvan sprake in deelvraag 2) hierboven, werden georganiseerd. De acties om een betere communicatie, voorlichtingsmodules, gestructureerde dialogen, geïnformeerde toestemming, transparantie, eerbaarheid (van de kinderjaren tot op hogere leeftijd) en tact in de relatie arts-student-patiënt te bevorderen, zijn belangrijke

aspecten van deze initiatieven. Zij zijn echter nog onvoldoende verspreid. Een formeel geïntegreerd programma moet worden ontwikkeld, waarin het volledige, belangrijke aspect van de simulatie zowel in de basisopleiding als in de bijscholing wordt opgenomen.

**5/Wordt in de opleiding van studenten of in de bijscholing ook voldoende aandacht besteed aan de opvang en verzorging van kwetsbare personen of personen met een handicap, alsook aan de opvang van LGBTIQA+ personen?**

De artikelen 18, 30 en 31 van de deontologische code zijn van fundamenteel belang. Zij beschrijven de beginselen van menselijke waardigheid, non-discriminatie en respect voor de patiënt.

«Eenieder heeft recht op kwaliteitsvolle gezondheidszorg, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook. De arts mag derhalve niet discrimineren en heeft de plicht om iedere patiënt te verzorgen, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdiestige overtuigingen, van ras of geaardheid en zonder onderscheid van vermogenstoestand van de betrokkenen.» (extract uit de Code van medische deontologie, artikel 30, 1, § 6 – Algemeen, [https://ordomedic.be/uploads/generalUploads/KR-CommentCode-geactualiseerde-versie-december-2021\\_2022-03-29-153042\\_pvgv.pdf](https://ordomedic.be/uploads/generalUploads/KR-CommentCode-geactualiseerde-versie-december-2021_2022-03-29-153042_pvgv.pdf)).

Dit geldt ook voor kwetsbare en LGBTIQA+-patiënten. Een dergelijk theoretisch onderwijs is onontbeerlijk en moet aan alle studenten geneeskunde, verpleegkundigen en vroedvrouwen worden gegeven door hogereesters medische ethiek / deontologie en klinische vakken, met inbegrip van algemene geneeskunde, kindergeneeskunde, gynaecologie-verloskunde, urologie, proctologie, psychologie-psychiatrie en algemeen alle klinische gebieden waarbij intieme onderzoeken noodzakelijk kunnen zijn (borst-, vaginaal of rectaal onderzoek, cervico-vaginale uitstrijkjes, enz.). Het promoten van een respectvolle houding en een passend optreden ten aanzien van de geïsoleerde vrouwen, allochtonen, kinderen, adolescenten en sociaal kwetsbare personen of LGBTIQA+-personen vereist dus specifiek onderwijs, gericht op alle studenten en niet alleen op stagiairs verloskunde en gynaecologie.

Kwetsbare zwangere vrouwen zijn vrouwen met klinische en/of psychosociale risicofactoren. Klinische risicofactoren verwijzen naar de aanwezigheid van een reeds bestaande aandoening bij de moeder of de aanwezigheid van een opkomende aandoening bij de moeder en/of de foetus tijdens de zwangerschap. Psychosociale kwetsbaarheid betreft de nadelige gezondheidseffecten van armoede of een slechte mentale gezondheid. Specifieke overwegingen voor de behandeling van deze vrouwen worden besproken in het rapport van 2019 van KCE en de gids voor prenatale consultaties van 2022 (Benahmed *et al.*, 2019; Alexander *et al.*, 2022). Kind en Gezin en ONE zijn actief op dit gebied.

**6/Hoeveel belang wordt er in de opleidingen gehecht aan het informeren van patiënten en hun verwanten? Wat zijn de manieren om een betere communicatie tussen de medische wereld en de patiënten te bevorderen?**

De theoretische opleiding in algemene geneeskunde en voor de stagiairs in gynaecologie-verloskunde bevat aanbevelingen voor de patiëntenvoorlichting. Gedetailleerde, volledige en objectieve voorlichting voor de patiënt en de partner wordt toegelicht in de cursussen deontologie en ethiek. De beste manier om een betere communicatie tussen gezondheidswerkers en patiënten te bevorderen, is om de wensen, angsten en verwachtingen van aanstaande ouders ten aanzien van de bevalling en persoonlijke risicofactoren individueel te bespreken met de ouders en het medische personeel. Dergelijke besprekingen moeten ruim voor de bevalling plaatsvinden. De prenatale voorlichting moet worden gedocumenteerd in het medische dossier, evenals de geïnformeerde, voorafgaande toestemming over de wijze van bevallen in overeenstemming met EBM en de internationale richtlijnen. In veel instellingen worden zwangere vrouwen uitgenodigd om hun plannen voor de bevalling en de perinatale zorgen op papier te zetten en met de zorgverleners te bespreken. Daartoe behoren het (niet-)inleiden van de bevalling, de frequentie van vaginale controles om de ontsluiting van de baarmoederhals te beoordelen, de eventuele toediening van oxytocine, de voorwaarden voor de uitvoering van de episiotomie, de extractie met een tang of vacuümpomp, of keizersnede in geval van complicaties. Het is ook een gelegenheid om te bespreken hoe vrouwen actief kunnen deelnemen aan de besluitvorming. Vrouwen moeten ook worden voorgelicht over pijn en de mogelijkheden om pijn te verlichten, de steun van de echtgenoot of

een andere persoon. De arbeid en de bevalling kunnen stressvol en teleurstellend zijn, wanneer de geplande scenario's niet uitkomen. Een adequate begeleiding, voorlichting vooraf en een respectvolle houding helpen om psychologische complicaties te verminderen. Deze onderwerpen moeten onderwezen worden aan stagiairs, vroedvrouwen en verpleegkundigen in opleiding, naast onderricht in verloskundige manoeuvres, *evidence-based practice* (EBM) en psychologische benaderingen voor de behandeling van vrouwen met een laagrisico-zwangerschap. Deze concepten moeten in de dagelijkse praktijk worden toegepast door een passende supervisie en besprekingen over de vermoedelijke gevallen van GOG.

**De opleiding van de zorgverstrekkers in het informeren van de patiënten gebeurt eerst door het optimale onderricht van de verloskunde en zuigelingenzorg (met hun ethische en psychologische aspecten) in de lessen van de tweede cyclus van de geneeskundestudenten, in de scholen voor vroedvrouwen, en in de aanvullende masters waar artsen-assistenten in opleiding tot specialist in de disciplines rond geboorte worden opgeleid. Voor de professionals van de perinatale gezondheid moet dat doorlopend in de bij-scholing gebeuren.**

Het bevorderen van een betere communicatie tussen de medische wereld en de patiënten kan, behalve door een volledige en optimale opleiding, ook bestaan uit het opstellen van documenten voor de patiënten die als basis kunnen dienen voor een geïnformeerde toestemming en die een goed evenwicht houden tussen voldoende informatie en het beperken van de oorzaken van angst. Wetenschappelijke verenigingen zoals het CRGOLFB kunnen het opstellen van die documenten op zich nemen.

Financiering kan worden verantwoord, gelet op het intense debat dat momenteel rond die problematiek wordt gevoerd.

Tot slot pleiten we voor toenadering tussen een beroepsvereniging als de onze en de gebruikstersgroepen, in een geest van «patiënten-partners» en niet in een activistische geest. We overwegen overigens de «gebruiksters» inspraak te geven in de documenten die we willen opstellen voor een evenwichtige, geïnformeerde toestemming, zodat de toegankelijkheid en de duidelijkheid ervan voor zwangere vrouwen optimaal is.

**7/Hoe kan de complementariteit van de verschillende geboorteprofessionals worden versterkt, zodat de patiënt de rol van elke actor tijdens de bevalling begrijpt en weet welke procedures kunnen worden uitgevoerd in geval van complicaties?**

Dit moet plaatsvinden in de kraamafdelingen, geboortecentra en bij thuisbevallingen. Het personeel van de verschillende afdelingen moet bestaan uit specialisten in gynaecologie-verloskunde, neonatologen of kinderartsen, vroedvrouwen en stagiairs om een teamgeest te creëren in onderwijs en dagelijkse praktijk.

**Of een zwangerschap nu hoofdzakelijk gevolgd wordt door een vroedvrouw of door een verloskundige, wij hebben er altijd voor gepleit dat er voor elke zwangerschap een coördinator is voor het traject van de perinatale zorg en dat moet een verloskundige zijn, gelet op zijn of haar opleidingsniveau. Hij of zij is dan verantwoordelijk voor het informeren van de patiënten over de rol van de diverse actoren in de perinatale periode en voor het verkrijgen van de geïnformeerde toestemming.**

## C. Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV), Marlène Reynolds

Respectvolle geboortezorg, opleidings-en bij- of nascholingsaanbod van vroedvrouwen.

Nota voor het Informatieverslag over lichamelijke zelfbeschikking en het tegengaan van obstetrisch geweld (7-245/1) van het adviescomité voor Gelijkekansen voor mannen en vrouwen van de Belgische Senaat.

### 1) Inleiding

Gynaecologisch en obstetrisch geweld (*Gynaecological and obstetric violence (GOG)*) is een thema dat sterk leeft binnen de geboortezorg in Vlaanderen.

In het kader van deze nota zal voor dit fenomeen de terminologie «(dis-)respectvolle geboortezorg» (*Respectful Maternity Care (RMC)*) gebruikt worden omdat dit thema meerdere zorgberoepen aanbelangt en in zijn verschillende vormen subtiele facetten van disrespect kent dan enkel geweld (bijvoorbeeld zorgcontext). Bovendien is deze terminologie internationaal erkend onder andere binnen de *International Childbirth Initiative* (ICI, 2018) – een richtlijn mede-ontwikkeld door organisaties zoals de WHO, UNICEF, White Ribbon Alliance met bijhorendetwaalf stappen of indicatoren om respectvolle geboortezorg te bevorderen.

Alle twaalf Vlaamse bachelor- en drie Vlaamse masteropleidingen alsook de Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV) benadrukken het belang van een geschikt opleidings- en vormingsaanbod dat een respectvolle cultuur in de geboortezorg in België garandeert.

Vandaag zetten de Vlaamse bachelor- en masteropleidingen in hun opleidingsprogramma reeds transversaal en competentiegericht in op de bevordering van geschikte attitudes, kennis en vaardigheden bij de student-vroedvrouwen die de voedingsbodem creëren voor respectvolle vroedvrouwenzorg (zie hoofdstuk 1). Ook de VBOV maakt zich sterk voor respectvolle geboortezorg, zowel via haar onderzoeks- en vormingsaanbod als via haar kwaliteitssysteem.

Hedendaagse vormen van disrespectvolle geboortezorg vinden ook in Vlaanderen plaats (Wijckmans, 2019), ondanks de accenten van het huidige opleidings- en vormingsaanbod binnen de Vlaamse hogescholen, universiteiten en de VBOV en ondanks het feit dat zorgverleners over het algemeen een positieve attitude lijken te hebben (Wijckmans, 2019). Determinanten van respectvolle geboortezorg en barrières zijn bijvoorbeeld te vinden in een gebrek aan kennis en bewustwording, de huidige steeds sterker gemedicaliseerde zorgcontext, beperkte aandacht voor een gedeeld en geïnformeerd beslissingsproces rondom geboortekeuzes, fragmentatie en discontinuïteit van de zorgverlening, genderongelijkheid en de sociaal culturele context (*Plateforme citoyenne pour une naissance respectée*, 2021; Wijckmans, 2019; Sysmans, 2021, Vermeulen, 2020, Vermeulen *et al.*, 2019; Christiaens *et al.*, 2009) (zie hoofdstuk 2).

Sterkere bewustwording en geschikte interventiestrategieën zijn essentieel om het maatschappelijk debat rond dit thema op gang te brengen. Om de kwaliteit van en de oudertevredenheid met de geboortezorg te verbeteren, is een optimalisatie van het opleidings- en vormingsaanbod één van de vele interventiestrategieën die nodig zijn om het fenomeen in de brede zin (vormen, determinanten, barrières, enz.) aan te pakken.

Mogelijke bijsturingen in het onderwijs- en vormingsaanbod aangaande respectvolle geboortezorg in de toekomst moeten dan ook afgestemd worden op de geïdentificeerde uitdagingen, beseffende dat onze inzichten hieromtrent nog volop in ontwikkeling zijn en dat er geen systematisch onderzoek voor Vlaanderen beschikbaar is.

Onze voorstellen zijn eerder te kaderen als een algemene toekomstvisie op langere termijn dan een implementatieplan op korte termijn. De vertaling van deze voorstellen naar de onderwijs- en vormingspraktijken -realiteit vraagt vervolgens een diepere analyse van de kansen en uitdagingen bij verschillende actoren in het onderwijslandschap en hun eigenheid en behoeften. Onze voorstellen willen dan ook vooral inspireren eerder dan instrueren (zie hoofdstuk 3).

## **2) Huidig opleidings-en vormingsaanbod aangaande respectvolle geboortezorg**

### **a) Vlaamse bacheloropleidingen vroedvrouw**

De Vlaamse bacheloropleidingen vroedvrouw namen al vele initiatieven en zetten in hun opleidingsprogramma reeds in op de bevordering van een geschikte attitude en kennis bij de student-vroedvrouw die de voedingsbodem creëert voor respectvolle geboortezorg. Het opleidingsprofiel bachelor als vroedvrouw van de Vlaamse Onderwijsraad (2014) bereidt student-vroedvrouwen aan de negen Vlaamse hogescholen (op twaalf locaties) voor om de elf leerresultaten van het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw (2016) te verwerven en om kwaliteitsvolle zorg te kunnen waarborgen. Het onderwerp «respectvolle geboortezorg» wordt in de meeste opleidingen niet als een apart leerdoel in de opleidingen aangeboden, maar is transversaal en competentiegericht vertaald naar verschillende leerdoelen, leerresultaten en gedragsindicatoren.

In het opleidingsprofiel is een lijst van beoordeelbare attitudes opgenomen. In het kader van gedeelde besluitvorming en kwaliteitsvolle zorg op maat, worden attitudes zoals inlevings- en kritisch vermogen en stressbestendigheid als belangrijk beschouwd en opgenomen in de opleiding.

Centraal in het beroepsprofiel en opleidingsprofiel staat dat de vroedvrouw behoeder is van de fysiologie doorheen zwangerschap, arbeid, bevalling, kraambed, ouderschap en zorg voor het jonge kind, waarbij de vroedvrouw een vertrouwensrelatie opbouwt en onderhoudt en de zorg afstemt op de individuele noden. Dit blijft een centrale verantwoordelijkheid in een zorgcontext waarbij steeds meer routinematische onderzoeken en ingrepen zonder geïnformeerde toestemming op basis van *evidence-based* informatie gebeuren.

Bijzondere aandacht krijgt de psychosociale context van de vrouw en haar omgeving in de familiale, sociale, maatschappelijke en culturele context, waarbij rekening wordt gehouden met de diversiteit, de interculturele beleving, en met het herkennen van psychosociale crisissituaties. Bovendien leert de student-vroedvrouw handelen volgens de juridische en deontologische normen en regels betreffende de uitoefening van het beroep.

Professionele, kwalitatief hoogstaande en veilige zorg staat te allen tijde centraal en de student-vroedvrouw leert verschillende zorgmodellen toepassen, het belang van de continuïteit in de zorg te verzekeren, en *empowerment* van ouders te bevorderen.

Meer specifiek, schenkt het leerresultaat Gezondheidspromotie aandacht aan het opstellen van een geboorteplan samen met de ouders, dat wensen, noden en geboortekeuzes expliciteert. De student-vroedvrouw leert ouders in hun geïnformeerde keuzes te begeleiden en geeft gepaste adviezen bij de voorbereiding op de geboorte. In dit beslissingsproces leert de student-vroedvrouw een op evidentie gebaseerd zorgadvies te geven door nieuwe wetenschappelijke inzichten te integreren en door participatie aan praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek.

In de opleiding wordt aandacht geschenken aan de communicatieve vaardigheden om een respectvol en deskundig gesprek aan te gaan met de zorgvrager en andere zorgverleners. De kritische reflectievaardigheden over het eigen kunnen en handelen van de student-vroedvrouw worden ook getraind.

De Vlaamse bacheloropleidingen Vroedvrouw bieden naast de reguliere studievakken, verschillende bij- en nascholingsmogelijkheden aan om meer verdieping te brengen in bepaalde aspecten die nauw aansluiten bij «respectvolle geboortezorg». Voorbeelden zijn de vorming «Bevallen op eigen kracht: Beslis met mij, over mij» (eendaagse bijscholing) of «Omgaan met onmacht in je hulpverleningsrelatie» (eendaagse bijscholing) van Karel de Grote Hogeschool, Antwerpen. De AP Hogeschool Antwerpen organiseert jaarlijks «Menserrechten in de geboortezorg» (eendaagse bijscholing), en twee diversiteitsbeurzen met extra aandacht voor deze thematiek. Bij Erasmushogeschool Brussel zijn er op het einde van elk opleidingsjaar casusbesprekingen, waarbij studenten stage-ervaringen afzetten aan de evidentie. Bij dit afzetten worden componenten gerelateerd aan respectvolle geboortezorg en expliciet geanalyseerd (informatie, toestemming, *shared decision making*, geboorteplan, ervaringen van de vrouw, enz.). Bij Thomas More Lier vormt respectvolle geboortezorg een rode draad doorheen de scenariotrainingen zowel voor externen als voor studenten.

### **b) Vlaamse masteropleidingen Vroedvrouw**

In de drie Vlaamse masteropleidingen voor Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (Leuven, Antwerpen, Gent) hebben topics rond respectvolle geboortezorg een plaats. Het vak «de vroedvrouw specialist» binnen de

internationale en Europese context vertrekt vanuit de *Sustainable Development Goals* en studenten werken een casus uit waarin ze een *bad practice* toelichten en aangeven hoe deze te veranderen. Binnen het vak «de vroedvrouw specialist» in de hedendaagse zorgmaatschappij dienen de studenten een *position paper* te schrijven rond een huidige trend en deze kan gerelateerd zijn aan obstetrisch geweld. Bovendien krijgen student-vroedvrouwen de kans om zich meer te verdiepen in onderzoeksvaardigheden, in trends rondom zorgorganisatie en leiderschap, en in de meest recente klinische verloskundige vaardigheden en inzichten. Ditzijn één voor één belangrijke aspecten voor het leren kritisch beoordelen van *evidence-based* informatie en zorgstandaarden die de grondslag zijn van een gedeeld besluitvormingsproces rondom verschillende geboortekeuzes.

### c) Activiteiten van de Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV)

Respectvolle geboortezorg is ook voor de VBOV een belangrijk onderwerp.

De VBOV zet sterk in op *evidence-based* vroedvrouwenzorg. Om de twee maanden worden actuele thema's aan de hand van casussen in het *Tijdschrift voor vroedvrouwen* gepubliceerd waarbij de meest recente richtlijnaanbevelingen, bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek en implicaties voor de vroedvrouwenzorgpraktijk gesynthetiseerd worden. Vroedvrouwen blijven zo *up-to-date* met de meest recente inzichten waardoor ook na hun opleiding *evidence-based* kennisontwikkeling en handelen wordt bevorderd. Verschillende casussen situeren zich rond geboortekeuzes zoals bewegingsvrijheid, foetale monitoring, epidurale verdoving, inleiding van de baring (VBOV, 2022a).

In 2016 ontwikkelde de VBOV het «*Good practice* logo voor goede praktijkvoering van de vroedvrouw». Dit kwaliteitslogo bevordert eveneens het leveren van kwaliteitsvolle postpartum vroedvrouwenzorg volgens actuele richtlijnen en standaarden (VBOV, 2022b).

In 2021 lanceerde de VBOV de campagne «Beweeg je vrij!» waarmee de VBOV meer bewustwording tracht te faciliteren voor meer bewegingsvrijheid tijdens arbeid en bevalling. Deze campagne bestaat uit drie pijlers:

- 1) meer fysieke bewegingsvrijheid in de zin van de vrije keuze van houdingen die ouders mogen toepassen tijdens de bevalling;
- 2) meer mentale vrijheid in de zin van geïnformeerde keuzevrijheid van ouders rond geboortekeuzes; en
- 3) meer ruimte voor vroedvrouwgeleide zorg waarbij continue opvolging en één-op-één zorg door een vertrouwde vroedvrouw centraal staan.

Voor 2022 staat pijler 1 in de kijker; pijler 2 en 3 in 2023. Deze campagne werd ontwikkeld op basis van recent *evidence-based* onderzoek en hield rekening met de ervaringen van ouders en zorgverleners. Bevindingen uit onderzoek en communicatiemateriaal werden gebundeld op [www.bewegingsvrijheid.be](http://www.bewegingsvrijheid.be) en voorgesteld op internationale congressen zoals het BICAP (*Birth, Core and Pelvic therapy*) 2022 of de *Virtual International Day of the Midwife* 2022. In 2022 richtte de VBOV ook een Werkgroep Respectvolle Geboortezorg op die concrete acties zal ontwikkelen om respectvolle geboortezorg te stimuleren.

### 3) *Uitdagingen in de huidige opleidingscontext*

Eén van de uitdagingen voor de opleidingen is om vroedvrouwen op te leiden binnen deze zeer uiteenlopende competenties die aansluiten bij sterk veranderende zorgvragen en zorgcontexten.

Enerzijds is er een groeiende vraag naar meer specialistische kennis en *skills*, de toenemende medicalisering van de geboortezorg (KCE, 2019a), de stijgende druk op financieel rendement en schaalvoordelen van verloskamers / materniteiten (KCE, 2019b). Vroedvrouwen worden geacht om steeds meer kennis te ontwikkelen en te kunnen handelen in het kader van risicoselectie en -detectie, pathologie, nieuwe technologieën en een stijgend aantal bevallingen per zorgverlener / verloskwartier. Anderzijds toont de wetenschappelijke evidentie aan dat maternale en neonatale uitkomsten en de beleving van zwangerschap, bevalling en de kraampériode duidelijk beter zijn in een zorgmodel waarbij gezinnen één-op-één, continu worden opgevolgd door een vertrouwde vroedvrouw (aangevuld met specialistische kennis door andere zorgverleners) en waarbij de fysiologie maximale kansen krijgt (Sandall *et al.*, 2016). De geboortezorg is bij uitstek maatwerk waar humane zorg essentieel is om een goede basis te leggen voor de fysieke gezondheid én het psycho-emotionele en sociale

welzijn van het kind en het gezin op lange termijn. Binnen dit zorgmodel kan er meer ruimte ontstaan voor een meer respectvolle cultuur binnen de geboortegezorg, zowel naar de individuele zorgvrager als naar de zorgverlener toe.

Een andere belangrijke uitdaging is een evenwicht vinden tussen de nadruk op ontwikkeling van kennis en vaardigheden enerzijds en anderzijds van de persoonlijkheid (attitude, waarden & normen, gedrag) van de vroedvrouw die respectvolle geboortegezorg faciliteert. De vroedvrouw wordt geacht om voldoende technische vaardigheden te verwerven om veilige moeder-kind zorg te kunnen bieden en tegelijkertijd moet dezelfde vroedvrouw voldoende krachtig in haar schoenen staan om gezinnen te kunnen coachen / *counselen* rekening houdende met hun individuele psycho-emotionele en psychosociale eigenheid en context, diversiteit en interculturele beleving, en dit binnen de eigen grenzen en welzijn als zorgverlener.

De huidige geboortegezorg is nog onvoldoende georganiseerd om het vroedvrouwgeleide en holistische geboortegezorgmodel te bevorderen. Bijgevolg is het evenwicht tussen de voorgaande beschreven dynamieken (opleiding, training, eigenheid van de zorgvrager, eigenheid van de zorgverlener, enz.) géén evidentie.

#### **4) Visie op toekomstige opleidings-, en vormingsnoden aangaande respectvolle geboortegezorg**

Bij het nog sterker verankeren van een respectvolle cultuur binnen de geboortegezorg spelen de bachelor- én masteropleidingen Voedvrouwen én de activiteiten van de beroepsorganisaties van relevante zorgverleners een belangrijke rol.

Binnen de bachelor en masteropleidingen beschouwen we drie accenten als belangrijk in de toekomst:

- respectvolle geboortegezorg in al haar facetten kan zowel een structureel als transversaal thema worden verankerd als onderliggende rode draad binnen elk van de leerresultaten om bewustwording, kennis- en vaardighedenontwikkeling te stimuleren;
- er kan nog meer aandacht besteed worden aan de ontwikkeling van kennis- en vaardigheden en de ervaringsuitwisseling rondom de fysiologie van de zwangerschap, geboorte, en kraamperiode. Dit zijn de kerncompetenties van een vroedvrouw in geval van een laagrisico zwangerschap, die haar duidelijk onderscheiden van de specialistische kennis van andere zorgverleners. Student-vroedvrouwen moeten nogmeer de kans krijgen om deze kennis en vaardigheden te ontwikkelen rondom de vier pijlers van *evidence-based* vroedvrouwenzorg. Meer stagemogelijkheden zijn noodzakelijk in de eerste en tweede lijn waar student-vroedvrouwen de mogelijkheid krijgen om de fysiologie in zwangerschap, bevalling en kraamperiode te kunnen observeren, vertrouwen in eigen kunnen en handelen rondom de fysiologie op te bouwen en kritisch hierover leren te reflecteren. In het huidige sterk gemedicaliseerde geboortegezorgmodel in de tweede lijn krijgen tot nu toe student-vroedvrouwen beperkte mogelijkheden om geleerde kennis rondom de fysiologie toe te passen en ervaring hierin op te bouwen;
- ontwikkelen van kennis, vaardigheden en persoonlijkheidskenmerken die nog sterker inzetten op:
  - i. het ontsluiten van evenwichtige op evidentie-gebaseerde informatie;
  - ii. het vertalen naar geboortekeuzes; en
  - iii. het begeleiden van gezinnen in een gedeelde besluitvorming waarbij de individuele behoeftes en situatie van de zorgvrager evenwaardig worden beschouwd aan de klinische beoordeling door de zorgverlener en waarbij rekening wordt gehouden met de mogelijkheden van een bepaalde zorgomgeving. Beslissingen nemen over waar, hoe en met wie de zwangerschap, bevalling en kraamperiode te beleven zijn uitermate complex en méér dan enkel toestemming geven op medische handelingen. Het is een procesgebaseerd op wederzijds vertrouwen, respect en waardering, en binnen de eigen grenzen van de zorgvragerén zorgverlener.

We zien ook een belangrijke rol weggelegd voor bij- en nascholing door de beroepsorganisaties:

- meer multidisciplinaire opleidingen en ervaringsuitwisseling tussen verschillende zorgverleners in de geboortegezorg (vroedvrouwen, gynaecologen, kinderartsen, kraamverzorgenden, psychologen, enz.), waaronder multidisciplinaire scenario trainingen waarbij relevante zorgverleners leren handelen vanuit een

gezamenlijke, holistische visie op geboortebegeleiding en regelmatig specifieke *skills* ter bevordering van respectvolle geboortebegeleiding oefenen;

- nood aan goede definiëring van respectvolle geboortebegeleiding en aan systematisch onderzoek hieromtrent in Vlaanderen;
- verdiepend vormingsaanbod op vlak van vormen, determinanten en barrières van disrespectvolle situaties, in samenwerking met organisaties gespecialiseerd rond dit thema, zoals bijvoorbeeld Samen voor Respectvolle Geboorte vzw;
- regelmatige kennisdeling van recente evidentie rondom bepaalde geboortekeuzes en zorgvragen met nadruk op alle vier pijlers van *evidence-based* vroedvrouwenzorg;
- ontwikkeling van concrete beslissingshulpmiddelen en vorming in empathische (geweldloze) communicatievaardigheden die vroedvrouwen nog beter ondersteunen in het gedeelde besluitvormingsproces met ouders;
- vormingen rondom specialistische vroedvrouwenzorg kennis en vaardigheden, (bv. vaginale onderzoeken bij volledige bewegingsvrijheid);
- meer betrekken van het werkveld en vrouwengroepen bij onderzoek, ervaringsuitwisseling, vorming en bepalen van relevante interventies.

Graag verkennen we ook de mogelijkheden om één op maat van het werkveld ontwikkelde opleidingsprogramma / module / micro-credential uit te werken rondom respectvolle geboortebegeleiding, in samenwerking tussen de opleidingen en de VBOV, die mogelijk om de beurt in/door verschillende hogescholen kan georganiseerd worden. Voorbeelden in het buitenland (Utrecht Summer School, 2022) en deervaringen met de opleiding farmacologie kunnen in deze context inspireren.

## 5) Referentielijst

- Christiaens W, Bracke P, «Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands», *Midwifery*, 2009 Apr;25(2):e11-9. doi: 10.1016/j.midw.2007.02.001. Epub 2007 May 18. PMID: 17512100.
- Directoraat-generaal Gezondheidszorg, *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw*, Advies 2016/01 van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016.
- Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE, 2019a), *De performantie van het Belgische Gezondheidssysteem* (313 A), KCE, Brussel, 2019.
- Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE, 2019b), KCE Report 323cs, *Organisation of maternity services in Belgium*, 2019.
- Wetenschappelijke artikels beschikbaar op <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.PUB5>.
- *International Childbirth Initiative*, 2018: <https://icichildbirth.org/initiative/>.
- *Plateforme citoyenne pour une naissance respectée*, «Bevallen in Franstalig België voor en tijdens de Covid-19-pandemie», 2021.
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, & Devane D, «Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women», *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4).
- Sysmans Mahdi, «Mag ik? – Een kwantitatief en beschrijvend onderzoek naar de ervaringen van studenten vroedkunde met betrekking tot obstetrisch geweld binnen de verloskamer», Thomas More Lier, 2021.
- Utrecht Summer School, *Humanizing Birth Launch Critical Midwifery Studies*, 2022: <https://utrechtsummerschool.nl/courses/humanities/humanizing-birth-launching-critical-midwifery-studies>.

- Vermeulen J, Luyben A, O'Connell R, Gillen P, Escuriet R, Fleming V, «Failure or progress?: The current state of the professionalisation of midwifery in Europe», *Eur J Midwifery*, 2019 Dec 17;3:22. doi: 10.18332/ejm/115038. PMID: 33537601; PMCID: PMC7839154.
- Vermeulen J, Luyben A, Buyl R, Debonnet S, Castiaux G, Niset A, Muyllemans J, Fleming V, Fobelets M, «The state of professionalisation of midwifery in Belgium: A discussion paper», *Women Birth*, 2021 Feb;34(1):7-13. doi: 10.1016/j.wombi.2020.09.012. Epub 2020 Sep 26. PMID: 32988768.
- Vlaamse Beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV, 2022a):<https://www.vroedvrouwen.be/casussen-evidence-based-vroedvrouwenzorg>.
- Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (VBOV, 2022b): <https://www.vroedvrouwen.be/good-practice-logo>.
- Vlaamse Onderwijsraad, Opleidingsprofiel bachelor in de vroedkunde, 2014.
- Wijckmans Valerie, «Disrespectvolle situaties in de Vlaamse perinatale zorg, Een cross-sectioneelonderzoek bij zorgverleners», Vrije Universiteit Brussel, 2019.

**D. Union professionnelle des sages-femmes belges (UpSfb), Association francophone des sages-femmes catholiques (AFSFC), Anne Niset**

Op de meeste vragen moet eigenlijk door de hogescholen worden geantwoord. De onderwerpen in verband met geweld (onder andere de verminningen, waarover al decennia wordt gesproken), toestemming (cursus rechten), zorgzaamheid in de zorg (communicatie en opleidingsseminaries), (lichamelijke en mentale) handicap en ouderschap, genderproblematiek, kwetsbaarheid, zijn allemaal thema's die in diverse cursussen, op multidisciplinaire seminaries of congressen worden besproken en waar studenten gedurende hun curriculum aan deelnemen of voor worden uitgenodigd.

Die thema's zullen ook gedetailleerder of uitvoeriger worden behandeld al naargelang de gevoeligheid van de leerkrachten, de scholen, de universiteiten en de stageplaatsen.

Als beroepsvereniging bieden wij nascholing, enerzijds om de verplichting van vijfenzeventig uur nascholing per vijf jaar na te komen, maar anderzijds ook om in de opleiding tot vroedvrouw het domein van de mogelijkheden, de reflectie en de inclusie open te trekken.

Sinds vele jaren zijn onze programma's aan die thema's aangepast.

Wat kan men beter aanbieden dan een gemeenschappelijke opleiding voor gezondheidswerkers in de gynaecologie / verloskunde, de algemene geneeskunde, voor psychologen en psychiaters, enz., en voor professionals in de zuigelingenzorg rond al die aangelegenheden?

Verloskundige zorgzaamheid moet een teamcultuur worden, een zorgcultuur die de samenwerking tussen verzorgende, verzorgde en diens familie erkent.

Maar voor we ons op het onderwijs storten, kunnen we beter wat afstand nemen en bij het begin beginnen. «Men kan de waarden van een samenleving bepalen door na te gaan hoe ze bijstand biedt in de twee fundamentele levensfasen, geboorte en dood». We kunnen:

- vormen van zorgnaam gezondheid invoeren voor het zorgpersoneel, het erkennen als een zwaar beroep, lonen aanpassen aan de verantwoordelijkheid en de werktijden, erkennen van en luisteren naar het veld, optrekken van de personeelsnormen, enz.;
- mantelzorg en werkelijk doeltreffende en multidisciplinaire eerstelijnszorg;
- een observatorium voor verloskundige zorgzaamheid oprichten, dat kan vaststellen, delen, opleiden, de zorgstructuren en de professionals rond die thema's begeleiden. Maar dat ook alarm kan slaan bij falen;
- de keuzemogelijkheden vergroten inzake de geboorteplaatsen;
- een ondersteunend beleid nastreven voor vrouwen, moeders, ouders, in de periode rond de bevalling (verlengde moederschapsrust, ondersteunen van langdurige borstvoeding, enz.);
- zorgen voor een opleiding die minder «ziekenhuisgericht» is, die zich gemakkelijker aanpast, met docenten die lesgeven en ook praktische expertise hebben.

**1) De geïnformeerde toestemming tijdens de studie**

De toestemming wordt opgenomen in de zorgzaamheidscultuur van de zorg.

Ze zou in alle stadia van de zorgdynamiek tussen een gezondheidswerker en diens patiënt aanwezig moeten zijn.

De wet betreffende de rechten van de patiënt van 2002 is vrij duidelijk, alles moet aan de naasten worden uitgelegd (voor- en nadelen, gevolgen), zodat de patiënt en/of diens familie met kennis van zaken en niet volledig onder de invloed van de mening van een professional, een keuze kan maken.

Daar wordt geregeld aan herinnerd tijdens de nascholingen, maar het moet ook elders gebeuren.

## 2) *Obstetrisch / gynaecologisch geweld*

De gezondheidswerkers bewust maken: *webinars* of korte, maar regelmatige ontmoetingen (bijvoorbeeld een halve dag per kwartaal) waarvoor iedereen zich kan inschrijven om geïnformeerd te worden over de actualiteit om bijvoorbeeld van gedachten te kunnen wisselen over ervaringen. Ideeën hebben om bepaalde patiënten wegwijs te maken, hen door te verwijzen, de ontwikkeling van een netwerk te stimuleren.

In het onderwijs:

- begrip van de eerbiediging van de intimiteit van de vrouw, van het paar, van de baby;
- begrip van het ritme;
- elke handeling die men stelt uitleggen;
- in dialoog treden;
- toestemming vragen;
- tijd nemen om een relatie op te bouwen alvorens in de intimiteit te treden.

Zorgcoördinatie instellen tussen de zorg *intra muros* en *extra muros*.

De multidisciplinaire zorg versterken via:

- symposia;
- vergaderingen binnen het ziekenhuis met diverse actoren van buiten het ziekenhuis;
- het integreren van alle betrokken eerstelijnsprofessionals.

Bovenstaande begrippen dienen in alle domeinen van de gezondheidszorg aan bod te komen, vooral in de disciplines die met geboorte te maken hebben, zowel van zorg- als van hulppersonnel. Men moet de fysiologie van de zwangerschap, het baren en het bevallen aanleren of opnieuw aanleren, om geen overbodige medische handelingen of even overbodige, betuttelende visies op te leggen.

Men moet tevens leren dat iedere mens voor zijn gezondheid kan instaan, en de vrouw voor haar zwangerschap, haar bevalling en de opvoeding van haar kind in de ruime zin (voeding, te slapen leggen, enz.).

Daartoe zijn lessen over de diverse soorten kennis onontbeerlijk:

- wetenschappelijke kennis;
- ervaringskennis;
- lekenkennis: kennis uit ieders ervaring (verwijzing naar de ervaring van de patiënt, die er meer van kent dan de verzorgende);
- de gesitueerde kennis met als uitgangspunt de feministische theorieën: de noodzaak om veel standpunten aan bod te laten komen, om zoveel mogelijk normen te deconstrueren;
- vrouwelijk / mannelijk, maar ook grenzen tussen natuurlijk/kunstmatig (cyborg), dierlijk / menselijk.

**E. Overlegorgaan van Vlaamse universiteiten met de opleiding kinesitherapie (OVUNOKI), prof. dr. Ulrike Van Daele**

Via AXXON, de beroepsvereniging van kinesitherapeuten, ontvingen wij uw vragen omtrent obstetisch geweld. Het Overlegorgaan van Vlaamse universiteiten met de opleiding kinesitherapie (OVUNOKI), met afgevaardigden van UAntwerpen, UGent, UHasselt, KULeuven en VUB, formuleert hierbij een antwoord op uw vragen:

***1/Hoe wordt het begrip «geïnformeerde toestemming» van de patiënt (en het recht op zelfbeschikking) behandeld in de opleidingen van studenten of in het kader van de bij- en nascholing van beroepsbeoefenaars?***

Elke kinesitherapeutische tussenkomst vertrekt vanuit de instemming van de patiënt, met respect voor de wil en wensen van de patiënt. Het begrip geïnformeerde toestemming van de patiënt komt in verschillende opleidingsonderdelen aan bod, zowel in het kader van onderzoek als in het kader van het behandelen van de patiënt. In het kader van een behandeling kan geen enkele behandeling gestart of voorgezet worden zonder toestemming van de patiënt.

Begrippen zoals uitdrukkelijke en stilzwijgende toestemming komen aan bod in de opleiding evenals het wetelijk kader waarin deze begrippen omschreven staan. In dit voorbeeld wordt bijvoorbeeld verwezen naar de «wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002, hoofdstuk III, artikel 8». Ook bij recente ontwikkelingen zoals bijvoorbeeld de videoconsultaties is dit van toepassing en wordt er naast de bovenvermelde wet ook verwezen naar de geldende richtlijnen (*KCE Reports 328A. D/2020/10.273/01*).

Gezien bij het uitvoeren van een kinesitherapeutische behandeling regelmatig lichamelijk contact met de patiënt voorkomt wordt er in de opleiding uitvoerig aandacht besteed aan het belang van de geïnformeerde toestemming van de patiënt.

***2/Wordt er in het leerplan (of in de bij- en nascholing) aandacht besteed aan de soorten misbruik waarmee gynaecologisch en obstetrisch geweld (GOG) verband houdt en aan de gevolgen ervan voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid? Hoe kunnen gezondheidswerkers hier meer bewust van worden gemaakt en hoe kunnen zij worden opgeleid in de (psychologische) trauma's die het gevolg kunnen zijn van GOG?***

In de basisopleiding REVAKI wordt het onderwerp van GOG niet standaard als lesonderwerp behandeld. Doorheen deze lessen wordt wel meermaals benadrukt dat de pelvische reëducatie zich in een intieme zone situeert en daardoor een specifieke, professionele benadering vereist.

In de «Interuniversitaire cursus voor de bijzondere bekwaamheid in de pelvische reëducatie» (postgraduaat) wordt het gynaecologisch zelfbeschikkingsrecht door verschillende lesgevers aangehaald. Bovendien is er aandacht voor diversiteit en interculturele verschillen in de gynaecologie tijdens de les «Diversiteit, kine en interculturele zorg».

***3/Heeft u in dit verband aanbevelingen voor een betere opleiding van beroepsbeoefenaars met betrekking tot de twee vorige vragen?***

Deze materie moet zeker een aandachtspunt zijn in de bijzondere bekwaamheid pelvische reëducatie.

Het onderwerp GOG is te specifiek binnen de basisopleiding kinesitherapie. Maar studenten moeten wel attent gemaakt worden op de diversiteit in de maatschappij en op een inclusieve benadering van de patiënten waarmee zij in contact komen tijdens stages en later in het werkveld. Dit gebeurt ook nu al in de opleidingen kinesitherapie.

***4/Zijn er in de loop van de tijd opmerkelijke ontwikkelingen geweest over deze kwesties in het onderwijs aan studenten (of in de bijscholing)?***

Er zijn geen specifieke ontwikkelingen rond GOG gebeurd binnen de opleidingen kinesitherapie.

Algemeen is de laatste jaren meer aandacht voor diversiteit en inclusief handelen in alle universiteiten en ook in de opleidingen kinesitherapie.

**5/Wordt in de opleiding van studenten of in de bijscholing ook voldoende aandacht besteed aan de opvang en verzorging van kwetsbare personen of personen met een handicap, alsook aan de opvang van LGBTQIA+ personen?**

De (bekkenbodem-)kinesitherapeut is niet aanwezig tijdens de bevalling. De kinesitherapeut kan wel prenataal de patiënt informeren en voorbereiden op de bevalling en mogelijke postnatale bekkenbodemdysfuncties, zoals incontinentie. Ook in de onmiddellijke postpartumperiode is het aangeraden dat elke pas bevallen vrouw door een gespecialiseerde bekkenbodemtherapeut wordt geconsulteerd.

**6/Hoeveel belang wordt er in de opleidingen gehecht aan het informeren van patiënten en hun verwanten? Wat zijn de manieren om een betere communicatie tussen de medische wereld en de patiënten te bevorderen?**

Tijdens de opleiding wordt er impliciet en expliciet heel veel aandacht gehecht aan de communicatie tussen de zorgverstrekkers en patiënten.

Een aantal vakken zijn gericht op het leren communiceren met patiënten en andere zorgverleners. Dit komt zowel aan bod in de bachelor en de masterjaren met eveneens aandacht voor interdisciplinair handelen en communiceren. Deze vaardigheden worden toegepast tijdens de verschillende stagemomenten doorheen de opleiding.

**7/Hoe kan de complementariteit van de verschillende geboorteprofessionals worden versterkt, zodat de patiënt de rol van elke actor tijdens de bevalling begrijpt en weet welke procedures kunnen worden uitgevoerd in geval van complicaties?**

De verschillende geboorteprofessionals, actief binnen het perinatale landschap, zijn talrijk (gynaecologen, verloskundigen, vroedvrouwen, verpleegkundigen, perinatale kinesitherapeuten (bekkenbodemtherapeuten), psychologen, kraamzorg aan huis, wijkgezondheidscentra, huisartsen, centra voor gezinsplanning, doula's, enz.).

Perinatale kinesitherapie omvat een brede *range* van aspecten, gericht op het beter opvangen van de veranderingen die het lichaam van een zwangere vrouw ondergaat, met name, door de preventie van bekkenbodemproblemen, het curatief conservatief behandelen van uro-, gynaeco- en/of proctologische klachten, het behandelen van pijnklachten in en rond het bekken, het aanleren van ontspannings-, relaxatie- en ademhalingstechnieken, het verbeteren van de bloedcirculatie, houding en houding gerelateerde klachten en het aanleren van arbeids- en pershoudingen.

Essentieel hierbij is om niet enkel vrouwen en zwangeren uit de midden-en hogere klasse te bereiken, maar eveneens kwetsbare vrouwen. Daarom worden er binnen de universitaire en verschillende perifere ziekenhuizen gratis algemene informatiesessies aangeboden die de doelstellingen en de rol van perinatale kinesitherapie verduidelijken, alsook het belang hiervan bij pre/postnatale complicaties. Deze sessies zijn onderdeel van een reeks van gratis infosessies (borstvoeding, arbeid en bevalling, de pasgeborenen, psychosociale aspecten bij zwangerschap en bevalling, enz.), die verzorgd worden door de diverse actoren (gynaecologen, verloskundigen, vroedvrouwen, enz.) binnen het multidisciplinaire team en worden aan iedere zwangere vrouw aangeboden, die het ziekenhuis consulteert. De inhoud van de verschillende informatiesessies wordt regelmatig besproken tussen de verschillende actoren, zodat de rol van iedere zorgverleger binnen het perinatale traject; niet alleen voor patiënten maar ook voor de zorgverleners duidelijk is. Communicatie tussen de verschillende zorgverleners onderling, is dan ook een essentieel onderdeel van het uitwerken van een solide «zorgpad» volgens de wensen van de individuele zwangere vrouw. Het aanbieden van deze sessies in verschillende talen is een essentiële vereiste om alle vrouwen te kunnen bereiken.

Daarnaast hanteren perinatale kinesitherapeuten reeds jaren het principe van *one-to-one* begeleiding, waarbij één therapeut één patiënt behandelt en begeleidt gedurende de pre- en postnatale sessies. Zo zullen prenatale

sessies aangaande de verschillende arbeidshoudingen en ademhalingstechnieken de patiënt met zo veel mogelijk vertrouwen richting de bevalling begeleiden en verwerkt kunnen worden in het «geboorteplan» van de zwangere. Dit is een essentieel aspect in het zelfbeschikkingsrecht en het maken van goed geïnformeerde en vrije keuzes over de eigen persoon en het eigen lichaam. Twee belangrijke voorwaarden in de strijd tegen obstetrisch geweld. Daarnaast zullen postnatale kinesitherapie-sessies op vrijwillige of symptomatische basis kunnen plaatsvinden. Er bestaat hiervoor een nauw contact tussen gynaecoloog / verloskundige en kinesitherapeut. Ook hier heerst het principe van *one-to-one* begeleiding, waarin de postnatale vrouw individueel, op haar eigen tempo en volgens haar eigen normen, waarden en klachten begeleid dient te worden.

Het versterken van de complementariteit tussen de perinatale kinesitherapeuten en de andere verschillende geboorteprofessionals vergt in de eerste plaats multidisciplinair overleg en adequate doorverwijzingen tussen verschillende professionals. Binnen ziekenhuizen kan dit vaak op een structurele manier door systematisch teamoverleg, in de periferie heerst er vaak een goede samenwerking en overleg met specifieke gynaecologen / verloskundigen / huisartsen / vroedvrouwen.

Daarnaast is toepassing van de aangeleerde «*good practices*» binnen iedere opleiding een essentieel onderdeel om te komen tot geïntegreerde, geïndividualiseerde en persoonlijke zorg van de zwangere, bevallende en post-partum vrouw. Het opnemen van bewustmakingsactiviteiten rond obstetrisch geweld in de opleiding en post-academische vorming van perinatale kinesitherapeuten vormt hierin een belangrijke stap. Ook het onderkennen van de wensen van de patiënt omtrent haar eigen behandeling zou hierin een onderdeel moet zijn.

**F. Universiteit Gent (UGent), prof. dr. Piet Hoebeke**

*I/Wordt er in het leerplan (of in de bij- en nascholing) aandacht besteed aan de soorten misbruik waarmee gynaecologisch en obstetrisch geweld (GOG) verband houdt en aan de gevolgen ervan voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid? Hoe kunnen gezondheidswerkers hier meer bewust van worden gemaakt en hoe kunnen zij worden opgeleid in de (psychologische) trauma's die het gevolg kunnen zijn van GOG?*

Hieraan wordt in het leerplan veel aandacht besteed op verschillende manieren:

- 1) In de V-lijn (de praktische vaardigheden) wordt sterk benadrukt dat je uitleg moet geven aan de patiënt («communicatie»), de toestemming moet vragen om haar aan te raken en op elk moment haar autonomie moet respecteren. Doe je dit niet, dan kan dit door de patiënt aangevoeld worden als «geweld». Verder wordt aangeraden (vooral als mannelijke arts) om een gynaecologisch onderzoek (vooral bij gevoelige patiënten) niet alleen uit te voeren, maar in het bijzijn van een verpleegkundige / vroedvrouw en/of steunfiguur van de patiënt.
- 2) In de lessen verloskunde wordt gesproken over seksueel geweld en de mogelijke gevolgen op het verloop van een gynaecologisch onderzoek of bevalling. Er wordt benadrukt dat patiënten op zo'n moment *flashbacks* kunnen krijgen en dat het bij deze groep nog extra belangrijk is om voorzichtig te zijn en de punten zoals beschreven in punt 1. te respecteren. Zo niet kunnen deze patiënten het gynaecologisch onderzoek of de bevalling opnieuw als geweld ervaren.
- 3) Ook vrouwenbesnijdenis met de potentiële gevolgen op psychologisch, seksueel, obstetrisch en gynaecologisch vlak wordt besproken in de lessen verloskunde (BA3 GE). De discussie over het al dan niet uitvoeren van desinfibulatie wordt door middel van een casus aangehaald.
- 4) Aan de studenten geneeskunde wordt ook aangeleerd dat de wijze van bevalling, de bevallingshouding en het al dan niet krijgen van pijnstilling tijdens de bevalling met de patiënt wordt overlopen. We noemen dit het zogenaamde «geboorteplan» waarin de patiënt haar wensen weergeeft. Het probleem is natuurlijk dat iedereen een «vlotte natuurlijke bevalling» wenst, maar dat in de praktijk het voor een heel aantal patiënten (onder dat dit iemands' «schuld» is) anders verloopt. De arbeid duurt veel langer dan verwacht, er is foetale nood, er was toch een keizersnede noodzakelijk of er is toch een kunstverlossing gebeurd.
- 5) Deze «andere uitkomst» wordt beter verwerkt door de patiënt als er veel uitleg wordt gegeven door de hulpverleners op voorhand, tijdens en na de bevalling en als op elk moment zoveel mogelijk de autonomie van de patiënt wordt gerespecteerd. Belangrijke kanttekening hierbij is dat er in de verloskunde vaak «onverwachte» zaken gebeuren die een (dringende) medische interventie noodzakelijk maken. De patiënt hiervan op voorhand op de hoogte te brengen, kan nuttig zijn en kan bijdragen tot het verminderen van de ontgoocheling dat de bevalling niet is verlopen zoals gehoopt. Natuurlijk is het ook weer niet haalbaar om elke mogelijke obstetrische complicatie op voorhand met de patiënt te bespreken. Bovendien zou dit weer angst kunnen induceren. Het blijft dus telkens opnieuw een evenwichtsoefening voor de zorgverlener.
- 6) Een ander aspect dat in een casus wordt besproken is het uitvoeren van een «keizersnede op vraag van de patiënt» en omgekeerd «kan je als arts een patiënt tot een keizersnede verplichten?» (bijvoorbeeld bij ernstige foetale nood, of bij ongecontroleerde HIV met hoge virale lading). Deze problematiek wordt besproken in een interactief debat, waarbij *input* van de studenten wordt gevraagd. Opnieuw wordt de autonomie van de zwangere vrouw benadrukt.
- 7) Het belang van cultuursensitieve zorg in onze multiculturele samenleving wordt ook besproken.
- 8) Er is een aparte PGO-tutorial (PGO = probleemgestuurd onderwijs) over geestelijke gezondheid, samen met de dienst psychiatrie. Hierin wordt benadrukt dat een traumatische bevalling of zwangerschap tot psychische problemen kan leiden, met name tot een verhoogd risico op angststoornissen en/of depressie na de bevalling en bij een volgende zwangerschap. Casussen worden besproken alsook tips over hoe hiermee om te gaan.
- 9) In de les over vroegeboorte, wordt de problematiek van extreme vroegeboorte uitgelegd en de moeilijke ethische kwesties waar artsen en ouders soms voor staan. Ook hier wordt benadrukt dat uitleg geven, luisteren en komen tot een gemeenschappelijk besluit (al dan niet starten van intensieve zorgen bij de neonatus bijvoorbeeld), het «*shared decision making*» voorop staan.

- 10) In de tweede master geneeskunde is er een PGO over prenatale diagnostiek, waarbij het uiterst moeilijk thema van het vaststellen van een genetisch probleem of een foetale malformatie in de zwangerschap aan bod komt. Dit is ook weer een voorbeeld van intensieve counseling, zoveel mogelijk niet-directief en uit-eindelijk «*shared decision making*».
- 11) Om de complementariteit en het belang van de verschillende geboorteprofessionals te benadrukken, wordt een PGO met de vroedvrouw / lactatiekundige georganiseerd, alsook met de huisarts (over het prenataal en het postnataal luik), met de anesthesist (over pijnstilling tijdens de bevalling) en met de neonatoloog (over de opvang van de baby postpartum en neonataal).
- 12) In België is er een goede verloskundige zorg met uitstekende objectieve gezondheidsindicatoren (lage maternale sterfte, lage perinatale mortaliteit, enz.), op één van de gevvaarlijkste momenten in het leven van een vrouw en een baby, en dit in belangrijke mate dankzij goede medische zorg bij de bevalling.

**2/Heeft u in dit verband aanbevelingen voor een betere opleiding van beroepsbeoefenaars met betrekking tot de twee vorige vragen?**

Deze vraag moet bekeken worden vanuit twee verschillende niveaus:

- Niveau 1: elke zorgverstrekker die met patiënten met dit probleem in aanraking komt, moet dit kunnen herkennen en de patiënt op gepaste wijze de eerste opvang geven (generieke competentie met aandacht voor kwetsbaarheid en inclusiviteit).
- Niveau 2: daarna moeten ze gericht en correct kunnen doorverwijzen / samenwerken met mensen die gespecialiseerd zijn in deze materie: dit betekent die specifieke sociale kaart kennen (eventueel de organisaties bezoeken, transdisciplinaire module met psychologen, sociaal werk, enz.).

Samenvattend: respect voor de patiënt, autonomie van de patiënt, «*shared decision making*», communicatie, «*informed consent*» zijn zeer belangrijke begrippen, die in de brede opleiding (moeten) aan bod komen.

Verloskunde is bij uitstek een domein binnen de geneeskunde waar dit van toepassing is.

**3/Zijn er in de loop van de tijd opmerkelijke ontwikkelingen geweest over deze kwesties in het onderwijs aan studenten (of in de bijscholing)?**

Er is een trend naar meer inspraak van de patiënt in het geboorteproces. Dertig jaar geleden was het meer geleid en gestuurd door de arts. Maar zoals eerder aangegeven, leidt dit zeker niet altijd tot de gewenste uitkomst voor de patiënt. En bevalling is bij uitstek een onvoorspelbaar proces, waarbij op elk moment ernstige onverwachte zaken kunnen gebeuren die een (dringende) medische interventie vereisen om een goede uitkomst te bewerkstelligen.

Anderzijds zijn er zeker ook zaken die gemakkelijk te implementeren zijn, vaak medische voordelen hebben en voor de patiënt (en partner) veel kunnen betekenen. Voorbeelden hiervan zijn: laten bepalen door de patiënt wie bij de bevalling aanwezig moet zijn, het laten doorknippen van de navelstreng door partner of patiënt, huid-op huid contact met de baby na de bevalling verzekeren, het laten kiezen van de bevallingshouding, enz. Het is belangrijk dat de zorgverleners zich hiervan bewust zijn en hiermee rekening houden.

**4/Hoe kan de complementariteit van de verschillende geboorteprofessionals worden versterkt, zodat de patiënt de rol van elke actor tijdens de bevalling begrijpt en weet welke procedures kunnen worden uitgevoerd in geval van complicaties?**

Essentieel blijft dat elke gezondheidswerker zich voorstelt aan de patiënt. Dit is bij uitstek noodzakelijk bij een keizersnede waar veel volk in de zaal is.

Een of meerdere prenatale consultaties bij de vroedvrouw om het geboorteproces uit te leggen, om een geboorteteplan op te stellen, om de verdere opvolging na ontslag te regelen, enz., zijn zeer nuttig. Dit wordt al jaren aangeboden in het UZ Gent.

Op het moment van de arbeid en de bevalling is de vroedvrouw ook bijzonder belangrijk: zij of hij brengt immers de meeste tijd door met de barende vrouw, zij of hij doet immers de monitoring, zij of hij praat het meest en staat op dat moment mogelijks het dichtst bij de patiënt. Zij of hij speelt ook een cruciale rol op het moment dat er een medische interventie nodig is. De arts moet dan communiceren, maar de boodschap kan zeker verduidelijkt / herhaald worden door de vroedvrouw.

### **1) Specialistische geneeskunde**

#### **a) Holistische aanpak van acuut seksueel geweld**

Lesgever: professor Kristien Roelens

Inhoud:

Het UZ Gent is sinds 2003 een nationale voortrekker op gebied van opvang van slachtoffers van seksueel geweld. In 2017 werden drie pilootcentra «zorgcentra na seksueel geweld» opgericht in België, waaronder ook in het UZ Gent. De pilootcentra worden bestendigd en uitbreiding wordt voorbereid. De aanpak is vernieuwend zowel op medisch, forensisch als psychosociaal vlak.

Doelpubliek:

Vooral ASO's (artsen specialisten in opleiding) die in contact komen met slachtoffers van acuut seksueel geweld: spoed, gynaecologie, psychiatrie, pediatrie, urologie, enz., maar ook alle andere geïnteresseerde ASO's.

#### **b) Knelpunten en dilemma's rond beroepsgeheim en privacybescherming**

Lesgevers: professor Tom Balthazar – professor Gwen Sys

Inhoud: tijdens deze les wordt dieper ingegaan op de thema's beroepsgeheim, privacybescherming en attestering:

- korte herhaling van de algemene beginselen;
- interdisciplinair werken;
- dilemma's in het omgaan met familie van (wilsonbekwame en/of minderjarige) patiënten;
- dilemma's in het omgaan met artsen met een niet-curatieve taak (arbeidsgeneesheer, mutualiteitsarts, verzekeringsarts, controlearts, arts-deskundige, enz.);
- dilemma's in het omgaan met politie en gerecht;
- dilemma's in het omgaan met de media;
- het elektronisch patiëntendossier;
- attesten (arbeidsongeschiktheidsattesten, attesten op vraag van de patiënt, attesten op vraag van andere artsen of instanties, enz.).

Doelpubliek:

Elke ASO die meer wil weten over zijn positie in het juridisch kader van de gezondheidszorg in de brede zin en hoe zich te gedragen naar de verschillende actoren waarmee hij of zij interageert met respect voor het beroepsgeheim en de privacy van de patiënt.

c) Arts-specialist, de minderjarige, en de wet

Lesgever: dr. Eric Schoentjes

Inhoud:

- kennismaking met de internationale, nationale en regionale wet- en regelgeving met betrekking tot deze materie;
- opfrissing van de Code van geneeskundige plichtenleer waar relevant voor dit onderwerp;
- structuren en organisaties betrokken bij de bijzondere jeugdzorg;
- implicaties van de regelgeving en van de bestaande organisaties voor de klinische praktijk;
- bespreking van een aantal klinische casussen op basis van materiaal aangeleverd door de ASO.

Doelpubliek:

Voornamelijk ASO's die in hun werk in contact komen met minderjarigen (en hun gezinnen).

d) Clinical decision support vs therapeutische vrijheid

Lesgever: professor Tom Goffin

Doel: kennismaking met de juridisch kaders waarmee rekening moet gehouden worden bij het gebruik van *clinical decision support*-systemen.

Inhoud:

- verduidelijking van enkele centrale concepten zoals therapeutische vrijheid, richtlijnen, recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening;
- verduidelijking van de aansprakelijkheidsregels die daarbij relevant zijn;
- verduidelijking van de juridische grenzen van de mogelijkheden van het gebruik van *clinical decision support*-systemen bij de klinische besluitvorming.

Doelpubliek:

Alle ASO's.

e) Ethische dilemma's in de medisch geassisteerde voortplanting

Lesgever: professor Heidi Mertes

Doel: kennismaking met de ethische principes die de basis vormen voor besluitvorming binnen de medisch geassisteerde voortplanting en met concrete dilemma's waar de arts voor kan komen te staan.

Inhoud:

- verduidelijking van enkele centrale concepten zoals reproductieve vrijheid en het recht om een gezin te stichten;
- verduidelijking van de specifieke context van de medisch geassisteerde voortplanting met betrekking tot ethische besluitvorming, met aandacht voor het welzijn van het toekomstig kind en het «*non-identity-argument*»;
- het belang en de grenzen van patiëntautonomie in de context van behandelingsopties (lage slaagkansen, problematische gezinssituaties, vraag naar onnodige medische interventies, enz.).

Doelpubliek:

Alle ASO's, maar specifiek degene betrokken bij medisch geassisteerde voortplanting.

**f) Juridische implicaties bij omgaan met kinderen en hun ouders**

Lesgever: Nele Desmet

Inhoud:

- inzicht verwerven in het inschatten van de wilsbekwaamheid van minderjarige patiënten. Minderjarigen zijn volgens het Belgische Burgerlijke Wetboek handelingsbekwaam en vallen daarom onder het ouderlijke gezag van hun ouders. Uit artikel 12 WP (11) kan echter afgeleid worden dat wanneer minderjarige patiënten tot een redelijke beoordeling van hun belangen in staat worden geacht (door de betrokken beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg) deze als wilsbekwaam kunnen worden beschouwd;
- inzicht verwerven in de uitoefening van het ouderlijk gezag van ouders van minderjarige patiënten. Het ouderlijk gezag van ouders van wilsbekwame, minderjarige patiënten wordt beperkt. Deze ouders hebben geen recht om beslissingen te nemen m.b.t. de gezondheidszorg aan hun wilsbekwame, minderjarige kinderen en geen recht op vertrouwelijke informatie vanwege de betrokken beroepsbeoefenaars;
- inzicht verwerven in de verdeling van het ouderlijk gezag wanneer er conflicten bestaan tussen ouders (van wilsonbekwame minderjarige patiënten).

Doelpubliek:

Voornamelijk ASO's die in hun werk in contact komen met minderjarigen (en hun gezinnen).

**g) Taalbarrières en inzet van tolken bij personen met een migratie-achtergrond**

Lesgevers: Taïssa Majieva (Ingeborg Scheiris) (contactpersoon Isabel Vantwemebeke)

Inhoud:

- toelichting over verschillende vormen van taalbijstand in ziekenhuizen;
- onderscheid tussen interculturele bemiddelaars, professionele tolken en *ad-hoc* tolken;
- het belang van professionele taalbijstand in de gezondheidszorg;
- *do's* en *don'ts* van communicatie met anderstaligen;
- casuïstiek, probleem gevallen en oplossingen.

Doelpubliek:

Alle ASO's.

**h) Taalbarrières en inzet van tolken bij slechthorenden**

Lesgevers: (Taïssa Majieva) Ingeborg Scheiris (contactpersoon Isabel Vantwemebeke)

Inhoud:

- inzicht verwerven in de heterogene doelgroep van dove en slechthorende patiënten;
- communicatie met (gebarentalige) dove en slechthorende patiënten: aandachtspunten;

- overlopen van casussen uit de praktijk;
- tips voor een optimale communicatie.

Doelpubliek:

Alle ASO's.

**i) Wetgeving rond gedwongen opname**

Lesgever: professor Gunter Heylens

Inhoud:

De wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, vaak «de colloca-tiewet» genoemd, voorziet in het opstellen van een omstandig geneeskundig verslag. Dit verslag is een wette-lijke vereiste om de geesteszieke patiënt te laten opnemen onder gedwongen statuut. Aangezien elke arts hierbij kan betrokken worden, is kennis van de wetgeving en de praktische implicaties daarvan noodzakelijk voor alle artsen. Het onderscheid tussen gedwongen opname en gedwongen behandeling wordt uiteengezet, alsmede de overlap met de wet op de patiëntenrechten.

Doelpubliek:

Alle ASO's.

**2) *Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie***

De UGent heeft bijgedragen tot het advies dat werd geformuleerd door het Overlegorgaan van Vlaamse uni-versiteiten met de opleiding kinesitherapie (OVUNOKI), met afgevaardigden van UAntwerpen, UGent, UHas-selt, KULeuven en VUB. Dit advies werd in een afzonderlijke bijlage opgenomen.

**G. Université libre de Bruxelles (ULB), prof. dr. Nicolas Mavroudakis**

**1/Hoe wordt het begrip «geïnformeerde toestemming» van de patiënt (en het recht op zelfbeschikking) behandeld in de opleidingen van studenten of in het kader van de bij- en nascholing van beroepsbeoefenaars?**

Deze begrippen worden in onze *ex cathedra*-lessen behandeld door de professoren Samuel Leistedt en Alain Le Moine, bijgestaan door professor Isabelle Lutte voor de juridische aspecten in het derde jaar bachelor geneeskunde – partim Bio-ethiek en deontologie in de *unit* MEDI-G3605:

Bijzondere thema's (zes uur):

- zelfbeschikking van de patiënt;
- therapeutische vrijheid;
- medisch geheim;
- geïnformeerde toestemming;
- medisch attest.

Deze begrippen komen ook gedeeltelijk aan bod in het vijfde jaar geneeskunde (tweede master) – *Unit* MEDI-G5580 – waar sociale geneeskunde, de organisatie van de sociale zekerheid en van de gezondheidszorg en de gerechtsgeneeskunde door de professoren Florence Parent, François Beauthier en Johan Kips worden onderwezen.

De implicaties voor de therapeutische relatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar van de grenzen die de patiënt wenst of stelt, de communicatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt over de gevolgen van de gemaakte keuzes en over de grenzen van de aansprakelijkheid van de beoefenaar ten gevolge van deze keuzes, zijn aspecten die expliciet in onze opleidingen aan bod zouden moeten komen.

**2/Wordt er in het leerplan (of in de bij- en nascholing) aandacht besteed aan de soorten misbruik waarmee gynaecologisch en obstetrisch geweld (GOG) verband houdt en aan de gevolgen ervan voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid? Hoe kunnen gezondheidswerkers hier meer bewust van worden gemaakt en hoe kunnen zij worden opgeleid in de (psychologische) trauma's die het gevolg kunnen zijn van GOG?**

Obstetrisch geweld wordt in de grote Erasmusziekenhuizen in het tweede en derde jaar door de verschillende verloskundigen behandeld (MEDI-G5610, MEDI-G6710).

**3/Heeft u in dit verband aanbevelingen voor een betere opleiding van beroepsbeoefenaars met betrekking tot de twee vorige vragen?**

**4/Zijn er in de loop van de tijd opmerkelijke ontwikkelingen geweest over deze kwesties in het onderwijs aan studenten (of in de bijscholing)?**

**5/Hoeveel belang wordt er in de opleidingen gehecht aan het informeren van patiënten en hun verwanten? Wat zijn de manieren om een betere communicatie tussen de medische wereld en de patiënten te bevorderen?**

**6/Hoe kan de complementariteit van de verschillende geboorteprofessionals worden versterkt, zodat de patiënt de rol van elke actor tijdens de bevalling begrijpt en weet welke procedures kunnen worden uitgevoerd in geval van complicaties?**

Het ontwikkelen van onderwijstechnieken via simulatie met behulp van vooraf vastgestelde scenario's over het thema communicatie met de patiënt, kan een manier zijn om beter te illustreren en aan te geven hoe onze toekomstige beroepsbeoefenaars adequaat moeten reageren tegenover de patiënten.

De oprichting van multidisciplinaire seminaries zou studenten in contact kunnen brengen met de verschillende beroepen die betrokken zijn bij een bevalling, waardoor de boodschappen aan de patiënten beter kunnen worden gestructureerd.

**7/Wordt in de opleiding van studenten of in de bijscholing ook voldoende aandacht besteed aan de opvang en verzorging van kwetsbare personen of personen met een handicap, alsook aan de opvang van LGBTIQA+ personen?**

Professor Delbaere besprak in haar inleidende cursus over menselijke voortplanting BMOL-G2204 SAPU-G1207 ook begrippen als gender, genderidentiteit, seksuele voorkeur, seksuele stereotypen, enz.

Openheid van geest tegenover genderdiversiteit is een van de principes die regelmatig bepleit worden in de vele vergaderingen binnen de ULB.

In het derde jaar bachelor, als inleiding voor de opleiding huisartsgeneeskunde, behandelt professor Nadine Kacenelenbogen geweld, voornamelijk tussen partners, en de opvang van alle soorten publiek (kort).

In huisartsgeneeskunde: interpersoonlijk geweld met inbegrip van gynaecologisch-obstetrisch geweld, maar ook «minderheden» op het vlak van gender en geaardheid, of sociaal kwetsbaren, onder wie daklozen, zijn thema's die behandeld worden in het onderzoek en het onderricht, maar ook in de nascholing, en niet noodzakelijk in de basiscursus. Hetzelfde geldt voor de seksuele gezondheid.

Tijdens de master in de specialisatie huisartsgeneeskunde worden al deze thema's behandeld: seksuele gezondheid ongeacht gender en/of geaardheid, partnergeweld, gynaecologisch geweld (in het bijzonder in de opleiding planning), zogenaamd «maatschappelijk» geweld op kwetsbare personen, migranten, daklozen, enz. (30 % van de dakloze vrouwen hebben minstens één verkrachting meegemaakt in België).

## **H. Universiteit Antwerpen (UAntwerpen), prof. dr. Yves Jacquemin en prof. dr. Guy Hubens**

### **1/Hoe wordt het begrip «geïnformeerde toestemming» van de patiënt (en het recht op zelfbeschikking) behandeld in de opleidingen van studenten of in het kader van de bij- en nascholing van beroepsbeoefenaars?**

Tijdens de module Arts en Maatschappij wordt in de basisartsopleiding ingegaan op de veelvoudige aspecten van geïnformeerde toestemming. Tijdens de specialisatie tot gynaecoloog wordt continu gewerkt met het concept «*Woman Centered Care / Family Centered Care*» en wordt bij elke besprekking de nadruk gelegd op de vrije keuze van de vrouw om zich wel of niet te laten behandelen en de vrije keuze voor een eventuele gewenste behandeling met respect voor de autonomie van de vrouw maar ook van de arts die niet tot voor haar of hem onaanvaardbare handelingen mag gedwongen worden.

### **2/Wordt er in het leerplan (of in de bij- en nascholing) aandacht besteed aan de soorten misbruik waarmee gynaecologisch en obstetrisch geweld (GOG) verband houdt en aan de gevolgen ervan voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid? Hoe kunnen gezondheidswerkers hier meer bewust van worden gemaakt en hoe kunnen zij worden opgeleid in de (psychologische) trauma's die het gevolg kunnen zijn van GOG?**

Gezien zowel de basisopleiding als de voortgezette opleiding uitgaan van een «*Woman Centered / Family Centered*»-visie wordt constant ingegaan op de mogelijke traumata die kunnen ontstaan tijdens acute obstetrische situaties en hoe preventief te ageren om deze traumagenese te milderen en zo nodig vroegtijdig op te sporen. Bijzondere aandacht werd besteed aan de multidisciplinaire benadering van de zogenaamde «*gentle sectio*». Het grootste probleem waarmee men in de praktijk geconfronteerd wordt is een absoluut gebrek aan beschikbare hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg en daardoor lange wachttijden indien alsnog een moeilijk te verwerken gebeurtenis die bijzondere ondersteuning vereist zich voordoet. In het recente verleden werd veel aandacht besteed aan de *awareness* bij artsen en vroedvrouwen rond «*mental problems in pregnancy*», meerdere apps kwamen ter beschikking. Ook de hogescholen uit onze groepering en het UZA hebben hieraan een flinke bijdrage geleverd (zie bijvoorbeeld <https://www.ap.be/path-perinatal-mental-health-uk>). Doch er staan middelen noch mensen ter beschikking om na detectie van een probleem ook professionele hulp te bieden. Deze hulp vereist vaak, meestal, professionelen uit de geestelijke gezondheidszorg; middelen hiervoor zouden meer moeten beschikbaar gesteld worden zodat bijvoorbeeld aan elke kraamafdeling een psychiater en/of psycholoog verbonden moet worden met een bijzondere expertise in de perinatale geestelijke gezondheidszorg.

Met name wordt tijdens de opleiding in de master geneeskunde en in de master specialistische geneeskunde Gynaecologie ingegaan op het sterk beperken van episiotomie (in ons opleidingscentrum al jaren < 20 %), het gebruik van een bevallingsplan bij elke zwangere dat voor de bevalling besproken wordt en waar de vrouw al haar wensen omtrent de bevalling kan aangeven, de besprekking en systematische toepassing van de *gentle sectio*, openheid vertonen naar keizersnede op verzoek alsook naar zowel vrouwen die op verzoek wensen ingeleid te worden of zij die absoluut geen inleiding wensen.

### **3/Heeft u in dit verband aanbevelingen voor een betere opleiding van beroepsbeoefenaars met betrekking tot de twee vorige vragen?**

De huidige selectieprocedure met het ingangsexamen geneeskunde selecteert met een *bias* voor positief wetenschappelijk ingestelde kandidaten, dit verklaart mee waarom aan het einde van het tracé slechts weinigen voor psychiatrie kiezen. De Europese beperking van de opleiding geneeskunde tot zes jaar heeft de vakken psychologie, dieptepsychologie en ontwikkelingspsychologie sterk beperkt. De opleiding tot vroedvrouw is nog steeds beperkt tot een driejarige bachelor in Vlaanderen, met focus op verloskunde en gezien de beperkte duur zijn er weinig opties om uitgebreide psychologische en psychotherapeutische vaardigheden aan te leren die toelaten meer bewust om te gaan met het eigen gedrag en de impact daarvan op de zwangere in de diepte te begrijpen.

In de opleiding moet kunnen benadrukt worden dat de normen en waarden van cliënten/patiënten en van hulpverleners / professionals primeren op richtlijnen van nationale en internationale (zoals WHO of NICE) wetenschappelijke verenigingen. Hiervoor moet een veilig wettelijk kader gecreëerd worden dat de medico-legale angst neutraliseert. Duidelijk moet tijdens de opleiding ook aangebracht worden dat streefdoelen van

bijvoorbeeld «aantal keizersneden en inleidingen» niet internationaal kunnen opgelegd worden aangezien deze cijfers sterk door de lokale cultuur bepaald worden. Door de dwang om aan dergelijke richtcijfers te voldoen weg te nemen, opent men de bespreekbaarheid voor vrouwen die nu op een muur botsen: zij die een keizersnede op verzoek willen (zij het om esthetische redenen of door een voorgeschiedenis van seksueel misbruik – doch de arts staat onder druk om weinig sectios te doen); en zij die geen inleiding van de arbeid willen al stelt zich de medische indicatie van post term of andere en weet men uit de literatuur dat de perinatale sterfte dan toeneemt (gevolg: de arts en vroedvrouw vrezen een proces en aanvaarden deze keuze door de zwangere niet of met zeer veel weerstand).

**4/Zijn er in de loop van de tijd opmerkelijke ontwikkelingen geweest over deze kwesties in het onderwijs aan studenten (of in de bijscholing)?**

De meest recente ontwikkeling is de inschakeling van het Zorgcentrum na seksueel geweld in de opleiding tot basisarts en de specialisatie tot gynaecoloog. Een andere ontwikkeling is dat door het toenemende fysieke en verbale geweld van zorgvragers (patiënten en familie) tegen hulpverleners (artsen en vroedvrouwen) meer belang aan conflictreducerende technieken is ontwikkeld maar ook meer frequent gebruik moet gemaakt worden van een interventieteam bij patiëntengressie op de afdeling. Na een dergelijk incident dient debriefing en psychische ondersteuning van de medewerker te geschieden, deze is binnen ons centrum goed uitgebouwd met een 24/7 beschikbaarheid. Tijdens de opleiding, en met name de stages voor studenten geneeskunde en vroedkunde, botst men steeds vaker op discriminatie van personen met een mannelijk lichaam, die de toegang ontzegd worden tot de raadpleging of verloskamer. Dit leidt tot verlies van mogelijkheden om te leren, met name ook op communicatief gebied. Ook hulpverleners en studenten die zich manifesteren als niet-binair en/of LGBTQ worden in de samenleving (dat wil zeggen bepaalde conservatieve groepen van zwangeren en hun familie in deze context) geweigerd. Meer gender en geslachtsdifferentialiteit, met name binnen de vroedkunde en het stimuleren van personen met een mannelijk geslacht om deel te nemen aan dit beroep zouden de verdraagzaamheid naar deze variatie kunnen doen toenemen.

Essentieel is dat de casuïstische benadering gebaseerd op in de media viraal gaande bewegingen slechts een aanzet kan zijn. Voor men enige zinvolle maatregelen neemt, dienen objectieve en meetbare gegevens over het probleem voor handen te zijn, enkel dan kan na een interventie vastgesteld worden of er enige verbetering optreedt. Dit nalaten leidt tot zinloze en dure activiteiten waar niemand baat bij heeft. Een prospectief cohort-onderzoek dat alle zwangeren betreft zowel in ziekenhuispraktijken als materniteiten als thuispraktijken van gynaecologen en van vroedvrouwen, bevallingen in geboortecentra en thuisbevallingen, waarbij op voorhand gevalideerde meetinstrumenten met vastgestelde eindpunten worden gebruikt is de enige manier om kwalitatief en blijvend het probleem in kaart te brengen, aan te pakken en te bepalen of de aanpak werkt. Er zal budget nodig zijn voor middelen en mensen.

**5/Wordt in de opleiding van studenten of in de bijscholing ook voldoende aandacht besteed aan de opvang en verzorging van kwetsbare personen of personen met een handicap, alsook aan de opvang van LGBTIQA+ personen?**

Dit komt in de opleiding geneeskunde in verschillende modules uitgebreid aan bod, de zorg voor kwetsbare zwangeren is aan onze universiteit een punt van uitgebreide samenwerking tussen afdelingen en met andere organisaties binnen het PANZA-netwerk (<https://www.panza.be/>). Studenten geneeskunde en vroedkunde leren tijdens de stage hoe het «Born in Belgium» (<https://borninbelgiumpro.be/>)-project wordt toegepast dat binnen onze universiteit door professor Katrien Beeckman wordt gedragen. In de module seksuologie voor de basisarts komen LGBTIQA+, gender, en gender- fluiïditeit aan bod (waardoor we mogelijk in de nabije toekomst de term «Woman Centered care» door een meer algemene zullen dienen te vervangen aangezien niet elke persoon die komt bevallen zichzelf ook als vrouw ziet. Tijdens de opleiding tot specialist gynaecoloog komt dit alles meer uitgebreid aan bod.

**6/Hoeveel belang wordt er in de opleidingen gehecht aan het informeren van patiënten en hun verwanten? Wat zijn de manieren om een betere communicatie tussen de medische wereld en de patiënten te bevorderen?**

In de Antwerpse opleiding loopt een constante vak- en jaar-overschrijdende leerlijn rond communicatie. Er is geen nood aan meer theoretische opleiding. Veel lastiger is het toenemende aantal patiënten waarmee geen verbale communicatie mogelijk is door moeilijk te overbruggen taalbarrières, vaak in éénmalige contacten. Er is een gratis door de overheid ingestelde en 24/7 beschikbare tolkendienst voor de meer dan vierhonderd talen die in Antwerpen worden gesproken, vaak door mensen zonder kennis van Nederlands, Frans of Engels. Hogescholen, universiteiten en ziekenhuizen en vooral kraamafdelingen zijn ook vanuit het personeelsbestand brede multi-etnische «*melting pots*» maar kunnen nooit al deze variatie aan. Er bestaat geen aparte wereld van de medische professionals en patiënten, alle gezondheidswerkers zijn ook patiënten. Meer belang hechten aan de beleving die de zorgverleners als patiënt hebben kan al helpen, anderzijds zijn alle medische professionals ook mensen die gewoon in het dagelijkse leven staan en met dezelfde problemen als iedereen geconfronteerd worden. Beter lijkt het deze kunstmatige grens net niet op te bouwen door polarisatie, maar de menselijke gelijkheid te benadrukken. Het trachten deze grenzen af te breken en het bouwen van bruggen leiden tot een afname van het probleem zoals aangetoond door Brandsma (<https://insidepolarisation.nl/>).

**7/Hoe kan de complementariteit van de verschillende geboorteprofessionals worden versterkt, zodat de patiënt de rol van elke actor tijdens de bevalling begrijpt en weet welke procedures kunnen worden uitgevoerd in geval van complicaties?**

In de Antwerpse opleiding wordt vanaf het begin breed ingezet op samenwerking tussen de verschillende professionals in de gezondheidszorg en in de zorg rond zwangerschap en bevalling. In de basisopleiding betreft dit de IPSIG-dagen (Interprofessioneel werken in de gezondheidszorg), een interdisciplinair project waaraan elk jaar meer dan 650 studenten uit alle hogescholen van Antwerpen en de UA deelnemen. Tijdens de verdere specialisatie worden alle praktische trainingen rond obstetrische urgenties steeds multidisciplinair (gynaecoloog, vroedvrouw, kinderarts, anesthesist, operatieverpleegkundige) ingeoefend met inbegrip van het communiceren naar de zwangere en haar omgeving met rollenspelen. Vanuit de UA wordt ook de jaarlijkse opleiding «Obstetrische Vaardigheden» gecoördineerd die elke assistent in opleiding tot gynaecoloog in Vlaanderen minstens een keer moet volgen. Meerder complicaties kunnen vermeden worden door te zorgen dat het principe «één verloskundige-één zwangere» tijdens de arbeid kan gerespecteerd worden. De huidige financiële middelen die voor verloskunde voorzien zijn leiden tot structurele onderbezetting van de afdelingen verloskunde zodat drie tot vijf vrouwen in arbeid door één enkele vroedkundige begeleid moeten worden.

In ons opleidingsziekenhuis wordt gewerkt rond «*Crew Resource Management*» onder begeleiding van professor Eric Franck, psycholoog. Deze benadering gaat sterk in op de communicatie met name tijdens obstetrisch / perinatale urgenties tussen de teamleden. Vanuit de neonatologie loopt een project waarbij elke reanimatie gefilmd en vervolgens geherevalueerd wordt met name naar onderlinge communicatie en communicatie met de ouders toe.

Het ontbreekt aan budget dat door de overheid zou kunnen ter beschikking gesteld worden om met voldoende medewerkers, zoals vroedvrouwen en psychologen samen met neonatologen, neonataal verpleegkundigen en anesthesisten, rampscenario's systematisch in te oefenen, waarbij oefenen op communicatie naar de zwangere en partner en communicatie in het team cruciale factoren van training zijn. Momenteel is de voorziene bezetting in de verlosafdelingen in België van dien aard dat tijd reserveren voor dergelijke activiteiten niet realistisch is. Ook het materiaal dat hierbij nodig is en de trainers gaan met een niet terugbetaalde kost gepaard. Degelijke trainingen zijn geen technische oefeningen, ze moeten gebeuren met het actuele team en in de werkelijke locatie van het ziekenhuis, in die zin zijn het geen «droge trainingen» in een afgelegen opleidingscentrum.

**I. Université de Liège (ULiège), prof. dr. Edouard Louis**

Over dit onderwerp onderschrijft de faculteit Geneeskunde volledig het onlangs uitgebrachte advies van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, waarvan het verslag als bijlage bij deze nota is gevoegd.

Ter aanvulling stellen wij de volgende opmerkingen voor:

- Eén van de grote problemen in dit legitieme debat is dat de term obstetisch en gynaecologisch «geweld» slecht gekozen is: hij maakt immers geen onderscheid tussen een criminale handeling (opzettelijke agressie, seksisme, onverantwoord fysiek geweld), medische nalatigheid (ongemotiveerd uitstel van verdoving, ontoereikend toezicht op de bevalling, niet-aanbevolen praktijken, gebrek aan communicatie), een gerechtsvaardigde maar negatief ervaren medische of verloskundige handeling (instrumentale bevalling, keizersnede, episiotomie), een gecompliceerde fysiologie van de bevalling of postpartum (langdurige bevalling, bloeduitstorting bij de verlossing, aanblik van het kind bij de geboorte, kloven in de borsten, postnatale depressie). De huidige definitie van obstetisch en gynaecologisch geweld brengt al deze concepten onder eenzelfde noemer.
- Het strafwetboek is zonder twijfel van toepassing op de eerste categorie (dus onnodig om wetgevend op te treden). Wij besteden veel aandacht aan de tweede categorie via de aanbevelingen van de EBM (*Evidence Based Medicine*) die wij onderrichten (aan assistenten in opleiding, in de voortgezette opleiding van gynaecologen-verloskundigen). Indien er desondanks nalatigheid wordt vastgesteld, kunnen medisch-rechtelijke procedures worden opgestart. De derde en de vierde categorie daarentegen zullen altijd bestaan en het zijn deze categorieën die in de debatten moeten worden opgehelderd. Het geweld dat inherent is aan de geboorte is immers een realiteit die vaak over het hoofd wordt gezien, misschien omdat verloskundigen er dagelijks mee te maken hebben.
- Wij moeten onze aandacht toespitsen op de perceptiekloof tussen het utopische beeld dat het grote publiek soms heeft en de werkelijkheid.
- Er moet dus actief gewerkt worden aan een goede communicatie, zowel voor de geboorte als bij het verrichten van moeilijke handelingen, alsook aan strategieën en procedures die de barende vrouw de mogelijkheid bieden om aan het besluitvormingsproces deel te nemen.

**1) De ULiège besteedt veel aandacht aan de procedures en de communicatie**

Professor Patrick Emonts is sinds enkele jaren in het *Centre de simulation* van de *ULiège* de initiatiefnemer van een simulatieprogramma voor verloskunde ten behoeve van assistenten in opleiding en van gediplomeerde gynaecologen-verloskundigen in het kader van hun voortgezette opleiding.

Dit programma bestaat uit procedurele simulaties (een verlostang of een zuignap plaatsen, een gedeeltelijke of volledige dystocie van de schouder verminderen, een stuitbevalling begeleiden, het tweede kind van een tweeling halen), hi-fi simulaties met scenario's van obstetrische incidenten waarbij de stappen in de besluitvorming en de communicatie tussen het medisch personeel onderling (verloskundige, vroedvrouw, anesthesist, neonatoloog) en met de ouders (communicatie in spoedsituaties) worden geanalyseerd. Daarin komen moeilijke verloskundige ingrepen aan bod, maar nu met aandacht voor de communicatie (wat zegt men tegen de barende vrouw, ook in een spoedsituatie), en complexere situaties als een onmiddellijke postpartumbloeding, eclampsiecrisis, cardiopulmonaire stilstand, hier ook met aandacht voor het hele communicatieve aspect.

De psychologische cel van het simulatiecentrum heeft voor de assistenten in gynaecologie-verloskunde scenario's uitgewerkt voor het brengen van slecht nieuws (toevallige ontdekking van een miskraam, foetale sterfte in utero, ernstige foetale misvorming).

Samen met professor Alexandre Ghuysen in zijn cursus spoed en simulatie, werken wij aan een leerprogramma voor studenten geneeskunde. Dit houdt het volgende in: hoe een vaginaal onderzoek correct uitvoeren, hoe een speculum correct plaatsen en dit uitleggen aan de patiënt, hoe een uitstrijkje van de baarmoederhals en van de vagina correct uitvoeren, hoe een spiraaltje en een katheter plaatsen, het verstrijken en de dilatatie van de baarmoeder in het begin van de weeën leren evalueren, een thuisbevalling via simulatie leren uitvoeren, hoe een hemorragische miskraam, een vermoeden van buitenbaarmoederlijke zwangerschap of van salpingitis

aanpakken, enz. Dit alles met de gebruikelijke aandacht voor de twee aspecten van de simulatie: procedure en communicatie.

## **2) De zorg voor en de opvang van LGBTIQA+-personen aan de ULiège**

Professor Gabrielle Scantamburlo startte met opleidingen in verband met de transgenders, waaraan verscheidene medische disciplines en faculteiten meewerkten (Faculteit geneeskunde – FM, Faculteit psychologie, logopedie en pedagogische wetenschappen – FPLSE, Faculteit filosofie en letteren – FACP-HL, Faculteit rechten, politieke wetenschappen en criminologie – FDSPC, Faculteit toegepaste wetenschappen – FACSA).

Het doel is, in het licht van de juridische vooruitgang, van de maatschappelijke bewegingen en de berichten uit het middenveld, de studenten bewust te maken van de specifieke aard van de zorg voor transgenders en van de interdisciplinaire aanpak, en aandacht te hebben voor de ethische problemen.

Wat wij willen, is de mensen begeleiden in hun zoektocht naar hun identiteit of in hun transitietraject, zonder de identiteit die ze uiten op losse schroeven te zetten, volgens het beginsel van de zelfbeschikking.

Die opleidingen sluiten aan bij de cursussen psychiatrie, geïntegreerde therapie en bij de *Chaire d'éthique et d'humanité médicale* (Leerstoel ethiek en medische menselijkheid).

Er zijn verscheidene academici bij betrokken, die een band hebben met het Centrum voor transgenderzorg van het CHU van Luik (een van de twee gespecialiseerde centra, die de minister van Volksgezondheid in 2017 erkend heeft):

- professor JL. Nizet, professor F. Kridelka, professor AS. Parent, professor A. Malchair, professor D. Morrisome, professor Y. Gilon, professor G. Scantamburlo;
- professor F. Cayemaex (ethiek) en professor YH. Leleu (personenrecht);
- in de context van de stages worden workshops bespiegelende praktijk aan de hand van een digitaal logboek (*eLogBook*) georganiseerd;
- de studenten worden hun hele curriculum lang bewust gemaakt van elke vorm van discriminatie, onder andere aan de hand van de #Respect campagne, een initiatief van professor A.-S. Nyssen, vice-rector voor onderwijs en welzijn;
- een eerste symposium over transgenders aan de *ULiège* en in het CHU van Luik vond plaats op 5 mei 2022 voor de studenten en het zorgpersoneel, met medewerking van de verenigingen van transgenders;
- nationaal en internationaal academisch onderzoek wordt ontwikkeld, met medewerking van de betrokkenen.

**J. Katholieke Universiteit Leuven (KUL), prof. dr. Paul Herijgers**

Professor dr. Paul Herijgers, Decaan, heeft de redactie van dit document verzorgd na bevraging van:

- professor dr. Dirk Timmerman, diensthoofd en stagemeester, Gynaecologie Verloskunde KU Leuven;
- professor dr. Wim Van de Voorde, Gerechtelijke Geneeskunde, lid van de Nationale Raad van de Orde der artsen, docent deontologie;
- professor dr. Martin Hiele, programmadirecteur opleiding Specialistische Geneeskunde KU Leuven, en voorzitter van de Ethische Commissie Zorg van UZ KU Leuven;
- professor dr. Chantal van Audenhove, verantwoordelijke docent communicatie in de Faculteit Geneeskunde en directeur van LUCAS;
- professor dr. Frank Van der Aa, diensthoofd urologie UZ Leuven;
- professor dr. Bert Bammens, programmadirecteur opleiding bachelor en master geneeskunde KU Leuven;
- professor dr. Paul Enzlin, programmadirecteur opleiding master in de Seksuologie KU Leuven;
- professor dr. Annick Bogaerts, verantwoordelijke afstudeerrichting vroedvrouw-specialist van de opleiding master in de Verpleeg- en Vroedkunde KU Leuven.

**1) Inleiding**

Deze nota gaat wat breder dan de gestelde vragen. Aangezien de bezorgde vragenlijst als nietexhaustief werd aangekondigd, hebben we deze vrijheid genomen.

Als Faculteit Geneeskunde willen we mensen opleiden tot kwaliteitsvolle zorgverleners en onderzoekers met zeer groot respect voor iedere menselijke persoon en met bijzondere aandacht voor de zwaksten in onze samenleving. We wensen onze mensen op te leiden tot *professionals* met diepgaande wetenschappelijke expertise gecombineerd met een grote mensgerichtheid en empathie.

Graag wensen we bij de vraagstelling en de toelichtende nota vanuit de Belgische Senaat toch een aantal voorafgaande opmerkingen te maken, meer bepaald over de term «geweld».

De term obstetisch en gynaecologisch geweld komt door de connotatie met intentioneel «seksueel geweld» en «huiselijk geweld» stigmatiserend en kwetsend over voor alle zorgverleners die zich dag en nacht inzetten om te zorgen voor vrouwen tijdens de arbeid en bevalling en voor vrouwen met acute gynaecologische problemen. Zoals aangegeven op pagina 4 stapt geen enkele zorgverlener in het beroep om mensen geweld aan te doen. Geweld houdt in dat er kwaad opzet en moedwilligheid is vanuit de zorgverlener, gynaecoloog, vroedvrouw of andere. En dat is vrijwel nooit het geval. Het gebruik van die terminologie werkt polarisatie in de hand en komt de vrouwen en hun zorgverleners niet ten goede want in een sfeer van achterdocht verliezen alle partijen. Het doel van vroed-/verloskunde is uiteraard een gezonde baby en een gezonde mama, die beide een gelukkig leven mogen uitbouwen. Hoe minder stress, hoe minder pijn, hoe rustiger en harmonischer, hoe beter.

Na een lange en intense opleiding heeft een academisch geschoold zorgverlener een duidelijk inzicht in het normale fysiologische proces van arbeid en bevalling, maar zij of hij heeft ook oog voor plotse verwikkelingen. Iedereen met ervaring in arbeid en bevalling weet hoe snel dit idyllisch klimaat kan omslaan. En dan moet men vlot en doeltreffend kunnen omschakelen. En, ja dat is allesbehalve aangenaam. Zeker niet voor de patiënt – ook niet voor de vroedvrouw of de verloskundige.

Een gynaecoloog getuigt: «Ons werk is te vergelijken met de rol van berggids: als «cliënt» kies je van tevoren de bergtop en de route om er te geraken. Je hoopt op zon, een diepblauwe hemel en een prachtig uitzicht. De gids hoopt hetzelfde en daarenboven is hij verantwoordelijk om je heelhuids terug naar de berghut te brengen. Meestal lukt dit, en iedereen is dolgelukkig. Maar soms slaat het weer razendsnel om. Dan is het aan de gids om snel te handelen: er wordt een andere route gekozen, je moet abseilen in de regen, hij roept want de wind giert, je bent bang en moe. Je had je die tocht heel anders voorgesteld. Maar tegen de avond kom je samen met je gids heelhuids in de berghut toe. Uitgeput. De gids heeft zijn job gedaan en je bent hem dankbaar. Dit laatste ontbreekt in de Senaatstekst.»

Met de correcte zorg en alle respect voor elkaar kan een moeilijke onderneming soms ook niet goed aflopen en zelfs dan heeft dit niets met «geweld» te maken. Verloskunde en medische zorg in het algemeen heeft niet altijd een verkwikkende uitkomst. Van geweld, zoals strafrechtelijk gebruikt in een medische context, kan pas sprake zijn als een zorgverlener niet aan de wettelijke voorwaarden voldoet en/of niet zorgvuldig handelt overeenkomstig de stand van de wetenschap.

Tegelijkertijd erkennen we dat er in het verleden in de verloskunde-gynaecologie (en de hele geneeskunde) erg directief en paternalistisch is omgesprongen met de wensen en gevoeligheden van de patiënten in het algemeen en de vrouw in het bijzonder. De Senaatstekst bevat heel veel stellingen die we volledig onderschrijven en al in de praktijk brengen, zowel in de opleiding van de studenten als in de klinische praktijk.

We streven ernaar iedere persoon met eenzelfde groot respect en zorg te behandelen, ongeacht de afkomst, de legale status, de financiële draagkracht, een handicap, de geaardheid (LGBTIQA+), de leeftijd of de BMI. Hiervoor worden heel wat inspanningen geleverd die we kort zullen duiden.

## **2) Elementen van beknopt antwoord op de gestelde vragen over het luik opleiding in de opleiding geneeskunde en de vervolgopleidingen (specialistisch, huisarts, maatschappelijke gezondheidszorg)**

### **1/Hoe wordt het begrip «geïnformeerde toestemming» van de patiënt (en het recht op zelfbeschikking) behandeld in de opleidingen van studenten of in het kader van de bijennascholing van beroepsbeoefenaars?**

Dit is één van de behandelde deontologische pijlers in de hoorcolleges (en bijhorend leermateriaal zoals cursus en PowerPoint presentaties) van het onderdeel medische plichtenleer (deontologie) van het opleidingsonderdeel «Arts in de Samenleving».

Het komt ook aan bod in de volgende opleidingsonderdelen:

- inleiding tot de psychologie, medische en gezondheidspsychologie;
- kwaliteitsvol praktijk voeren;
- medische ethiek;
- verdieping in de gezondheidszorg;
- communicatie-tracks van Vaardigheden & Communicatie (voornamelijk 4);
- de verschillende stages in ziekenhuizen waarbinnen *Informed Consent* procedures veelvuldig worden toegepast;
- les vanuit ethische commissie onderzoek in verband met voorbereiding van de masterproef.

In het keuze opleidingsonderdeel «seksualiteit in perspectief» krijgen artsen inzicht waar het idee van «wederzijdse toestemming» in de context van seksualiteit vandaan komt.

### **2/Wordt er in het leerplan (of in de bij- en nascholing) aandacht besteed aan de soorten misbruik waarmee gynaecologisch en obstetrisch geweld (GOG) verband houdt en aan de gevolgen ervan voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid? Hoe kunnen gezondheidswerkers hier meer bewust van worden gemaakt en hoe kunnen zij worden opgeleid in de (psychologische) trauma's die het gevolg kunnen zijn van GOG?**

Dit wordt behandeld in het kader van Forensische Kliniek in het onderdeel gerechtelijke geneeskunde van het opleidingsonderdeel «Arts in de Samenleving».

Lessen en voorbeelden over correcte aanpak en patiëntgerichte attitude worden veelvuldig aangereikt in de theoretische en klinische opleidingsonderdelen over het perinatale gebeuren. Ook in de verplichte en keuze-stages wordt een patiëntgerichte attitude en aanpak uitvoerig aangeleerd en ingeoefend.

In het vernieuwde curriculum geneeskunde is een opleidingsonderdeel gepland rond «klinische seksuologie voor artsen». Hier wordt aandacht besteed aan onder andere seksueel geweld en de beleving ervan (een zekere parallel met GOG), maar ook aan seksuele disfuncties (onder andere pijn bij het vrijen wat in postpartum vaak

voorkomt) en de vaststelling dat het gemiddeld vijf tot zeven jaar duurt voordat mensen daarmee bij een gekwalificeerde hulpverlener geraken. Dit vak zal dus kunnen bijdragen aan de responsabilisering van artsen (in opleiding) om ook aandacht te hebben voor seksualiteit op basis van de seksuele rechten van mensen.

**3/Heeft u in dit verband aanbevelingen voor een betere opleiding van beroepsbeoefenaars met betrekking tot de twee vorige vragen?**

Een programmahervorming van de opleiding geneeskunde wordt uitgerold vanaf academiejaar 2023-2024 waarin hieraan nog uitgebreidere aandacht zal worden besteed.

Dit specifieke topic zal ook in een multidisciplinair college (gynaeco-gerechtelijke geneeskunde-psychiatrie) beter en verdiept aan bod kunnen komen in de MaNaMa specialistische geneeskunde (in het bijzonder voor gynaeco / verloskunde) en huisartsgeneeskunde.

In het vaardigheden-onderwijs voor het nieuwe curriculum in wording zal vanaf de start van de basisopleiding aandacht zijn voor zelfkennis, zelfreflectie en professionele attitude, waarbinnen ook geïnformeerde toestemming en grensoverschrijdend gedrag aandacht zullen krijgen. Het kwaliteitsdenken binnen de zorg wordt ook vanaf de start geïntroduceerd.

Ook binnen de lijn «Mens, milieu en maatschappij» en «Samenleving» van de vernieuwde opleiding zal meer ruimte zijn voor deze aspecten van de opleiding. Inclusief hierbij meer aandacht voor opleiding rond seksualiteit en klinische seksuologie.

**4/Zijn er in de loop van de tijd opmerkelijke ontwikkelingen geweest over deze kwesties in het onderwijs aan studenten (of in de bijscholing)?**

De toegenomen aandacht voor seksueel grensoverschrijdend geweld op de campus en binnen de opleiding en de acties die daarrrond worden voorbereid naar volgende generatie van studenten maken studenten meer bewust van deze thema's in hun eigenleven en die bewustwording zal/kan ook afschijnen op hun ervaringen als professional.

**5/Wordt in de opleiding van studenten of in de bijscholing ook voldoende aandacht besteed aan de opvang en verzorging van kwetsbare personen of personen met een handicap, alsook aan de opvang van LGBTIQA+ personen?**

Er wordt nagegaan of het recent opgestarte Zorgcentrum na seksueel geweld in ons Universitair Ziekenhuis hierbij meer zou kunnen worden betrokken. Dit zou een bijkomende visie/bron van input kunnen betekenen voor onze opleidingen.

Aandacht voor groepen met bijzondere zorgcontext (kwetsbare personen, handicap) is er doorheen de gehele opleiding. Specifieke aandacht binnen opleidingsonderdelen Kwaliteitsvol Praktijk Voeren en de communicatie-tracks van Vaardigheden & Communicatie.

Het opleidingsonderdeel «Seksualiteit in perspectief» uit de opleiding master in de Seksuologie wordt jaarlijks ook opgenomen in het opleidingsprogramma door een 450-tal arts-specialisten-in-opleiding. Hierbij wordt expliciet gereflecteerd over de houding die studenten en de maatschappij aannemen tegenover seksualiteit en seksuele geaardheid, en aandachtspunten hierbij ook vanuit het standpunt van inclusiviteit en diversiteit.

In het geplande opleidingsonderdeel «Klinische seksuologie voor artsen» wordt aandacht besteed aan seksuele en genderdiversiteit.

Al in 2004 heeft de Ethische Commissie Zorg een advies uitgebracht over de ethische contouren waarin het aanleren van het gynaecologisch onderzoek door studenten best gebeurt.

Er wordt veelvuldig gebruik gemaakt van simulatiemateriaal om studenten goed op te leiden ook in het gynaecologisch onderzoek.

**6/Hoeveel belang wordt er in de opleidingen gehecht aan het informeren van patiënten en hun verwanten? Wat zijn de manieren om een betere communicatie tussen de medische wereld en de patiënten te bevorderen?**

Hiervoor verwijzen we naar de uitgebreide lijst van opleidingsonderdelen en stages die bij de eerste vraag niet-exhaustief werden opgesomd.

In keuze-opleidingsonderdelen rond seksualiteit waarin er aandacht is voor de link tussen (chronische) ziekte en beperkingen én seksualiteit wordt duidelijk gesteld dat het de verantwoordelijkheid van de gezondheidsprofessional is om eventuele seksuele zorgen te bevragen.

**7/Hoe kan de complementariteit van de verschillende geboorteprofessionals worden versterkt, zodat de patiënt de rol van elke actor tijdens de bevalling begrijpt en weet welke procedures kunnen worden uitgevoerd in geval van complicaties?**

Dit wordt op de stageplaatsen uitgebreid bij de intake van zwangere patiënten toegelicht, waarbij UZ KU Leuven een voortrekkersrol opneemt. Er wordt zoveel mogelijk verwezen naar vroedvrouw en/of huisarts voor alternerende opvolging. De samenwerking tussen de verschillende zorgverleners (interprofessionele samenwerking) is een verplichte reflectie-opgave in het stage-portfolio van alle masterstudenten in opleiding tot arts.

Bij complicaties tijdens het peripartum staat de deur van ons bevallingskwartier steeds breed open, ook voor externe zorgverleners.

Een interprofessioneel opleidingsonderdeel (KU Leuven Faculteit Geneeskunde samen met hogeschool UCLL) wordt nu al aangeboden. In het hervormde curriculum dat volgend jaar start, komt er meer ruimte voor interprofessionele opleidingsonderdelen, zowel in het theoretisch curriculum maar ook in het vaardigheidsonderwijs.

Samen met de hogescholen wordt door onze faculteit, deels gefinancierd vanuit het Voorsprongfonds van de Vlaamse Overheid, een interprofessionele simulatieopleiding ontwikkeld over perinatale complicaties. Meerdere scenario's zijn hiervoor in ontwikkeling en zullen worden opgeleverd tegen oktober 2023 zodat ze in de opleidingen van zorgverleners zowel in professionele bachelors als academische bachelors en masters kunnen worden ingebouwd.

**3) Aandacht vanuit de dienst Gynaecologie-Verloskunde van UZ Leuven**

Door de belangrijke opleidingsfunctie van de stageplaats zowel voor vroedvrouwen, masterstudenten, huisartsen als medisch specialisten is de voorbeeldfunctie belangrijk. Er wordt dan ook zeer veel aandacht besteed aan patiëntgerichte en kwaliteitsvolle zorg. Dit kan aangetoond worden met een aantal concrete verwezenlijkingen.

**a) Algemeen**

Er wordt steeds duidelijke informatie over onderzoek en behandeling gegeven. Patiënten krijgen steeds de vraag naar geïnformeerde toestemming voor elk onderzoek en voor elke behandeling. Er ligt een sterke nadruk op kwaliteitsvolle zorg zonder nodeloze onderzoeken en zonder nodeloze medischebehandelingen.

Goede en patiëntvriendelijke infrastructuur wordt voorzien met bijvoorbeeld beeldschermen om echo beter mee te laten volgen door patiënt en haar partner.

**b) Foetomaternaal**

- PAREL project voor begeleiding van kwetsbare zwangeren;
- label van «*baby friendly hospital*»;

- ondersteuning bij borstvoeding;
- veilige verloskamer met voldoende omkadering door vroedvrouwen (hier zou politieke medewerking heel welkom zijn om *one-to-one* begeleiding mogelijk te maken);
- anesthesie en neonatologie;
- 24/7 aanwezigheid in het ziekenhuis van staflid verloskunde om over patiëntveiligheid te waken;
- comfortabele en huiselijke uitrusting van de bevallingskamers met ligbaden voor betere opvang van contracties;
- goede opleiding van vroedvrouwen en optimale samenwerking met de vroedvrouwen, enz.

**c) Gynaecologie**

- empathische opvang en goede opvolging bijvoorbeeld bij complicaties in de vroege zwangerschap (*casemanagers* bij miskraam, ectopische zwangerschap, mola, enz.);
- wegwerpschortjes, hygiënisch materiaal ter beschikking van patiënt;
- minimaal invasieve ingrepen (*vNOTES*, robot, laparoscopie, vaginaal, enz.).

**d) Fertiliteit, endometriose en medisch begeleide bevruchting**

- excellente zorg voor patiënt met pijn en endometriose met multidisciplinair team inclusief *casemanager* voor endometriosepatiënten; optimale opvang van patiënten 24/7;
- inzet op cryocycli en op kwaliteit;
- samenwerking met A-centra om kwaliteit en patiëntcomfort te verbeteren.

**e) Gynaecologische oncologie**

- multidisciplinaire besprekking op het MOC (Multidisciplinair Oncologisch Consult) en patiënten info;
- maximale inspanningen voor tijdige investigatie en snelle start van therapie;
- sterke inzet op therapeutische innovatie met focus op minst invasieve therapie met beste genezingeskansen, patiëntvriendelijke opvang en opvolging.

In deze sfeer worden ook onze ASO's (artsen-specialisten in opleiding) en vroedvrouwen opgeleid. Er wordt grote nadruk gelegd op respectvolle en empathische attitude.

De meetbare effecten zien we zowel in de procedures (daling aantal inducties, episiotomieën, epidurales, sectio's, stijging borstvoeding, enz.), als in de infrastructuur (laag-risico zone, arbeidsbaden, enz.) en organisatie (verloskundig overleg samen met vroedvrouwen, PAREL project, oprichting Zorgcentrum na seksueel geweld, enz.).

**4) *Opleiding master in de Seksuologie***

We zijn de enige Vlaamse universiteit met een specifieke masteropleiding in de seksuologie (120 studiepunten = twee jaar voltijds). Hierin stromen vele profielen in: zowel artsen, psychologen, pedagogen, maar ook vroedvrouwen na een schakel- of voorbereidingsjaar. Het betreft dus een twee- tot driejarige voltijdse opleiding in een multi-professionele omgeving. Ook de docenten komen vanuit een brede achtergrond (psychologie, gynaecologie, psychiatrie, sociologie, pedagogie, rechten, psychotherapie, enz.) met uitgebreide specifieke expertise.

Er is duidelijk inbreng van de expertise vanuit deze unieke opleiding en het daaromtrent gevoerde onderzoek ook in de opleiding van artsen en andere zorgverleners (zie ook hoger).

Het programma van deze opleiding kan u vinden op onze website: [https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/opleidingen/n/CQ\\_50546349.htm#activetab=diploma\\_omschr\\_ijving](https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/opleidingen/n/CQ_50546349.htm#activetab=diploma_omschr_ijving) en [https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/opleidingen/n/SC\\_51016988.htm](https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/opleidingen/n/SC_51016988.htm).

Tevens wordt een postgraduaat in de klinische seksuologie aangeboden. [https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/2022/opleidingen/n/CQ\\_50728850.htm#activetab=diploma\\_omschrijving](https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/2022/opleidingen/n/CQ_50728850.htm#activetab=diploma_omschrijving) en [https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/2022/opleidingen/n/SC\\_51017061.htm](https://onderwijsaanbod.kuleuven.be/2022/opleidingen/n/SC_51017061.htm).

### **5) Bedenkingen vanuit het perspectief van de communicatie tussen zorgverlener en patiënt: volgens deze principes worden onze studenten opgeleid in de arts-patiënt communicatie**

(input door professor Chantal Van Audenhove)

#### **a) Person centered care en Shared Decision Making (SDM) als basisprincipes in de communicatie**

We pleiten voor processen van *shared decision making* zoals geformuleerd in de publicaties van Elwyn *et al.* in 2012 en 2017.

Een artikel over de toepassing in de context van bevalling en het voorkomen van *mistreatment* en *obstetric violence* vindt u hier: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6899916/pdf/JEP-25-1113.pdf>.

In dit artikel wordt SDM als volgt gedefinieerd:

«*Shared decision-making in maternity care can thus be defined as an enquiry by clinician and expectant woman aimed at deciding upon a course of care or none, which takes the form of a dialogue within which the clinician fulfils their duty of care to the client's knowledge by making available their complete knowledge (based on all types of evidence) and expertise, including an exposition of any relevant and recognized potential defeaters. Research to develop measurement tools is required.*»

Een recent artikel van Dawn Stacey beschrijft SDM in de keuze van de bevallingssetting in de VSA en pleit voor de ontwikkeling van *decision aids*: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13377>. In België zijn *tools* die aansluiten bij de praktijk en de keuze-opties die in ons land voorhanden zijn, vooralsnog niet aanwezig.

#### **b) Ontwikkeling en gebruik van evidence based decision aids in Vlaanderen is nodig**

Om het proces van dialoog in SDM te ondersteunen is het nodig dat er passende keuzehulpen ontwikkeld worden zodat de vrouwen en hun naasten over de juiste *evidence based* informatie beschikken. «*Decision Aids*» zijn *tools* die ondersteunend zijn om afwegingen te maken tussen verschillende opties en die vervolgens in de dialoog met de arts besproken worden om tot een gezamenlijke keuze te komen. Het zijn dus geen informatiebrochures of aanbevelingen die voorbereiden op één procedure. Ze ondersteunen wel de afwegingen die men maakt bij keuzeprocessen en dit op basis van wetenschappelijke informatie over verschillende opties.

Voorbeelden van *evidence based decision aids* met betrekking tot geboorte uit de internationale literatuur vindt u hier: <https://decisionaid.ohri.ca/AZsearch.php?criteria=childbirth>.

Zonder goede *decision aids* zal SDM dode letter blijven. In ons land streeft men naar «*evidence based recommendations*» voor de artsen, waarbij vooral «*compliance*» van de patiënt wordt nagestreefd en de patiënt een «*informed consent*» mag of moet ondertekenen. Deze aanpak sluit welaan bij de rechten van de patiënt, maar situeert zich niet in een discours van gelijkwaardigheid en participatie aan medische keuzes. Een advies geven en *consent* vragen is niet hetzelfde als een proces van *shared decision making*. We pleiten vandaag voor een benadering op basis van dialoog over de *evidence based*-opties. Er bestaat wetenschappelijke evidentiële voor de meerwaarde van deze benadering (*cf. Cochrane reviews*).

### c) Het concept van «*mistreatment*» toegepast op personen met psychische problemen

Dit artikel biedt mijns inziens een interessant overzicht van vormen van misbehandeling van vrouwen tijdens de bevalling: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488322/>.

Ik mis in de lijst wel: discriminatie en stigma bij personen met psychische problemen. Wanneer men in het dossier ziet dat iemand een psychiatrische problematiek of diagnose heeft, wordt de persoon vaak anders behandeld, niet ernstig genomen, zonder behandeling weggestuurd en soms ook mis(be)handeld. Wel vaker stelt zich bijgevolg het probleem van «*diagnostic overshadowing*» waardoor een ernstige lichamelijke aandoening te laattijdig of niet vastgesteld wordt.

De problematiek verdient ook in ons land meer aandacht. De meest kwetsbare personen zijn wellicht de eerste slachtoffers van mis(be)handeling. En hierbij dienen niet alleen de individuele artsen hun verantwoordelijkheid te nemen maar ook de zorgorganisaties dienen hun visie en missie ten aanzien van de meest kwetsbare burgers te expliciteren en te implementeren. In het vormings-, trainings- en opleidingsbeleid verdient dit voldoende aandacht te krijgen zodat de meest kwetsbare mensen op een professionele wijze met respect en empathie kunnen benaderd worden en tegelijk de medische procedures van de dienst gerespecteerd blijven.

Bronnen:

- Elwyn *et al.*, 2012: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>;
- Elwyn *et al.*, 2017: <https://www.bmjjournals.org/content/359/bmj.j4891>;
- Cochrane review, 2018: [https://ccrcrg.cochrane.org/sites/ccrcrg.cochrane.org/files/public/uploads/decision\\_aids\\_february\\_2018.pdf](https://ccrcrg.cochrane.org/sites/ccrcrg.cochrane.org/files/public/uploads/decision_aids_february_2018.pdf);
- Thornicroft *et al.*, 2007, *Diagnostic overshadowing appears to be common in general health care settings, meaning the misattribution of physical illness signs and symptoms to concurrent mental disorders, leading to underdiagnosis and mistreatment of the physical conditions*, <https://doi.org/10.1080/09540260701278937>.

### 6) ***Vanuit de opleiding master in de Verpleeg- en Vroedkunde (afstudeerrichting vroedvrouw-specialist) bieden we u de volgende bedenkingen en antwoorden aan***

(input professor dr. Annick Bogaerts)

#### a) Aandacht voor «obstetrisch geweld» in de masteropleiding «Vroedvrouwspecialist»

Binnen de module gespecialiseerde vroedvrouwenzorg (E0G53A):

- worden workshops gegeven omtrent ethische aspecten bij prenatale screening, motiverende gespreksvoering en ondersteuning van de prille ouder-kind relatie in samenwerking met experten uit het werkveld (*casemanagers, psychologen, vroedvrouwen*) met aandacht voor diversiteit in zorg. Het document «*Respectful Maternity Care*», (<https://www.mhtf.org/topics/respectful-maternity-care/#:~:text=In%202014%2C%20WHO%20released%20a,WHO%20also%20called%20for%20the>), evenals de WHO aanbevelingen omtrent positieve geboorte zorg (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>) worden besproken met toepassingen uit de huidige geboortezorg;
- is er een intensieve tweedaagse training omtrent «*Keeping Birth Normal*» in samenwerking met vroedvrouwen experten vanuit *Plymouth University, UK* (H Hopper, A Thompson, R Lawes). Behandelde *topics*: exploreren van de impact van *one to one care, continuity of care, barriers, challenges & drivers to normal birth, OASI – Obstetric Anal Sphincter Injuries* met *case study-discusses*;
- wordt het MLU, *Midwifery Led Unit* zorgmodel (<https://www.midwiferyunitnetwork.org/mu-standards/>) grondig toegelicht door een expert vanuit *Uclan University, UK*. Deze MLU standard is recent ook vertaald naar het Nederlands.

In februari 2023 «host» ik een *EU COST action (Devotion)* activiteit (<https://www.ca18211.eu/>; <https://www.cost.eu/actions/CA18211/>), in Leuven, in de week van 20-25 februari 2023. Deze COST actie heeft als thema: «*Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma: Maximising best practice and optimal outcomes*». Een driedaagse trainingsschool wordt georganiseerd waar de masterstudenten vroedvrouw specialist aan deelnemen, aansluitend zijner twee dagen *key-notes* en *workshops*. Zelf leid ik samen met M. Oosterman (VU Nederland) een Internationale werkgroep omtrent «*Short and long-term impacts on women, infants, and familyrelationships*» (<https://gbomed.kuleuven.be/english/research/50000640/clusterwch/realife-1/international-collaborations>). Enkele relevante onderzoeksartikels die we hieromtrent publiceerden:

- doi: 10.3390/ijerph182010917 Open Access: alarmbelletten vanuit het perspectief van de moeders;
- doi: 10.1186/s12884-021-03898-z Open Access: impact mismatch expectations and experiences and impact on PTSD.

Onderzoekers, clinici en vertegenwoordigers van patiëntenrechten (<https://www.ca18211.eu/families/>) uit meer dan dertig verschillende landen zullen aanwezig zijn op de KU Leuven tijdens deze week (<https://www.cost.eu/actions/CA18211/#tabs+Name:Management%20Committee>).

Foetale en maternale *casemanagers* vroedvrouwen komen hun ervaringen met intensieve zorgtrajecten voor kwetsbare vrouwen delen met onze masterstudenten vroedvrouw specialist via interactieve *workshops*. Ruth Dyck introduceerde in februari 2022 aan onze studenten de opening van het Zorgcentrum na seksueel geweld binnen UZ Gasthuisberg Leuven (<https://www.sexsueelgeweld.be/zorgcentra-na-seksueel-geweld-wat-voor-wie-waar>). Elke zwangere vrouw (niet enkel hoogriscico) zou een *casemanagement* traject verdienen (zie onder punt 4, continuïteit in geboortezorg).

#### **b) Onderzoek vanuit onze REALIFE research group**

(<https://gbomed.kuleuven.be/english/research/50000640/clusterwch/realife-1>) Een bijzonder kwetsbare groep vrouwen (zoals ook aangegeven in deze nota 7-245/1, blz. 2 bovenaan) zijn vrouwen met overgewicht en obesitas. In Vlaanderen (SPE, vergelijkbaar in Wallonië, CéPiP) zienwe dat in 2020 bijna 40 % van de zwangere vrouwen hun zwangerschap start met overgewicht of obesitas. Nog eens bijna 40 % heeft een overdreven gewichtstoename (meer dan aanbevolen door IOM) tijdens de zwangerschap. Van deze vrouwen met overdreven gewichtstoename bereikt slechts een op twee terug haar voor-zwangerschapsgewicht bij de start van een nieuwe zwangerschap. Dit alles hangt samenmet verhoogde zwangerschaps- en geboorte complicaties zoals diabetes, hypertensie, verhoogd aantal keizersneden, LGA-babies, meer kans op infecties, verminderde initiatie en continuatie van borstvoeding, meer psychische problemen in het peripartum. Ook op de langere termijn heeft deze groep vrouwen meer kans op het ontwikkelingen van chronische fysieke en psychische complicaties. Bovendien is er een socio-economische gradiënt die meer impact heeft in deze groep. Dit maakt dat er een ongelijkheid is en een kloof ontstaat in geboortezorg reeds vroeg in het leven, met een significante intergenerationale impact. Ik verwijst hier naar enkele relevante publicaties vanuit onze groep:

- doi: 10.1111/obr.13324 Open Access;
- doi: 10.1111/cob.12004 Open Access;
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24104777/>;
- doi: 10.1016/j.midw.2012.12.013;
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27160501/>;
- doi: 10.1186/s12916-018-1128-1 Open Access.

Het perinatale zorglandschap vraagt om hervorming met aandacht voor vroeg-detectie en vroeg-preventie van kwetsbare groepen. Binnen het recente KCE rapport (<https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/naar-een-geintegreerd-prenataal-zorgpad-voor-laag- risico-zwangerschappen>) zouden de gecreëerde PPA («consultaties voor persoonlijk prenataal advies») en de VGO («voorbereiding geboorte en ouderschap») gebruikt dienen te worden om samen met oudersaandacht te geven aan bewust geïnformeerde keuzes / weigeringen binnen geboorte zorg. «*Shareddecision*» modellen en «*Decision aids*» zijn hier van additioneel belang. Naast

adequate screening, waarmomenteel veel aandacht naar gaat, dient ook dringend werk gemaakt te worden van doelgerichtetoeleiding naar adequate zorgpaden. Gaande van ondersteuning in basiszorg, tot de meer gespecialiseerde zorgpaden (*stepped care* en principes van proportioneel universalisme).

Kritische aspecten van mentaal welbevinden en veerkracht in deze belangrijke transitionele levensfase dienen meer aandacht te krijgen binnen geïntegreerde zorgpaden. Ik verwijst hiervoor naar één van onze onderzoekslijnen binnen REALIFE, <https://gbomed.kuleuven.be/english/research/50000640/clusterwch/realife-1/mental-health-before- during-and-after-pregnancy>. In een recent rapport dat we publiceerden in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, [https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/p6r8hyu/files/2021\\_05%20Rapport\\_53\\_SWVG%20EF%20Veerkracht%20zwangerschap.pdf?5bts7v9](https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/p6r8hyu/files/2021_05%20Rapport_53_SWVG%20EF%20Veerkracht%20zwangerschap.pdf?5bts7v9), (blz. 6 en 7), hebben we twaalf concrete beleidsaanbevelingen geformuleerd om de mentale weerbaarheid van kwetsbare vrouwen, families te ondersteunen. Randvoorwaarden hierbij zijn:

- het inschakelen van een regionale perinatale zorgcoördinator voor de implementatie en naleving van het perinatale zorgpad, met voldoende aandacht voor trans-muraliteit bij geboortezorg (contact ziekenhuis en thuiszorg);
- kwaliteitsassessment van betrokken zorgactoren (portfolio, opleiding);
- een aangepast financieringsmodel voor geïntegreerde perinatale zorg. Een recente *review* vanuit onze onderzoeksgroep geeft aan dat investeren in het versterken van veerkracht en mentaal welbevinden loont (*doi: 10.1111/birt.12623*).

Echter, er dient meer onderzoek te gebeuren naar de impact van (de)stigmatisering bij kwetsbaarheden in het peripartum, naar de bereikbaarheid van de meest kwetsbare groepen en hun continue *monitoring / opvolging*. Er is meer onderzoek nodig naar PROM's (*Patiënt Reported Outcome Measurement*) en PREM's (*Patiënt Reported Experience Measurement*) in geboortezorg, <https://connect.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/pregnancy-and-childbirth/>. Concreet dienen *patient centered core outcomes sets* ontwikkeld te worden met betrekking tot zwangerschaps- en geboortezorg, die een leidraad kunnen vormen voor het bepalen van *primary outcomes* in onderzoek en aandacht vergen in de klinische zorg.

(*A patient representative with lived experience of birth trauma, birth injury and postpartum depression needs to be included to ensure patient input into all aspects of the work.* <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-04164-y>).

(*clinical trials comprise only a minority of outcomes considered important by women. A core outcome set that adequately incorporates PROM's is required to inform the conduct of future trials in pregnant women with obesity,* <https://www.comet-initiative.org/Studies/Details/1498>).

(<https://onlinelibrary-wiley-com.kuleuven.e-bronnen.be/doi/10.1111/obr.13427>, heterogeniteit van uitkomsten in trials over preventie van kinderobesitas, dringende nood aan Core Outcome Sets for Early Prevention of Obesity in Childhood (COS-EPOCH)).

Samenwerking met Opgroeien (Kind&Gezin): ik heb recent twee bestaande Vlaamse registers gekoppeld (SPE en K&G) met als doel predictiemodellen te ontwikkelen voor kinderobesitas op jonge leeftijd (drie jaar). De gezondheidskloof kan verkleind worden door het vroeg herkennen en aanpakken van gezondheidsongelijkheid, door in te zetten op preventie.

Vanuit REALIFE zullen we in 2023 een nieuwe leerlijn opstarten rond «*Pregnancy- and Childbirth-related media use to support maternal mental health*», waar er onder andere zal bestudeerd worden hoe gezondheidsinformatie en *entertainment-educatie* de relatie tussen het kijken naar zwangerschaps- en bevallingsgerelateerde inhouden op YouTube en zwangerschapsgerelateerde angst (ZA) kan ontrafelen. Dit project zal drie grote vragen beantwoorden: (1) aan welke inhouden omtrent zwangerschap en geboorteworden vrouwen blootgesteld, (2) wat zijn de onderliggende processen van de relatie tussen blootstelling aan zulke inhouden en ZA, en (3) hoe voldoen deze inhouden aan verschillende behoeften van vrouwen met ZA. Dit project zal het begrip over hoe sociale media strategisch kunnen worden ingezet om de volksgezondheid te verbeteren aanzienlijk vergroten, alsook onze kennis over hoe *content creators* informeel en vaak onbedoeld een rol kunnen spelen in het gezondheidsgedrag en de gezondheidservaringen van hun volgers.

### c) Dienstverlening

In 2018 is het «Vlaams Expertise Netwerk Perinatale mentale Gezondheid», VENPMG opgericht, <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vlaams-expertise-netwerk-perinatale-mentale-gezondheid>, waarin we als partner vanuit de departement ontwikkeling en regeneratie in betrokken zijn. Doelstellingen, evoluties en ambities worden toegelicht aan de master studenten vroedvrouw specialist.

Ik zetel in de Raad van bestuur van het Studiecentrum voor perinatale epidemiologie (SPE) en ben voorzitter (samen met K. Roelens, UGent) van hun wetenschappelijke commissie. Naast het systematisch registeren van huidige zwangerschaps- en geboorte uitkomsten (onder andere inducties, episiotomie, keizersnedes, enz.) zouden bijkomende parameters kunnen geregistreerd worden omtrent zwangerschaps- en geboorte ervaringen vanuit het perspectief van de vrouw.

### d) Perinataal zorglandschap herorganiseren

Uit onderzoek blijkt dat continuïteit van zorg en *one-to-one midwifery care* leidt tot positieve zwangerschaps- en geboorte uitkomsten (<https://www-cochanelibrary-com.kuleuven.e-bronnen.be/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>). Als er een laagrisico *unit* zou kunnen worden ontwikkeld, waar dit zorgmodel kan worden uitgebouwd (cf. Fins / Deens model), kunnen vrouwen na triage binnen de juiste zorgcontext worden opgevolgd: laag risico in laag risico omgeving, hoogrisico in hoogrisico *units*. De complementariteit van de verschillende geboorteprofessionals wordt hierdoor versterkt, zodat de patiënt de rol van elke actor tijdens de bevalling begrijpt en weet welke procedures kunnen worden uitgevoerd in geval van complicaties. Dit zal bijdragen aan de- medicalisering binnen zwangerschaps- en geboortezorg met de nodige aandacht aan zwangerschap- en geboorte beleving binnen een gezin.

### e) Opleiding hervormen

Er is een toenemende nood aan andere modellen van perinatale zorgverlening die beter zijn afgestemd op huidige noden en evoluties binnen het domein van moeder- en kindzorg (geboortezorg). Geïntegreerde prenatale zorg, continuïteit van zorg en transmurale zorgpaden zouden moeten ontwikkeld en geïmplementeerd worden. Er is tegelijkertijd meer nood aan complexe zorg met meer aandacht voor preconceptiezorg en langere opvolging in het postpartum (eerste 1 000 dagen), toenemende nood aan ondersteuning van het psychisch welbevinden in het peripartum, nood aan betere multi- en interdisciplinaire samenwerking, nood aan implementatie van *evidence based* richtlijnen, ook in de eerste lijn en nood aan kwaliteitsindicatoren voor een adequate perinatale zorg.

De specifieke zorgen complexe zorgvragen die hieruit voortvloeien in de verschillende domeinen vraagt competenties op een hoger niveau. Als we de Vlaamse Kwalificatie Structuur, VKS 6 (bachelor) en VKS 7 (master) vergelijken dan zien we dat er «wettelijk gezien» reeds drie descriptoren binnen het competentieprofiel van de bachelor vroedvrouw (VKS 6) zich op een VKS 7 niveau bevinden:

- handelen in onvoorspelbare en complexe en gespecialiseerde contexten. Elke vroedvrouw dient een grondige risicoselectie uit te voeren, waarbij ze zelf autonoom verantwoordelijk is bij laag-risico en dient door te verwijzen bij acuterisicosituaties, ze handelt hier enkel autonoom tot een arts aanwezig is en werkt dan onder zijn of haar supervisie;
- de vroedvrouw functioneert volledig autonoom met beslissingsrecht. Dit is fundamenteel anders dan te functioneren met ruime mate van initiatief (VKS 6);
- de vroedvrouw neemt de eindverantwoordelijkheid op voor het bepalen van collectieve resultaten, wat fundamenteel op een hogerniveau ligt dan medeverantwoordelijkheid. We kunnen ons hierbij de vraag stellen of er geen verschuiving dient plaats te vinden van een uitstroom op bachelor niveau naar een academisch competentieniveau voor het bekomen van de titel van vroedvrouw (toegang tot het beroep, Federaal).

Masterstudenten uit de voorgaande jaren gaven aan dat ze niet klaar waren voor het werkveld bij het afstuderen na een driejarige bachelor. Ze vragen verdieping in de farmacologie, (in)fertiliteit, *coaching & counseling*, eerstelijnszorg, *ethical decision making* en communicatieve vaardigheden. Deze competenties worden volgens

studenten onvoldoende of te oppervlakkig behandeld in de bacheloropleiding. De zorg voor toekomstige en jonge gezinnen wordt steeds complexer. Er is dringend meer aandacht nodig binnen geboortezorg om de *shared decision making* modellen / principes te implementeren. Dit vergt intensieve training en een optimale coördinatie van het perinatale zorgbeleid. Deze evoluties schetsen nood aan verdieping en specialiseren na het behalen van een basisdiploma vanvroedvrouw (bachelor). Onderzoek naar de beïnvloedende factoren van het implementeren van de nieuwe rol als Vroedvrouw Specialist door R. Goemaes *et al.* (2016 & 2018) (12) bevestigt dat het inzetten van bacheloropgeleide vroedvrouwen in geboortezorg onvoldoende is en dat er nood is aan vroedvrouwen die via verdere verdieping professioneel en klinisch leiderschap kunnen opnemen met betrekking tot zorginnovatie en complexe en gespecialiseerde klinische *topics*. Onze afstudeerrichting, Vroedvrouw Specialist, kan hier deels een antwoord op bieden (<https://www.accentvv.be/nieuws/nieuw-curriculum-master-in-de-verpleegkunde-en-de-vroedkunde-van-start>).

De beroeps mogelijkheden van een vroedvrouw zijn minder uitgebreid dan deze van een verpleegkundige. Maar tegelijkertijd zullen veranderingen in de organisatie van zorg de vroedvrouwen van de toekomst uitdagen om minstens op een academisch niveau opgeleid en getraind te worden. Eengedegen debat over correcte instroom, doorstroom en uitstroom van toekomstige vroedvrouwen is meer dan nodig voor een kwalitatief hoogstaande zorg voor toekomstige en jonge families. Preventie van obstetrisch geweld dient op alle vlakken grondig te worden aangepakt, in interdisciplinaire samenwerking (Tsakitzidis G, & Van Royen P, *Leren Interprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*, Uitgeverij De Boeck, Berchem. (ISBN 978-90-306-8695-8), 2018).

---

(12) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30165272/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27718384/>.

**K. Université catholique de Louvain (UCLouvain), prof. dr. Françoise Smets**

In de eerste plaats wil ik benadrukken dat ik het eens ben met de tekst die u van de *Académie* hebt ontvangen en waarin deze vragen reeds grotendeels worden beantwoord.

Ik steun zonder voorbehoud, in het algemeen, het grote belang van geïnformeerde toestemming, van de relatie en communicatie tussen arts en patiënt en van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt.

Meer specifiek stilstaan bij gynaecologisch geweld in dit debat is zeker nuttig, maar we mogen niet vergeten ook naar het grotere geheel te kijken, zeker als het gaat om opleiding.

Hieronder vindt u enkele elementen die het advies van de *Académie royale de médecine* aanvullen:

**1/Hoe wordt het begrip «geïnformeerde toestemming» van de patiënt (en het recht op zelfbeschikking) behandeld in de opleidingen van studenten of in het kader van de bij- en nascholing van beroepsbeoefenaars?**

Dit begrip wordt eerst op een theoretische manier onderwezen, in de vakken deontologie, ethiek en relativering van de eerste master. Vanaf de tweede master wordt geïnformeerde toestemming in de praktijk gebracht in de SESAME-cursus (zie hieronder) en tijdens de stages. Het begrip komt ook voor in heel wat cursussen algemene geneeskunde in eerste en tweede master. Een module in het *Centre de compétences cliniques et de simulation* is specifiek gewijd aan communicatie. Tijdens de stages van de derde master moeten de studenten geleidelijk aantonen dat ze zelfstandig vijftien als essentieel beschouwde beroepsactiviteiten kunnen uitvoeren. Het verkrijgen van geïnformeerde toestemming is een van deze vijftien activiteiten. Bovendien legt een groot deel van onze studenten bij wijze van eindopdracht een portfolio aan, waarin een analyse moet worden gemaakt van een ethisch «kritiek» incident dat tijdens de stage heeft plaatsgevonden. De casussen hebben geregeld betrekking op geïnformeerde toestemming, zorgweiging en het recht op zelfbeschikking. Tijdens de specialisatiemasters wordt in zowel de praktische als de theoretische lessen met regelmaat gewezen op het belang van geïnformeerde toestemming en de patiënt als partner. Het concept van de patiënt als partner, dat centraal staat in het beginsel van zelfbeschikking, is onlangs geïntegreerd in verschillende cursussen, waaronder een cursus in eerste bachelor waarin patiënten ervaringen over dit onderwerp delen.

Ter illustratie volgen hier nog enkele details met betrekking tot de SESAME-cursus waarin het thema geïnformeerde toestemming in verschillende sessies centraal staat. In eerste master: verkrijgen van toestemming en interculturaliteit; toestemming, zelfbeschikking en handicap, enz. In tweede master wordt de problematiek van de toestemming behandeld tijdens de analyse van verschillende ethische situaties in duo (ethici en clinici). Zo hebben klinische gevallen op het gebied van intensieve zorg en geriatrie dit jaar de aandacht gevestigd op de kwestie van de toestemming voor zorg, de eerbiediging van de autonomie van de patiënt en zijn of haar zorgplan. Een andere indirekte bijdrage van de SESAME 1-cursus is de sessie over de sociologische benadering van gezondheid. Macht in de zorg wordt geanalyseerd en geproblematiseerd. In tweede master is een van de *highlights* van de SESAME-cursus een interdisciplinair seminarie, samen met studenten verpleegkunde van de *Haute école Vinci*, over de analyse van ethische situaties. Gedurende een namiddag worden de studenten in kleine groepjes uitgenodigd om een reële situatie te bespreken. Na dit groepswerk moeten de studenten geneeskunde deze analyse in een persoonlijk werk uitdiepen, dat als evaluatie van de cursus dient. De problematiek van gender en gendergerelateerd geweld komt een paar keer aan bod. Sommige van de geanalyseerde situaties hebben rechtstreeks betrekking op gynaecologisch geweld, wat aantoont dat onze studenten aandacht hebben voor deze problematiek.

**2/Wordt er in het leerplan (of in de bij- en nascholing) aandacht besteed aan de soorten misbruik waarmee gynaecologisch en obstetrisch geweld (GOG) verband houdt en aan de gevolgen ervan voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid? Hoe kunnen gezondheidswerkers hier meer bewust van worden gemaakt en hoe kunnen zij worden opgeleid in de (psychologische) trauma's die het gevolg kunnen zijn van GOG?**

Naast wat hierboven is beschreven, worden deze soorten van misbruik specifiek behandeld in de bachelor- en masteropleidingen gynaecologie en verloskunde, alsook in de masteropleidingen huisartsgeneeskunde en pediatrie. Er wordt in het licht van deze problematiek sterk de nadruk gelegd op het belang van holistische zorg voor vrouwen, zowel lichamelijk als psychologisch, waarbij rekening wordt gehouden met hun omgeving en bijzonderheden. Daarom is het nooit een kwestie van louter technisch onderricht, maar veeleer van een globale

reflectie over deze problemen. Ook tijdens de verschillende masteropleidingen komen ze aan bod. Tijdens de specialisatiemasters wordt dit onderwijs vervolgens nog verder uitgediept, met name in de specialisaties waar deze vraagstukken vaker voorkomen. Om de bewustwording te verbeteren, zouden sommige aspecten vaker kunnen worden herhaald: door er gedurende de hele opleiding over praten, op een multi- en interdisciplinaire manier, meer getuigenissen of praktijksituaties tijdens klinische lessen aan bod laten komen.

**3/Heeft u in dit verband aanbevelingen voor een betere opleiding van beroepsbeoefenaars met betrekking tot de twee vorige vragen?**

Training in de relatie en communicatie tussen arts en patiënt is een belangrijk punt. Er is al veel vooruitgang geboekt, maar we kunnen nog meer doen. Het opnemen van partnerpatiënten in het leerplan is één manier. Ook onderzoeken we de mogelijkheid om meer interdisciplinaire seminars te organiseren, zoals dat in SESAME 2 het geval is. Een van deze seminars zou de verschillende (toekomstige) geboortedeskundigen kunnen laten samenwerken aan een ethische situatie. Het is waarschijnlijk ook nodig om deze opleiding in de specialisatiemasters uit te breiden en opleidingen uit te werken voor de stagemeesters die onze studenten begeleiden. Hun voorbeeldfunctie is van essentieel belang en bij hun opleiding is daar waarschijnlijk minder aandacht aan besteed. De stagemeesters zijn verplicht één opleidingssessie per jaar bij te wonen, maar daarin komen de hier besproken onderwerpen niet altijd aan bod. Elke arts die geaccrediteerd wil worden, moet ook een jaarlijkse opleiding volgen over ethiek en economie, maar het scala van mogelijke onderwerpen is enorm. Moet het voor alle praktizerende artsen verplicht worden om met een bepaalde regelmaat een opleiding te volgen die meer in het bijzonder gewijd is aan relatie-communicatie? Dit is een vraag die nader moet worden onderzocht.

**4/Zijn er in de loop van de tijd opmerkelijke ontwikkelingen geweest over deze kwesties in het onderwijs aan studenten (of in de bijscholing)?**

Ja, ze worden beschreven in de bovenstaande antwoorden.

**5/Wordt in de opleiding van studenten of in de bijscholing ook voldoende aandacht besteed aan de opvang en verzorging van kwetsbare personen of personen met een handicap, alsook aan de opvang van LGBTQIA+ personen?**

Een twee uur durende inleidende sessie over gender en LGBTQIA+ maakt vanaf volgend jaar deel uit van de SESAME-cursus van eerste master, met medewerking van een filosoof die een cursus geeft in de interuniversitaire master over gender. De problematiek van personen met een handicap wordt behandeld in een specifieke SESAME-cursus, en ook in verschillende andere vakken (huisartsgeneeskunde, pediatrie, neurologie, genetica, enz.).

**6/Hoeveel belang wordt er in de opleidingen gehecht aan het informeren van patiënten en hun verwanten? Wat zijn de manieren om een betere communicatie tussen de medische wereld en de patiënten te bevorderen?**

De aandacht die aan deze onderwerpen wordt besteed, neemt voortdurend toe, zoals hierboven is uiteengezet. Ook worden in de antwoorden 3) en 5) verbeterpunten aangehaald.

**7/Hoe kan de complementariteit van de verschillende geboorteprofessionals worden versterkt, zodat de patiënt de rol van elke actor tijdens de bevalling begrijpt en weet welke procedures kunnen worden uitgevoerd in geval van complicaties?**

Zoals hierboven vermeld, via interdisciplinaire seminars tijdens het gehele curriculum: voor alle studenten in de masteropleiding voor een eerste bewustwording, vervolgens intensiever en herhaaldelijk tijdens de specialisatiemasters van de betrokken vakgebieden. De studenten stellen deze cursussen bijzonder op prijs, zowel vanwege de interdisciplinariteit van de studenten die de cursus volgen als vanwege de docenten die de cursus

geven. Op de verloskundige diensten worden reeds regelmatig interdisciplinaire teamvergaderingen gehouden om de gevallen te bespreken die dat vereisen, vaak wekelijks, en de artsen in opleiding zijn daarbij aanwezig. Deze vergaderingen zijn een zeer nuttige bron van kennis, maar zouden kunnen worden versterkt door een meer specifiek interdisciplinair leerproces over obstetrisch geweld.

**L. Vrije Universiteit Brussel (VUB), prof. dr. Herman Tournaye en prof. dr. Michel Deneyer**

**1/Hoe wordt het begrip «geïnformeerde toestemming» van de patiënt (en het recht op zelfbeschikking) behandeld in de opleidingen van studenten of in het kader van de bij- en nascholing van beroepsbeoefenaars?**

*Informed consent* komt aan bod in de lessen deontologie (derde bachelor), lessen ethiek (tweede master) en ManaMa zie ook syllabus speciaal gemaakt (13). Het informeren van patiënten en het betrekken van patiënten bij beslissingen komt ook aan bod in de lessen communicatie (wet op patiëntenrechten).

**2/Wordt er in het leerplan (of in de bij- en nascholing) aandacht besteed aan de soorten misbruik waarmee gynaecologisch en obstetrisch geweld (GOG) verband houdt en aan de gevolgen ervan voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid? Hoe kunnen gezondheidswerkers hier meer bewust van worden gemaakt en hoe kunnen zij worden opgeleid in de (psychologische) trauma's die het gevolg kunnen zijn van GOG?**

Komt in aan bod in de mastercursus gynaecologie gedoceerd door collega professor Hendrik Cammu, VUB.

Komt in master na master aan bod via postgraduaat over «seksueel geweld» en er is in het UZ Brussel door professor Philippe de Sutter en collega dr. Michele Leunens een protocol geïntroduceerd in verband met «sek-sueel geweld» opgesteld in samenspraak met pediatrie / urgentie / gynaeco-verloskunde / parket / vertrouwensartsencentrum.

**3/Heeft u in dit verband aanbevelingen voor een betere opleiding van beroepsbeoefenaars met betrekking tot de twee vorige vragen?**

Zou in alle opleidingen moeten geïntroduceerd worden. De inleiding medische deontologie wordt door de orde der artsen gratis ter beschikking in beide landstalen voor alle universiteiten in België.

**4/Zijn er in de loop van de tijd opmerkelijke ontwikkelingen geweest over deze kwesties in het onderwijs aan studenten (of in de bijscholing)?**

Steeds meer preventieve aandacht voor aangehaalde thematieken en indien herhaling wanneer materie opduikt in de pers.

**5/Wordt in de opleiding van studenten of in de bijscholing ook voldoende aandacht besteed aan de opvang en verzorging van kwetsbare personen of personen met een handicap, alsook aan de opvang van LGBTIQA+ personen?**

In de lessen ethiek tweede master (14). Komt aan bod in lessen communicatie onder andere in jaar drie en vier van de basisopleiding geneeskunde (derde bachelor en eerste master), bijvoorbeeld hoe omgaan met oudere patiënten (en handicaps), patiënten met psychose en depressie, patiënten van andere culturen, patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.

**6/Hoeveel belang wordt er in de opleidingen gehecht aan het informeren van patiënten en hun verwanten? Wat zijn de manieren om een betere communicatie tussen de medische wereld en de patiënten te bevorderen?**

Lessen deontologie derde bachelor, lessen ethiek tweede master en lessen communicatie (professor Koen Pardon bachelor, master en ManaMa). In de lessen communicatie is het patiëntgericht informeren van patiënten en naasten een essentieel thema. Het komt in de eerste vier jaren van de basisopleiding geneeskunde aan bod en ook in de ManaMa specialistische geneeskunde. Op het einde van het tweede jaar van de basisopleiding

(13) <https://ordomedic.be/nl/nieuws/inleiding-tot-de-medische-deontologie-2019-2020>.

(14) <https://ordomedic.be/nl/adviezen/ziektebeelden/transseksualiteit/gender-en-gezondheidszorg-2>.

(tweede bachelor) wordt de student verondersteld om informatie te kunnen geven volgens de regels van de kunst en in de jaren hierop wordt dit herhaald en verder uitgediept. Uitdieping: *shared decision-making* (informeren en samen beslissen over meerdere behandelopties), slechtnieuwsmededeling (dit is een bijzondere vorm van informatie geven), en in vele andere gesprekken en situaties (over medische fouten, voorafgaande zorgplanningsgesprekken, ongemotiveerde patiënten, ouderen, gesprekken met familieleden, enz.).

De inhoud van wat aan bod komt in de communicatielessen in de basisopleiding geneeskunde en MaMa specialistische geneeskunde is terug te vinden in het boek: Pardon, K., *Ik luister. Voorschriften voor een gezonde arts-patiënt communicatie*, Pelckmans, 2021. De lessen zijn voornamelijk gericht op het verwerven van basishoudingen van goede / effectieve communicatie (respect, empathie, echtheid, aanvaarding, enz.) en het aanleren van communicatievaardigheden in de praktijk in kleine groepen met levenschte casussen en simulatiepatiënten.

Manieren: dat is een goede vraag. We gaan ervanuit dat het aanleren van de juiste basishoudingen en vaardigheden van goede / effectieve arts-patiënt communicatie een cruciaal en noodzakelijk element is (wat ook blijkt uit onderzoek). Opleiding van artsen dus, maar daarnaast zijn er vele andere manieren mogelijk en nodig (bijvoorbeeld *empowerment* van patiënt, cultuur van de zorg / ziekenhuis, beleidsinitiatieven).

**7/Hoe kan de complementariteit van de verschillende geboorteprofessionals worden versterkt, zodat de patiënt de rol van elke actor tijdens de bevalling begrijpt en weet welke procedures kunnen worden uitgevoerd in geval van complicaties?**

Er zijn multidisciplinaire sessies ethiek aan de hand van casussen voorzien met vroedkunde / verpleegkunde / laboranten aan de Erasmus Hogeschool Brussel (samenwerking Lien Verlaak-Michel Deneyer).

### III. SCHRIFTELIJKE BIJDRAGEN: JURIDISCHE ASPECTEN

#### A. *Association des médiateurs d'institutions de soins (AMIS), Céline Cobut*

Alvorens de ons voorgelegde vragen te beantwoorden over de bemiddelingsaspecten, wensen wij de volgende opmerkingen en preciseringen te maken:

##### a) Wat de ziekenhuisbemiddeling, de werking en de bemiddelaars betreft

Iedere patiënt die oordeelt dat zijn rechten betreffende een medische handeling in een ziekenhuis geschonden zijn, kan een beroep doen op de bemiddeling «rechten van de patiënt».

De bemiddelaar, die in elk ziekenhuis aanwezig is, werkt volledig onafhankelijk. Deze is neutraal en onpartijdig. Hij of zij is gebonden aan het beroepsgeheim. De ziekenhuisbemiddelaar speelt ook een informatieve en preventieve rol.

Wanneer hij of zij een klacht ontvangt, neemt de bemiddelaar contact op met de verschillende betrokken partijen. In alles wat de bemiddelaars ondernemen, proberen zij eerst de rechtstreekse dialoog tussen de partijen te herstellen. Als één van de partijen weigert een andere te ontmoeten, fungeert de bemiddelaar als tussenpersoon en begeleidt hij of zij hen om tot een oplossing te komen die voor iedereen aanvaardbaar is. Als de onenigheid aanhoudt, moet de bemiddelaar de patiënt op de hoogte brengen van de andere bestaande procedures en doorverwijzen naar de bevoegde diensten.

Een patiënt kan zich laten vertegenwoordigen door een vertrouwenspersoon naar eigen keuze, en de bemiddeling is volledig gratis.

##### b) Betreffende deze rondvraag:

AMIS benadrukt dat het aantal antwoorden dat zij van de leden heeft ontvangen, onvoldoende is om algemene conclusies te trekken op basis van een totaalbeeld van de praktijken in de Waalse en Brusselse ziekenhuisinstellingen.

De vragenlijst werd immers tijdens de zomerperiode voorgelegd en de antwoordtermijnen waren vrij kort.

Onder dit voorbehoud kan AMIS de volgende antwoorden geven:

##### ***1/Welke bemiddelingsmogelijkheden staan er ter beschikking van de patiënten in het kader van obstetrisch of gynaecologisch geweld?***

De bemiddelingsdienst «rechten van de patiënt» is bevoegd om klachten te behandelen betreffende de patiëntenrechten die vervat zijn in de wet van 22 augustus 2022. Dergelijke klachten kunnen aanleiding geven tot een bemiddelingsproces.

Ter herinnering, de patiënt heeft recht op:

- kwaliteitsvolle dienstverlening;
- vrije keuze van de beroepsbeoefenaar;
- informatie over zijn gezondheidstoestand;
- op basis van vooraf verstrekte informatie, vrij instemmen met iedere medische handeling;
- informatie over de verzekering van de beroepsbeoefenaar en diens machtiging om zijn beroep uit te oefenen;
- een zorgvuldig bijgehouden dossier dat hij kan raadplegen en waarvan hij een kopie kan nemen;
- bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer;

- het indienen van een klacht bij de bemiddelingsdienst.

Uit het bovenstaande blijkt dat klachten die rechtstreeks of onrechtstreeks gewag maken van vormen van gynaecologisch en obstetrisch geweld / mishandeling in aanmerking kunnen komen voor een bemiddelingsproces.

Het bemiddelingsproces houdt in dat de betrokken beroepsbeoefenaar en/of eventueel zijn verantwoordelijke (als de naam van de beroepsbeoefenaar niet gekend is) op de hoogte wordt gebracht van de klacht. De bemiddelaar vraagt aan de betrokkenen hoe zij de situatie die de patiënt heeft beschreven, ervaren hebben. In het kader van de bemiddeling kan ook een ontmoeting worden georganiseerd tussen de patiënt en de zorgverleger(s), zodat de partijen een dialoog kunnen aangaan over wat er gebeurd is. Wij herinneren eraan dat beide partijen vrijwillig deelnemen aan een bemiddeling.

## ***2/In welke mate en hoe vaak wordt obstetrisch en gynaecologisch geweld vandaag bestraft (of wordt er een procedure opgestart)?***

De bemiddelaars classificeren hun dossiers op basis van de bovenvermelde rechten. Gynaecologisch en obstetrisch geweld / mishandeling wordt momenteel niet formeel geïnventariseerd of geklassificeerd in het kader van de bemiddeling.

Vandaag beschikken bemiddelaars niet over een wettelijke grondslag of duidelijke criteria om aan een dossier de status van gynaecologisch en obstetrisch geweld / mishandeling toe te kennen. Het is dus niet mogelijk om aan te geven hoe vaak of hoe frequent er procedures worden opgestart.

Bovendien staat in bemiddeling de dialoog centraal, en niet de verantwoordelijkheid, waardoor de kwestie van de sancties er niet ter sprake komt. Deze kwestie wordt behandeld in een andere interne procedure binnen de ziekenhuisinstellingen en in samenspraak met hun directies. Aangezien deze klachtenprocedures (normaal gezien) afzonderlijk verlopen, beschikken de bemiddelingsdiensten (normaal gezien) niet over deze informatie over de sancties.

## ***3/Welke oplossingen ziet u om obstetrisch of gynaecologisch geweld te bestrijden?***

Ervoor zorgen dat de kwestie duidelijk, welomschreven en nauwkeurig wordt voorgesteld zodat een officiële inventarisering kan worden opgestart en een bewustmaking van alle actoren ontstaat.

Een peiling in die zin organiseren onder de vrouwelijke bevolking om een duidelijker beeld te krijgen van gynaecologisch en obstetrisch geweld / mishandeling in België.

Opleidingen organiseren die zorgverleners informeren over de definitie en de kenmerken van deze kwestie.

Vaker een beroep doen op «partnerpatiënten» om hen in staat te stellen op uiteenlopende vlakken samen te werken met ziekenhuisinstellingen (bewustmaking, samenstelling van brochures video's, seminars, enz.).

De bemiddelingsdiensten «rechten van de patiënt» en de mogelijkheden om er een beroep op te doen bekender maken bij het grote publiek, zodat patiënten vrijer en met vertrouwen kunnen spreken.

Om te voorzien in langere consultaties en voldoende personeel zijn de factoren «tijd» en «middelen» belangrijk.

De zorgverleners bewust maken van het belang van dialoog, met het oog op een grotere luisterbereidheid, duidelijker en nauwkeuriger informatieverstrekking aan de patiënten en een betere samenwerking (rekening houdend met de behoeften en verwachtingen van de patiënt).

De geïnformeerde toestemming van de patiënt systematisch vragen bij elke handeling.

De patiënten aanmoedigen om uit te drukken wat zij ervaren, hen in alle vertrouwen en sereniteit vragen stellen.

Deze lijst is uiteraard niet exhaustief.

**4/Zijn er volgens u grijze zones in de wet van 2002 betreffende de rechten van de patiënt of zijn er wetgevende aanpassingen nodig? Zo ja, welke?**

Obstetrisch en gynaecologisch geweld / mishandeling raakt aan verschillende patiëntenrechten die beschermd worden door de wet van 2002: een kwaliteitsvolle zorgverlening, geïnformeerd worden over zijn gezondheidstoestand, vrij en voorafgaand instemmen met de behandeling.

Zoals hierboven aangegeven, moet de problematiek duidelijk beschreven en geïntegreerd worden en moet worden bepaald hoe men ermee omgaat in een bemiddeling.

Met de juiste tools, informatie, steun en aanmoediging, kan de bemiddeling «rechten van de patiënt» op dit en andere vlakken een krachtig instrument zijn om vooruitgang te boeken in de bewustwording van wat gynaecologisch en obstetrisch geweld / mishandeling echt betekent voor de betrokken patiënten.

**5/Wat kunt u ons vertellen over de manier waarop de zorgverstrekkers en zorginstellingen opgeleid en geïnformeerd zijn over de wettelijke aspecten betreffende hun praktijk?****5.1/Komen deze aspecten volgens u voldoende aan bod tijdens de bijscholing?**

AMIS beschikt niet over voldoende informatie om op deze vraag te antwoorden.

**5.2/Maken zij deel uit van de informatie die wordt verstrekt door de ziekenhuizen of verzekерingsmaatschappijen?**

AMIS veronderstelt dat de vraag moet zijn: «Maken zij deel uit van de informatie die wordt verstrekt AAN de ziekenhuizen of verzekeringsmaatschappijen?».

AMIS herinnert eraan dat de bemiddelaar verplicht is de patiënt op de hoogte te brengen van de andere bestaande procedures en eventueel door te verwijzen naar de bevoegde diensten. Het indienen van een aanvraag bij de verzekering van het ziekenhuis is één van die «andere bestaande procedures» waarnaar een patiënt kan worden doorverwezen.

AMIS beschikt echter niet over voldoende informatie om nauwkeuriger op deze vraag te antwoorden.

**6/Vindt u dat het adviescomité over andere aspecten moet worden ingelicht? Zo ja, welke?**

AMIS is steeds bereid om de samenwerking over deze kwestie voort te zetten zodat het adviescomité over zoveel mogelijk informatie ter zake kan beschikken.

#### IV. GEBRUIKTE ACRONYMEN

ABeFUM:	<i>Association belge francophone d’ultrasonologie médicale</i>
AFSFC:	<i>Association francophone des sages-femmes catholiques</i>
ASO’s:	artsen specialisten in opleiding
AXXON:	Beroepsvereniging kinesitherapie
BAC:	bachelor
CRGOLFB:	<i>Collège royal des gynécologues-obstétriciens de langue française de Belgique</i>
EBM:	<i>evidence based medicine</i>
GAMS:	Groep voor de afschaffing van vrouwelijke genitale vermindering
GIP:	<i>Groupe interdisciplinaire-interuniversitaire de périnatalité</i>
GOG:	gynaecologisch en obstetrisch geweld
GVG:	vrouwelijke genitale vermindering
KAGB:	Koninklijke Academie voor geneeskunde van België
KCE:	Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg
KUL:	Katholieke Universiteit Leuven
LGBTIQA+:	personen die lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transgender, intersekse, <i>queer</i> , en/of aseksueel zijn alsook personen met andere seksuele en romantische oriëntaties, genders en gelachten
LOK:	lokale kwaliteitsgroepen
ManaMa:	master na master
MIC:	<i>Maternal Intensive Care</i>
ONE:	<i>Office de la naissance et de l’enfance</i>
OVUNOKU:	Overlegorgaan van Vlaamse Universiteiten met de opleiding kinesitherapie
PGO:	probleemgetsuurd onderwijs
SDM:	<i>shared decision making</i>
UA:	Universiteit Antwerpen
ULB:	<i>Université libre de Bruxelles</i>
UpSfb:	<i>Union professionnelle des sages-femmes belges</i>
UZ:	universitair ziekenhuis
VBOV:	Vlaamse beroepsorganisatie van vroedvrouwen
VUB:	Vrije Universiteit Brussel
VVOG:	Vlaamse Vereniging voor obstetrie en gynaecologie
WGO:	Wereldgezondheidsorganisatie