

|  |  |
| --- | --- |
| **Gemeenschappelijk advies over obstetrisch en gynaecologisch geweld[[1]](#footnote-1)** | **Avis conjoint sur la violence obstétricale et gynécologique[[2]](#footnote-2)** |
|  |  |
| **Het belang van de erkenning van het bestaan van mis(be)handeling van vrouwen tijdens de bevalling** | **L’importance de reconnaître la réalité de la maltraitance de certaines femmes lors de l’accouchement** |
|  |  |
| 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 12 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). | 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 12 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). |
|  |  |
| De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) 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 (WGO, 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). | 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). |
|  |  |
| Obstetrisch en gynaecologisch geweld (OGG) 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 OGG (Jardim *et al.*, 2018). | 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). |
|  |  |
| De Academies voor Geneeskunde van België erkennen de noodzaak om adequate oplossingen aan te reiken voor OGG 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 OGG moeten deel uitmaken van de maatregelen om er komaf mee te maken. | 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. |
|  |  |
| **Methodologie die werd gebruikt om de vragen van de Senaat te beantwoorden** | **Méthodologie utilisée pour répondre aux questions du Sénat** |
|  |  |
| In samenwerking met de beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen voor gynaecologie (Vlaamse Vereniging Voor Obstetrie en Gynaecologie - VOGG 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 OGG geëvalueerd. Zoals gevraagd, bedragen de afzonderlijke adviesteksten in beide landstalen niet meer dan 8 bladzijden. | 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, ethique 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 recommendations n’excèdent pas 8 pages dans chaque langue. |
|  |  |
| **Aanbevelingen en bestaande instrumenten** | **Recommandations et outils existants** |
|  |  |
| Overheidsinstanties zoals het Federaal Kenniscentrum/Centre Fédéral d’Expertise (KCE), Kind en Gezin/Office de la Naissance et de l’Enfant (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). | Des organismes publics comme le Federaal Kennis centrum/Centre Fédéral d'Expertise (KCE), Kind en Gezin/Office de la Naissance et de l’Enfant (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 »* (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. | 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). |
|  |  |
| 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 (bv. 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. | 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 pluridisciplinaires, la collaboration entre gynécologues, sages-femmes, médecins généralistes, psychologues, pédiatres, kinésithérapeutes sont donc importantes. |
|  |  |
| De Academies zijn van oordeel dat de recente aanbevelingen van de CROGLFB en de VOGG 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 OGG of klachten van moeders moeten worden gedocumenteerd. Ze moeten besproken worden tijdens een bijeenkomst van het verloskundige team en in een register worden opgenomen. | 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. |
|  |  |
| **Antwoorden op de vragen van de Senaat** | **Réponses aux questions du Sénat** |
|  |  |
| *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?* | *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 ?* |
|  |  |
| 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 (3e licentie of 1e master) en in cursussen medische ethiek (gewoonlijk 1e of 2e 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. | 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 (3e licence ou 1er master) et dans des cours d’éthique médicale (généralement 1er ou 2e 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. Wordt er in het leerplan (of in de bij- en nascholing) aandacht besteed aan de soorten misbruik waarmee OGG 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 OGG?* | 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 ?* |
|  |  |
| 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 OGG 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. | 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, anesthésiste-obstétricaux, infirmiers spécialisés et sages-femmes. Ces actions ciblées sont limitées aux spécialistes diplômés. Les médecins généralistes ne sont pas ou peu impliqués. |
|  |  |
| De Academies bevelen aan om een nationaal programma te organiseren waarin de basisaspecten van de preventie van OGG 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, ... | 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 (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... |
|  |  |
| 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 OGG 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. | 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. |
|  |  |
| 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. | 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. |
|  |  |
| 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). | 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. Heeft u in dit verband aanbevelingen voor een betere opleiding van beroepsbeoefenaars met betrekking tot de twee vorige vragen?* | *3. A cet égard, avez-vous des recommandations à faire pour améliorer la formation des professionnels sur les deux questions précédentes ?* |
|  |  |
| De lichamelijke en mentale gevolgen en het voorbijgaande of ernstigere emotionele leed waarmee OGG 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 1e of 2e master), door hoogleraars algemene geneeskunde / deontologie / ethiek / gynaecologie-verloskunde en urologie. Aan het begin van de stages van de 2e en 3e 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. | 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 1er ou 2e master) dispensé par les professeurs de médecine générale / déontologie / éthique / gynécologie-obstétrique et urologie. Au début des stages pratiques de 2e et 3e 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. |
|  |  |
| 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 OGG 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 OGG door plaatselijke teams zal het belang van professionaliteit en voorlichting om OGG te voorkomen helpen onderstrepen. | 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. |
|  |  |
| 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. | 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. Zijn er in de loop van de tijd opmerkelijke ontwikkelingen geweest over deze kwesties in het onderwijs aan studenten (of in de bijscholing)?* | *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 ?* |
|  |  |
| De problematiek van OGG 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. | 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. 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?* | *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 LGBTIQA+ ?* |
|  |  |
| 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. | 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. |
|  |  |
| *‘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 godsdienstige overtuigingen, van ras of geaardheid en zonder onderscheid van vermogenstoestand van de betrokkene.’* (Extract uit de Code van medische déontologie, Artikel 30, 1, §6.<https://ordomedic.be/nl/code-2018/integriteit/30>) | « *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). |
|  |  |
| Dit geldt ook voor kwetsbare en LGBTIQA+-patiënten. 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, ...). 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. | Cela s’applique également aux patients vulnérables et LGBTIQA+. 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,..). 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 LGBTIQA+ nécessite ainsi un enseignement dédié, adressé à tous les étudiants et pas seulement aux stagiaires en gynécologie-obstétrique. |
|  |  |
| 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. | 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 prénatales 2022 (Benahmed *et al.*, 2019 ; Alexander *et al.*, 2022). Kind en Gezin et l’ONE sont actifs dans ce domaine. |
|  |  |
| *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?* | *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 ?* |
|  |  |
| 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. | 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 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. |
|  |  |
| 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. | 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. |
|  |  |
| 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 laagrisicozwangerschap. Deze concepten moeten in de dagelijkse praktijk worden toegepast door een passende supervisie en besprekingen over de vermoedelijke gevallen van OGG. | 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. 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?* | *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 ?* |
|  |  |
| 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. | 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 néonatologues ou des pédiatres, des sages-femmes et des stagiaires, pour créer un esprit d’équipe pour l’enseignement et la pratique quotidienne. |
|  |  |
| **Aanbeveling** | **Recommandation** |
|  |  |
| Tot slot wensen de Academies te benadrukken dat de voorgestelde strategieën om OGG 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-routinematige 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. | 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 reproductifs 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 néonatals 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. |
|  |  |

**Literatuurlijst/Bibliographie**

[Alexander](https://www.deboecksuperieur.com/auteur/sophie-alexander) Sophie, [Barlow](https://www.deboecksuperieur.com/auteur/patricia-barlow) Patricia, [Ceysens](https://www.deboecksuperieur.com/auteur/gilles-ceysens) Gilles, [Emonts](https://www.deboecksuperieur.com/auteur/patrick-emonts) Patrick, [Jadin](https://www.deboecksuperieur.com/auteur/philippe-jadin) Philippe, [Buyse](https://www.deboecksuperieur.com/auteur/celine-buyse) Céline, [Eykerman](https://www.deboecksuperieur.com/auteur/magali-eykerman) Magali, [Grizi](https://www.deboecksuperieur.com/auteur/mina-mhallem-grizi) Mina Mhallem, [Morales](https://www.deboecksuperieur.com/auteur/ingrid-morales) Ingrid, [Steenhaut](https://www.deboecksuperieur.com/auteur/patricia-steenhaut) Patricia, [Van Linthout](https://www.deboecksuperieur.com/auteur/christine-van-linthout) Christine. Guide Consultation prénatale 2022.

Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S. (2019) 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, Gülmezoglu AM. T[he Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26126110/) PLoS Med. 2015 Jun;12(6):e1001847.

[Danilack](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Danilack%20VA%5BAuthor%5D) VA, [Nunes](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Nunes%20AP%5BAuthor%5D) AP, [Phipps](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Phipps%20MG%5BAuthor%5D) 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](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Jungari+S&cauthor_id=31630667)S, [Sharma](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Sharma+B&cauthor_id=31630667)B, [Wagh](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Wagh+D&cauthor_id=31630667) 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. Available from: http:// onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12593/epdf.

Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, Markovitz A, Ndwiga 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.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29020966/) 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 Ӧ, Oladapo OT, Souza JP, Gülmezoglu AM. [Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29117644/) .BJOG. 2018 Jul;125(8):932-942.

WHO statement (2014). The prevention and elimination of disrespect andabuse during facility-based childbirth.

http://apps.who. int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO\_RHR\_14.23\_eng.pdf?ua=1&ua=1

1. Het advies werd voorbereid door een gemeenschappelijke commissie, samengesteld uit Sigrid Sterckx, Herman Tournaye, Theo Van Achterberg, Paul Van Royen, André Van Steirteghem (voorzitter) en Brigitte Velkeniers (voorzitter KAGB) voor de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, en Pierre Bernard, Philippe Boxho, Georges Casimir (vast secretaris ARMB), Patrick Emonts, Jean-Michel Foidart (voorzitter, verslaggever), Didier Giet, Michelle Nisolle, Marco Schetgen en Dominique Vanpee voor de Académie royale de Médecine de Belgique. Als externe experten werd de medewerking gevraagd van Toenga De Vos en Magali Verheecke (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) en van Pierre Bernard (UCLouvain) en Patrick Emonts (ULiège).

De Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België en de Académie royale de Médecine de Belgique keurden het advies goed op 15 juni 2022. [↑](#footnote-ref-1)
2. L’avis a été préparé par une commission commune composée de Sigrid Sterckx, Herman Tournaye, Theo Van Achterberg, Paul Van Royen, André Van Steirteghem (président) et Brigitte Velkeniers (présidente KAGB) pour la Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, et Philippe Boxho, Georges Casimir (secrétaire perpétuel ARMB), Jean-Michel Foidart (président, auteur), Didier Giet, Michelle Nisolle, Marco Schetgen et Dominique Vanpee pour l’Académie royale de Médecine de Belgique, avec la collaboration extérieure de Toenga De Vos en Magali Verheecke (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) et de Pierre Bernard (chef de service Maternité UCLouvain) et Patrick Emonts (Professeur d’Obstétrique ULiège).

La Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België et l’Académie royale de Médecine de Belgique ont approuvé l’avis en date du 15 juin 2022. [↑](#footnote-ref-2)