

# Le trajet de soins Naissance en Belgique : état des lieux et proposition(s)

Gauthier Vandeleene et Hervé Avalosse – Service d'études

### Résumé

*Cet article explore le suivi des mamans durant et après leur grossesse par divers prestataires de soins (gynécologue, sage-femme et kinésithérapeutes principalement). Nous explorons dans quelle proportion les mamans ont été en contact avec ces prestataires ainsi que le volume de contacts effectifs dont elles ont bénéficié.*

*Ainsi, pour les mamans affiliées à la MC, nous avons pu observer les grandes tendances suivantes :*

- *une activité importante de la part des gynécologues : ils sont surtout présents durant la grossesse (en moyenne, près de 12 contacts), moins après l'accouchement (de 1 à 2 contacts dans les 3 mois qui suivent la naissance);*
- *une activité en croissance des sages-femmes (en moyenne, près de 4 contacts durant la grossesse et 5 contacts dans les 3 mois après la naissance);*
- *une présence non négligeable des kinésithérapeutes : 30% des mamans ont eu des séances de kinésithérapie durant la grossesse, près de 70% dans les trois mois qui suivent la naissance.*

*Mais nous avons également trouvé que toutes les mamans ne sont pas suivies de la même façon : il y a des variations régionales non négligeables ainsi qu'un gradient social en défaveur des mamans qui bénéficient de l'intervention majorée (BIM) (indicateur d'un faible niveau de revenus). On observe des situations extrêmes dans le suivi : d'un côté, il semble que beaucoup de femmes bénéficient de nombreux contacts si on prend en compte plusieurs spécialités; d'un autre, une proportion non négligeable de mamans sont (beaucoup) trop peu suivies. De sorte qu'au final, on est face à un paradoxe : malgré une activité conséquente des prestataires, le suivi systématique n'est pas garanti ni en prénatal ni en postnatal.*

*Cette constatation a déjà été mise en avant par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Pour améliorer les choses, le KCE plaide pour l'instauration d'un parcours intégré et coordonné de soins pré et postnatal. On aurait ainsi la garantie que les prestations nécessaires soient bien délivrées, en fonction des besoins de la (future) maman.*

**Mots-clés :** Naissance, sage-femme, gynécologue, kinésithérapeute

## 1. Introduction

Chaque année en Belgique, on dénombre plus de 110.000 naissances. Même si ce nombre va décroissant depuis dix ans, il n'empêche qu'une majorité de femmes en Belgique accoucheront au moins une fois dans leur vie. C'est donc à la fois un acte très commun (car très répandu dans la population) et très particulier (car chaque femme n'aura pas « beaucoup » d'expériences de la sorte). C'est un moment qu'il faut préparer, seul ou avec l'aide d'un professionnel. C'est aussi une période où la santé de la future maman (et de son

bébé) est très surveillée, à juste titre. C'est ce qu'on appellera dans cet article « le trajet de soins Naissance » : un ensemble de prestations de santé prodiguées aux (futures) mamans durant leur grossesse, ces prestations étant remboursées par l'assurance obligatoire soins de santé.

Néanmoins, si la notion de trajet de soins induit une certaine coordination et systématisme dans le suivi des futures mamans, on peut dire que, paradoxalement, ce trajet n'existe

pas vraiment en Belgique au sens propre du terme : il n'y a aucune obligation de suivi pour une future maman, aucun trajet « Naissance » à proprement parlé. Ceci est laissé à l'appréciation de la maman elle-même et des prestataires qu'elle verra. Chaque hôpital (ou centre de soins spécialisé dans les naissances) a ses propres recommandations pour le suivi des futures mamans, et libre à ces dernières de ne pas suivre ces conseils, que cela soit en pré et postnatal.

Dans cet article, nous allons tenter de déterminer les contours actuels du suivi des futures mamans. Ceci est motivé en grande partie par la (récente) décision de diminuer le nombre de jours passés par les mamans et leur(s) bébé(s) à la maternité : entre 2015 et 2019, ce séjour a diminué de près de 30% en moyenne pour les accouchements par voie basse. Cela a par conséquent entraîné un besoin plus important de suivi des (futures) mamans (en tout cas en postnatal) afin de les préparer au mieux au retour plus précoce à la maison.

Nous souhaitons être à la fois descriptif et établir quelques pistes pour l'amélioration de ce trajet de soins, dans l'esprit d'un récent rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) (Benahmed et al., 2019a) sur la question. Nous allons procéder comme suit. Nous établirons d'abord la méthode, présenterons ensuite comment les futures mamans sont suivies en prénatal, pour quelques professionnels de la santé, ainsi que le suivi en postnatal. Nous insisterons aussi sur les différences provinciales qui nous semblent importantes. Nous présenterons entretemps la diminution significative de la durée du séjour en maternité. Nous ferons ensuite le lien avec l'étude du KCE sur le trajet de soins, ainsi que sur des exemples de trajets de soins à l'étranger, afin de proposer finalement quelques pistes de réforme.

## 2. Méthode

Nous avons sélectionné toutes les mamans, membres de la MC, qui ont accouché entre 2011 et 2019. Cela représente environ 400.000 personnes sur la période étudiée. Toutes ces mamans ont autour de 29 à 32 ans (l'âge moyen augmente mais très légèrement). Nous avons tenu compte des naissances qui ont eu lieu à l'hôpital mais aussi celles qui ont eu lieu en dehors : il est évidemment possible de mettre un enfant au monde en dehors du milieu hospitalier, mais cela reste marginal dans notre pays (pour les mamans affiliées à la MC, cela représente

82 accouchements par an). Par contre, afin de pouvoir parler de « femmes » ou « mamans » (et personnaliser cette analyse) au lieu d'« accouchements », lorsqu'une femme a accouché deux fois la même année, nous avons enlevé le deuxième accouchement de l'analyse (cela reste bien sûr marginal, de l'ordre de 5 à 10 accouchements sur près de 44.000 par an).

Une proportion non négligeable de ces mamans sont bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), ce qui indique des revenus disponibles faibles. De plus, à l'échelle de la Belgique, cette proportion augmente (voir Figure 1<sup>1</sup>) : on passe de 9% en 2011 à un peu plus de 12% en 2019. Il y a, ici, de grandes variations : en 2019, la proportion de mamans BIM ayant accouché est de 30% à Bruxelles, 19 à 20% dans les provinces de Liège et du Hainaut, 15% dans la province d'Anvers. C'est un aspect auquel il faut rester attentif, toutes les mamans n'ont pas les mêmes opportunités pour pouvoir mettre en place un bon 'trajet naissance'. À noter que cette tendance n'est pas propre aux seules mamans, on l'observe également à l'échelle du groupe des femmes entre 20 et 40 ans, qu'elles aient accouché ou non au cours de l'année.

Pour toutes les mamans sélectionnées, nous avons regardé comment le suivi de la grossesse s'est déroulé, mais aussi dans quelle mesure certains soins ont été prodigués après la naissance. On regarde également quelques éléments liés à l'accouchement lui-même, comme le type d'accouchement, la durée de séjour à l'hôpital, le fait d'avoir eu ou non une péridurale.

À l'exception du suivi des bébés par les pédiatres, tous les résultats qui suivent sont exprimés par rapport aux mamans. Par exemple, un indicateur comme le taux de suivi par les sages-femmes exprime le pourcentage de mamans ayant eu au moins un contact avec une sage-femme. En ce qui concerne l'estimation du volume de contacts, nous tenons compte uniquement des (futures) mamans qui ont eu au moins un contact effectif avec un prestataire de soins donné. C'est sur cette base que la distribution du nombre de contacts avec ce prestataire est calculée.

Enfin, par rapport aux grossesses qui font l'objet des analyses qui suivent, on a tenu compte aussi bien des grossesses normales que celles dites 'à risque' (que nous n'avons donc pas exclues). Quelle est la proportion de grossesses 'à risque' ? Évidemment, tout dépend des facteurs de risque considérés. Une indication est donnée dans le rapport du KCE où la proportion de grossesses 'à risque'<sup>2</sup> est évaluée à 20% dans notre pays (pour la période 2010 à 2016).

1. Les provinces sont dénotées de la façon suivante : ANT=Antwerpen, BRW=Brabant wallon, HAI=Hainaut, LIE=Liège, LIM=Limburg, LUX=Luxembourg, NAM=Namur, OVL=Oost-Vlaanderen, VBR=Vlaams-Brabant, WWL=West-Vlaanderen. La Région de Bruxelles-Capitale est dénotée par BRU. BEL désigne la Belgique.

2. Les facteurs de risque retenus dans ce rapport du KCE sont les suivants :

- 1) l'âge : la maman a moins de 18 ans ou plus de 40 ans;
- 2) la présence de comorbidités préexistantes à la grossesse (par exemple : diabète, hypertension, etc.);
- 3) le fait que la maman a bénéficié de prestations spécifiques (dans la nomenclature de soins de santé) indiquant une grossesse à risque (pour les sages-femmes, il y a des séances dédiées aux grossesses à risque; présence requise d'un pédiatre au moment de l'accouchement) (Benahmed et al., 2019b, p. 89).

Figure 1 : Proportion de BIM parmi les mamans sélectionnées - 2011 et 2019

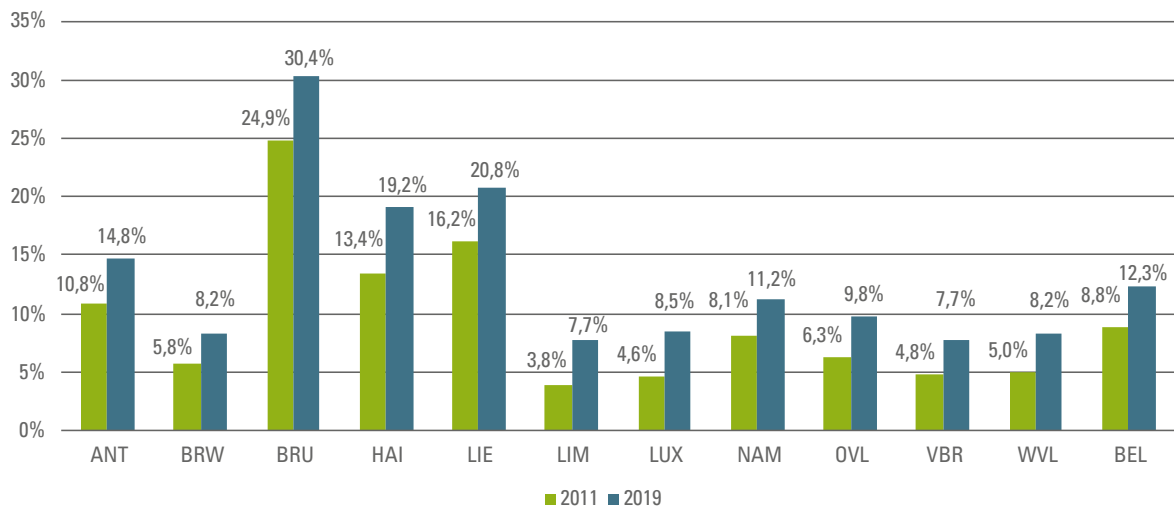
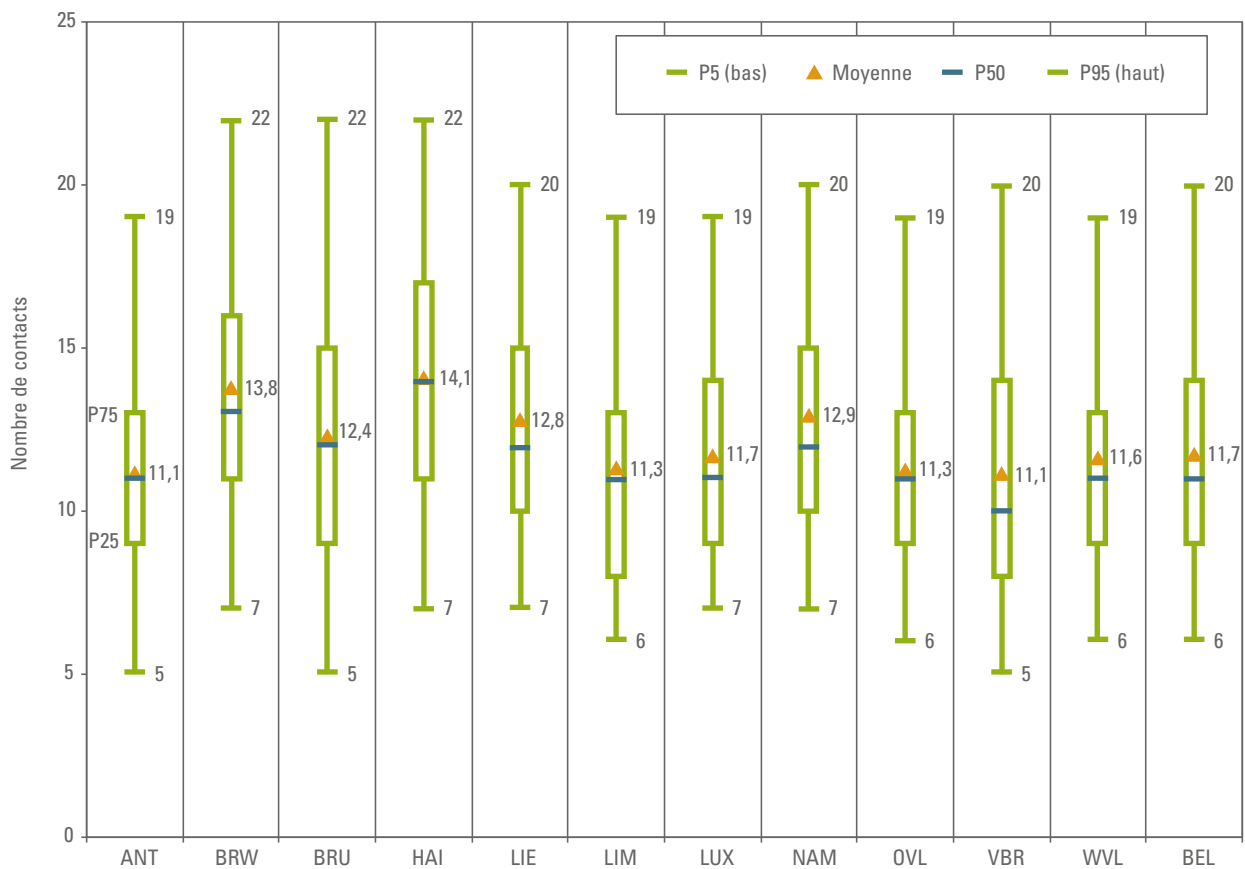


Figure 2 : Gynécologues - Nombre de contacts effectifs durant la grossesse – 2019



### 3. Les soins prénatals

On vise diverses prestations de santé<sup>3</sup> : les contacts avec les gynécologues, les sages-femmes, les kinésithérapeutes. On regarde aussi dans quelle mesure les mamans ont eu recours aux échographies, au dépistage du cytomégalovirus, au test diagnostique prénatal non invasif (test DPNI, utilisé afin de détecter la trisomie 21).

#### 3.1. Le suivi par les gynécologues

Les futures mamans sont quasi toutes suivies par un gynécologue. On vise ici les contacts ambulatoires ayant eu lieu durant la grossesse avant l'admission en maternité. Le taux de suivi par les gynécologues est de l'ordre de 99 à 100% et ne change pas au cours des années de la période étudiée (2011 à 2019). Le volume de contacts est élevé et ne varie pas beaucoup d'une année à l'autre, ce qui montre la place centrale du gynécologue dans le suivi d'une grossesse. Comme on peut le voir à la Figure 2, en 2019 et pour la Belgique, le volume de contacts est de l'ordre de 11 à 12 (médiane et moyenne). On note quand même que près de 25% des mamans ont eu 14 contacts et plus (P75) et que 5% d'entre elles ont eu 20 contacts et plus (P95). On observe également des variations régionales<sup>4</sup> : dans le Brabant flamand, on est plutôt autour de 10 à 11 contacts (en moyenne et médiane), tandis que dans le Hainaut, le nombre de contacts est de l'ordre de 14.

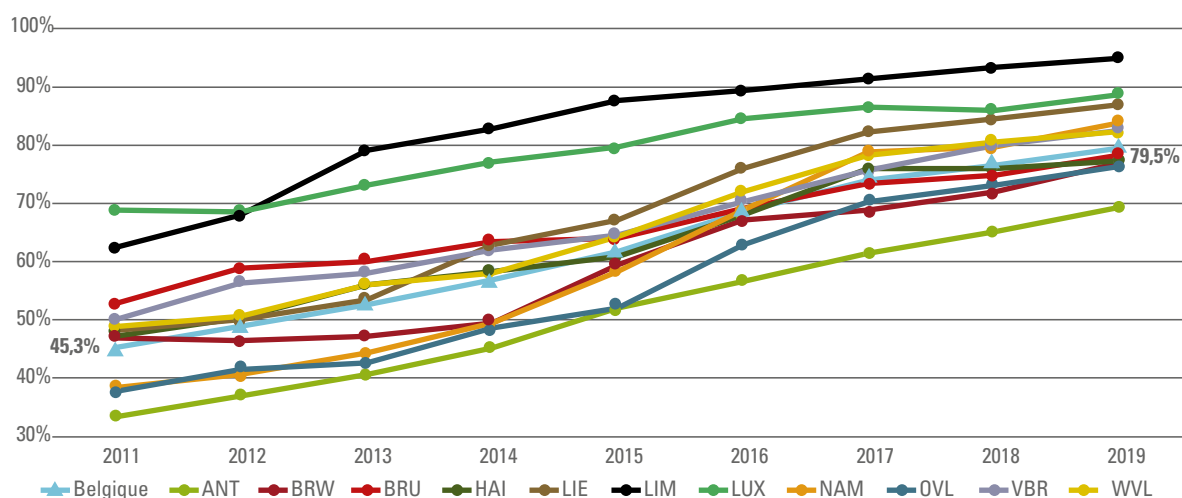
#### 3.2. Le suivi par les sages-femmes

La progression est ici spectaculaire. Comme on peut le voir à la Figure 3, le taux de suivi par les sages-femmes, avant la naissance, a considérablement augmenté : à l'échelle de la Belgique, on passe de 45% en 2011 à environ 80% en 2019. On fait encore mieux dans certaines provinces : au Limbourg, en 2019, 95% des futures mamans ont eu au moins un contact avec une sage-femme avant l'accouchement. Idem dans la province de Luxembourg où ce même pourcentage est de 89%. Par contre, dans la province d'Anvers, le taux de suivi en 2019 est plus faible que la moyenne nationale : 69%.

Au-delà de ces variations géographiques, il y a également un clivage social. À la Figure 4, on donne le taux de suivi par les sages-femmes selon le statut social de la maman (BIM / non BIM). Le taux de suivi progresse tant pour les mamans BIM que non BIM, mais pour ces dernières la progression est plus lente. En 2019, 82% des mamans non BIM ont bénéficié de contacts avec des sages-femmes. Mais du côté des mamans BIM, cette proportion diminue à environ 69%. On voit que cette différence sociale est permanente : l'écart entre BIM et non BIM tend même à s'accroître au cours de la période étudiée.

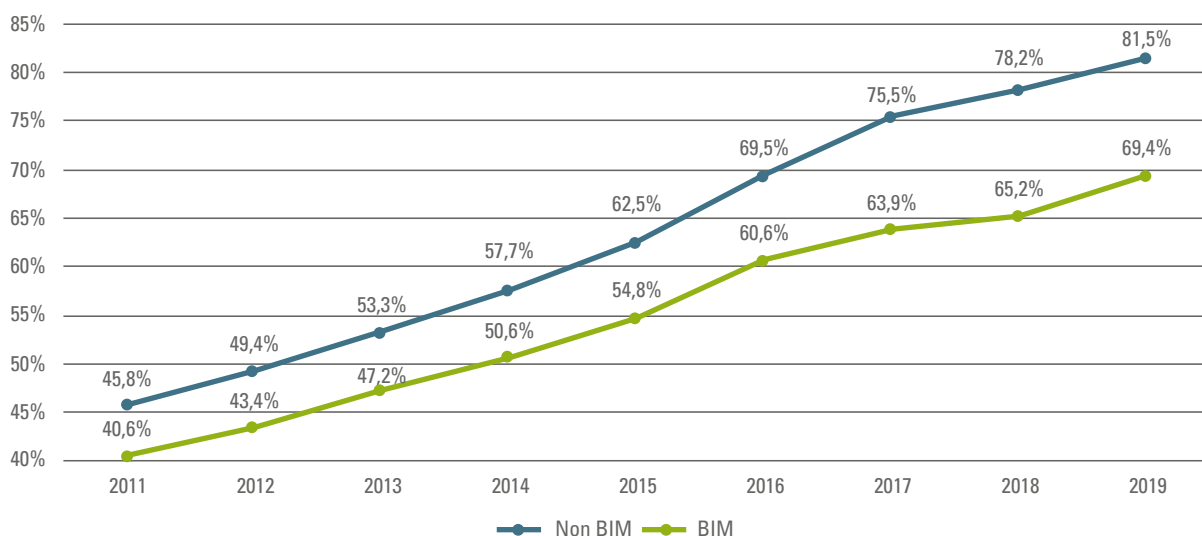
Le volume de contacts avec une sage-femme durant la grossesse a également augmenté légèrement. À l'échelle de la Belgique, le volume moyen de contacts passe de 3,2 en 2011 à 4,3 en 2019 (le volume médian passe de 2 à 3 sur la même période). Mais certaines mamans ont encore bien plus de contacts : comme on l'observe à la Figure 5, pour la Belgique

Figure 3 : Sages-femmes - Taux de suivi durant la grossesse – par province



3. Nous n'abordons pas les soins dentaires : la situation n'est pas différente de celle observée par rapport à la population en général. Voir les chiffres de l'enquête santé des Belges (Charafeddine et al., 2019).  
 4. Selon le lieu de résidence de la maman.

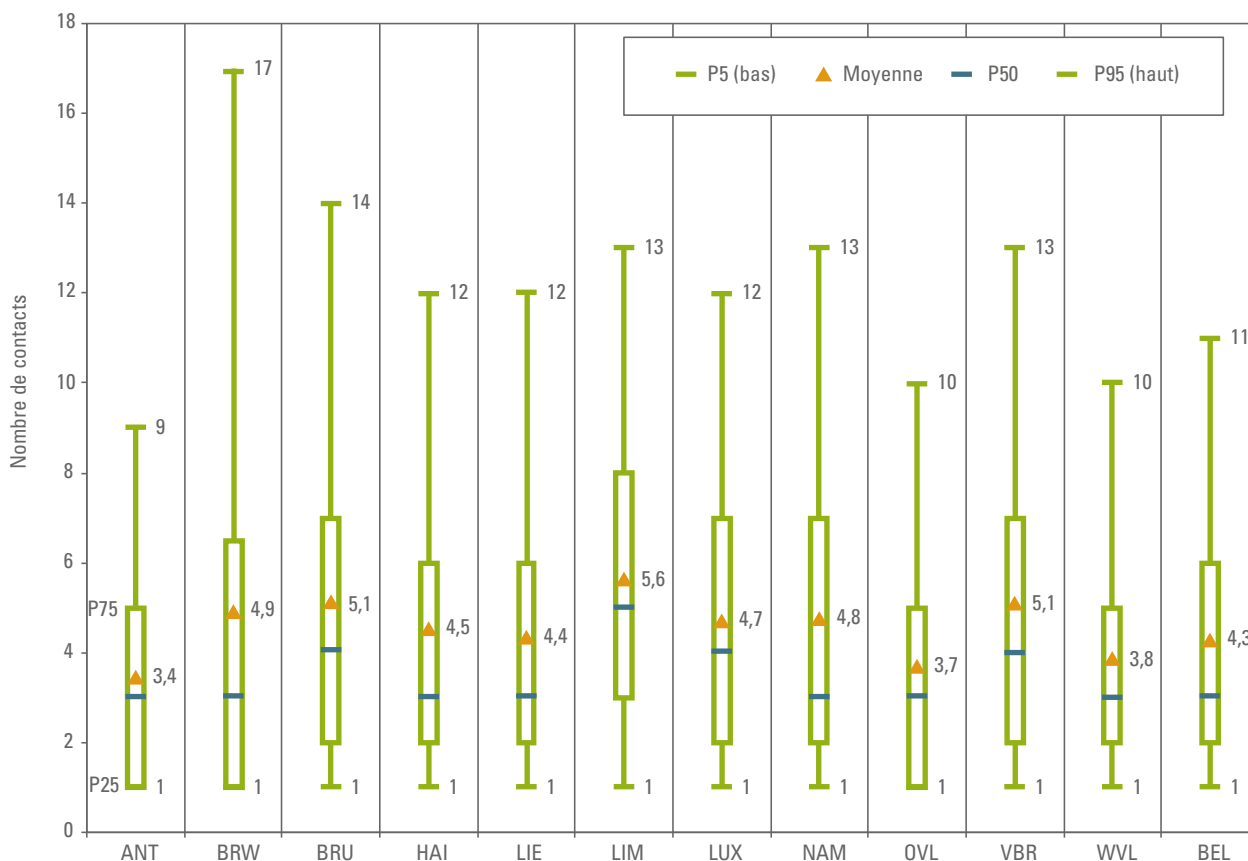
Figure 4 : Sages-femmes - Taux de suivi durant la grossesse – selon le statut social de la maman (Belgique)



en 2019, 25% des mamans ont eu 6 contacts et plus (P75) et 5% d'entre elles ont eu jusqu'à 11 contacts et plus (P95). On observe également des variations régionales :

en 2019, dans la province d'Anvers, le volume moyen et médian de contacts est de l'ordre de 3, tandis qu'au Limbourg, il est de 5 (médiane) à 6 (moyenne) contacts.

Figure 5 : Sages-femmes - Nombre de contacts effectifs durant la grossesse – 2019



### 3.3. Le suivi par les kinésithérapeutes

La proportion de femmes enceintes qui ont des contacts<sup>5</sup> avec des kinésithérapeutes est globalement très stable : à l'échelle de la Belgique, cette proportion est de 28% en 2011, elle augmente légèrement à 29% en 2019. Par contre, on remarque des variations régionales. À la Figure 6, en fonction du lieu de résidence de la maman, on reprend le taux de suivi par les kinésithérapeutes pour les années 2018 et 2019, les deux années étant considérées ensemble. Les écarts sont considérables : près de 37% des limbourgeoises ont eu des

contacts avec leur kinésithérapeute durant leur grossesse, par contre ce pourcentage est de 18% pour les liégeoises.

Au-delà des variations géographiques, on constate également un grand clivage social. À la Figure 7, on donne le taux de suivi par les kinésithérapeutes selon le statut social de la maman (BIM / non BIM). Du côté des mamans non BIM, elles sont près de 30% à bénéficier de contacts de kinésithérapie avant leur accouchement. Mais du côté des mamans BIM, cette proportion diminue à environ 11%. On voit que cette différence sociale est permanente : l'écart entre BIM et non BIM reste constant tout au long de la période étudiée.

Figure 6 : Kinésithérapeutes - Taux de suivi durant la grossesse – 2018 et 2019

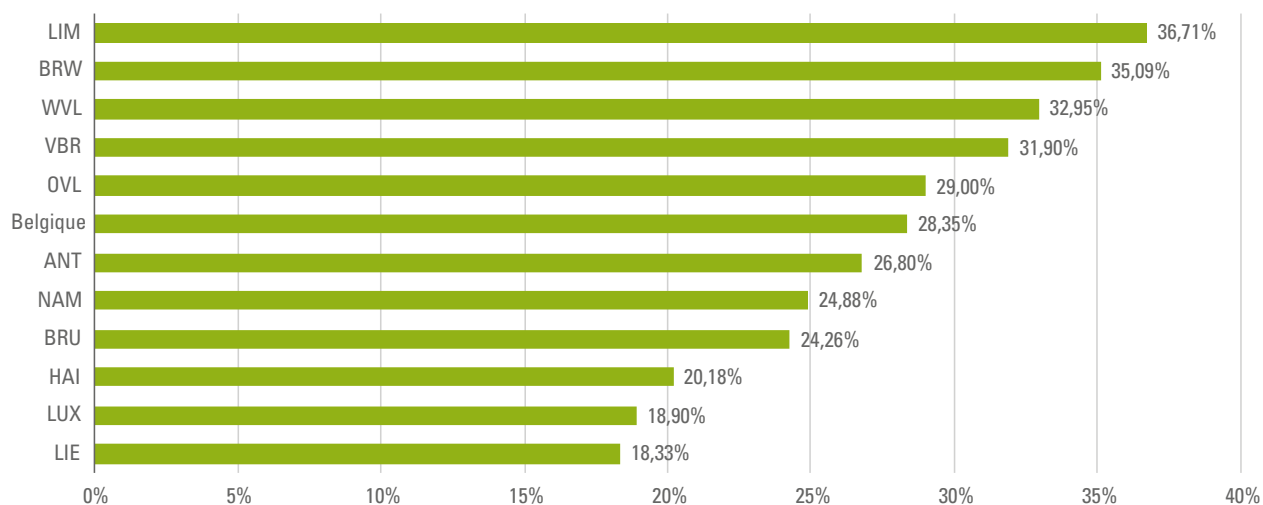
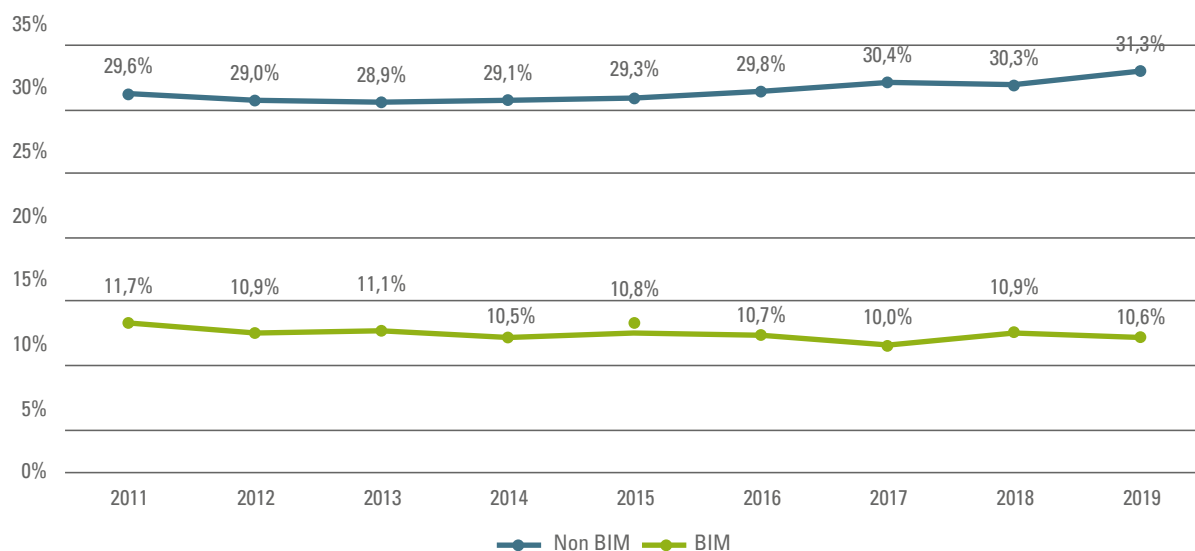


Figure 7 : Kinésithérapeutes - Taux de suivi durant la grossesse – selon le statut social de la maman



5. Tout type de contact avec les kinésithérapeutes.

Le volume de contacts avec les kinésithérapeutes est relativement stable : à l'échelle de la Belgique, le volume moyen de contacts passe de 7 en 2011 à 8 en 2019 (le volume médian passe de 5 à 6 sur la même période). Certaines mamans ont encore bien plus de contacts : comme on l'observe à la Figure 8, 5% d'entre elles ont eu jusqu'à 22 contacts et plus (P95). On observe également des variations régionales : en 2019, à Bruxelles, le nombre de contacts est de l'ordre de 4 (médiane) à 6 (moyenne), tandis qu'en province de Luxembourg, il est de 6 (médiane) à 9,5 (moyenne) contacts.

### 3.4. Les échographies, le test DPNI, le dépistage du cytomégalovirus

Du côté des échographies, il y a peu à dire : sur toute la période étudiée, la quasi-totalité des mamans en a eu au moins une durant leur grossesse. En volume, le nombre médian est de 3 à 4.

Le diagnostic prénatal non invasif (test DPNI) est utilisé afin de détecter la trisomie 21. Il est largement utilisé : en 2011, près de 79% des mamans y ont eu recours durant leur

grossesse. Cette proportion est passée à 89% en 2018, et à 91% en 2019. Il n'y a pas ou peu de variation régionale. Sur les deux dernières années de la période étudiée, on note toutefois que les mamans bruxelloises (83%) et anversoises (85%) ont eu un peu moins recours à ce test (moyenne à l'échelle de la Belgique : 90%).

Le dépistage du cytomégalovirus était largement utilisé jusqu'en 2017 (de l'ordre de 83% à 86% des mamans ont bénéficié de ce test durant leur grossesse). Mais comme on le voit à la Figure 9, ce taux diminue fortement et passe à 51% en 2018, puis à 43% en 2019. Ceci est le reflet d'une mesure prise en juillet 2017 : le dépistage du cytomégalovirus n'est plus remboursé durant une grossesse sauf cas de suspicion d'une infection.

On observe une grande variation géographique. Si on considère les années 2018 et 2019 ensemble, on observe (voir Figure 10) que la proportion de mamans ayant bénéficié du dépistage du cytomégalovirus durant leur grossesse varie du simple au double : de 35% dans la province d'Anvers jusqu'à près de 70% dans les provinces de Namur et du Brabant wallon.

Figure 8 : Kinésithérapeutes - Nombre de contacts effectifs durant la grossesse – 2019

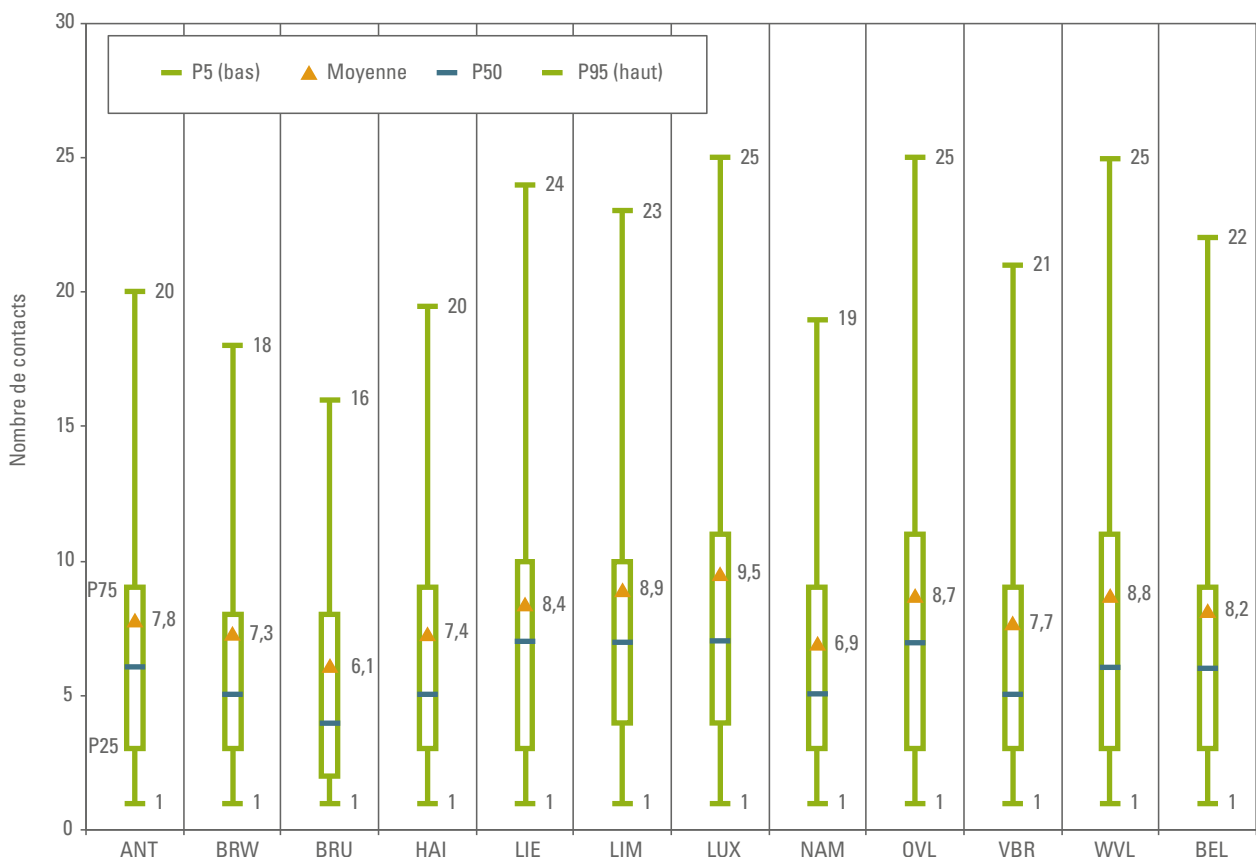


Figure 9 : Taux de dépistage du cytomégalovirus durant la grossesse

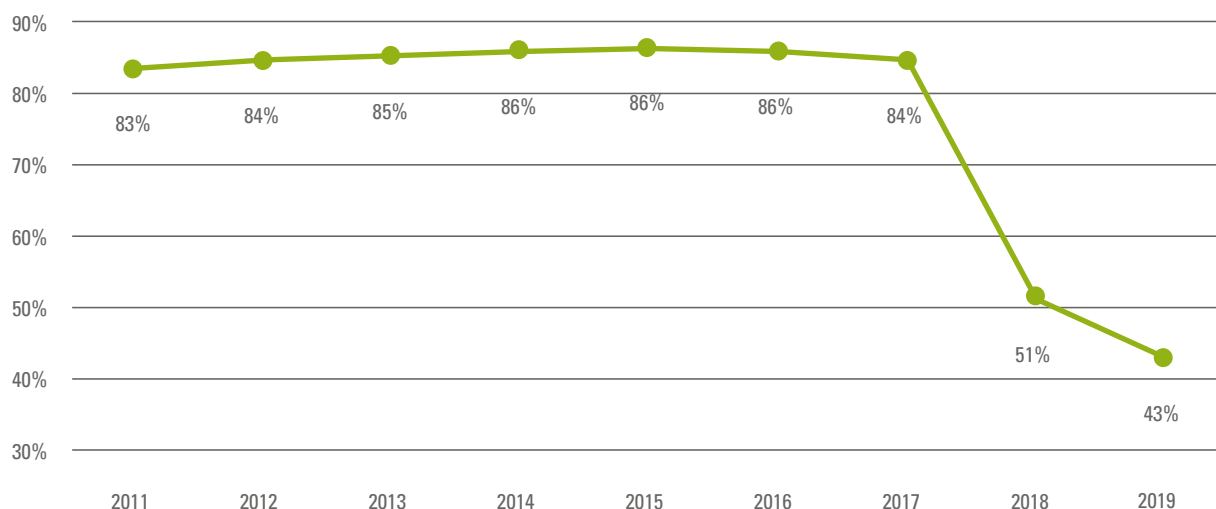
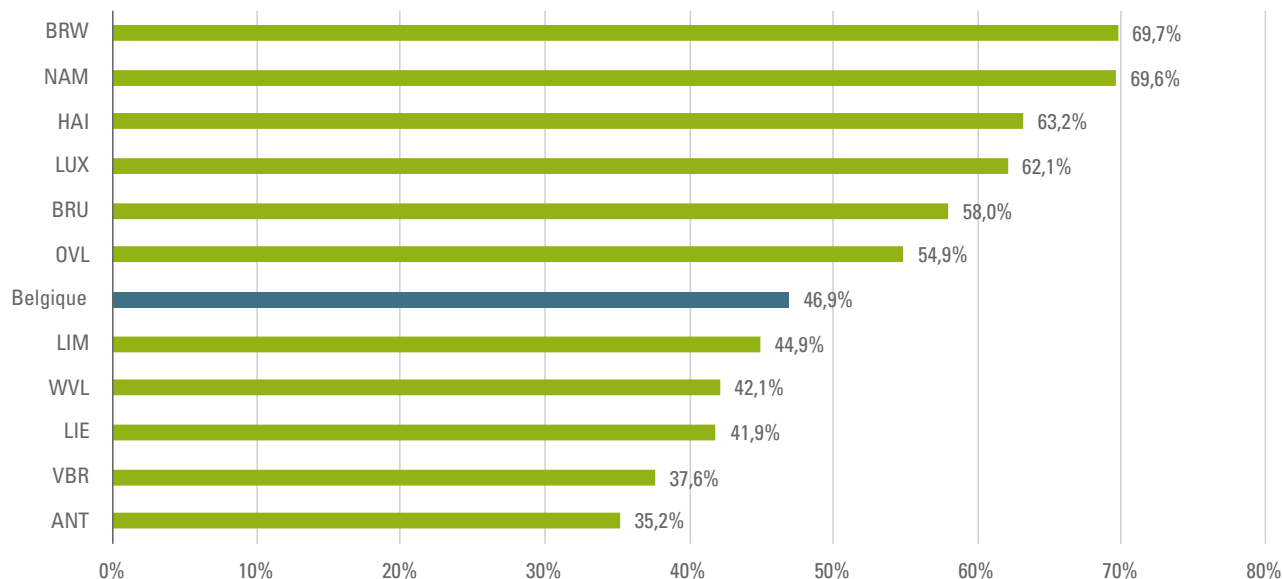


Figure 10 : Taux de dépistage du cytomégalovirus durant la grossesse – 2018 et 2019



#### 4. L'accouchement : quelques indications

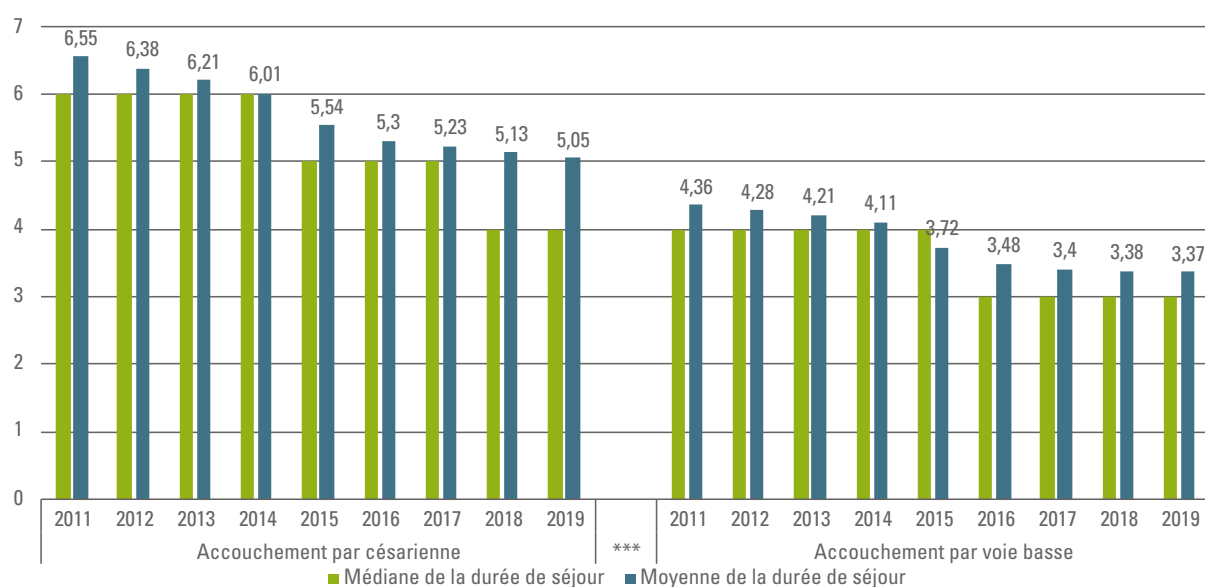
La proportion d'accouchements par césarienne est très stable et est de l'ordre de 20%<sup>6</sup>. On ne voit pas non plus de variations géographiques significatives. Par contre, la durée de séjour

est influencée par le type d'accouchement : elle est plus longue quand l'accouchement se fait par césarienne. Cette durée de séjour tend à diminuer progressivement. Comme on le voit à la Figure 11, de 2011 à 2019, la durée médiane de séjour en maternité suite à un accouchement par césarienne passe de 6 à 4 journées, la durée moyenne passe de 6,6 à 5,1 journées.

6. Les statistiques de l'OCDE indiquent un taux d'accouchement par césarienne de 21% pour la Belgique en 2017. Certains pays occidentaux ont des taux bien plus élevés : Royaume-Uni (27,4%), Luxembourg (29,7%), Allemagne (30,2%), États-Unis (32%). D'autres ont des taux plus faibles : Suède (16,6%), Pays-Bas (16,2%), Israël (14,8%) (OCDE, 2019). Dans sa 'déclaration sur les taux de césarienne', l'OMS indique « la communauté internationale de la santé considère que le taux de césarienne idéal se situe entre 10% et 15% » (OMS, 2014).



Figure 11 : Évolution de la durée de séjour selon le type d'accouchement



Tendance comparable pour les accouchements par voie basse : de 2011 à 2019, la médiane de la durée de séjour passe de 4 à 3 journées, la moyenne de 4,4 à 3,4 jours<sup>7</sup>.

La péridurale est largement utilisée : près de 80% des mamans y ont eu recours. Ce pourcentage est très stable au cours de la période étudiée et varie peu d'une province à l'autre.

## 5. Les soins postnatals

Pour le suivi postnatal dans les trois mois qui ont suivi l'accouchement, nous donnons quelques indications pour les contacts avec les sages-femmes, les kinésithérapeutes et les gynécologues. Par rapport au suivi des bébés, on regarde aussi dans quelle mesure ils ont été vus par un pédiatre.

### 5.1. Le suivi par les sages-femmes

À l'instar du suivi durant la grossesse, la progression est ici spectaculaire. Comme on peut le voir à la Figure 12, le taux de suivi par les sages-femmes, après la naissance, a considérablement augmenté : à l'échelle de la Belgique, on passe de 42% en 2011 à environ 86% en 2019. À peu près toutes les provinces arrivent au même taux, sauf le Hainaut (78%) et le Luxembourg (58%) qui sont significativement plus bas que la moyenne nationale.

Il est intéressant de noter que le taux de suivi pour les mamans ayant le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) est également en hausse. Comme on le voit à la Figure 13, ce taux est toujours inférieur à celui observé pour les mamans non BIM, mais l'écart entre les deux courbes se resserre au cours du temps. C'est très positif : les mamans BIM ont pratiquement autant de chances que les mamans non BIM de bénéficier de ce suivi. Probablement, les sages-femmes y veillent, en proposant ce suivi à toutes. De plus, il n'y a pas de barrière financière, ces prestations ne génèrent généralement pas de tickets modérateurs ou de suppléments.

Le volume de contacts avec une sage-femme dans les 3 mois qui suivent l'accouchement suit une tendance à la hausse. À l'échelle de la Belgique, le volume moyen de contacts passe de 4,1 en 2011 à 5,1 en 2019 (le volume médian passe de 3 à 5 sur la même période). Mais certaines mamans ont encore bien plus de contacts : comme on l'observe à la Figure 14, pour la Belgique en 2019, 25% des mamans ont eu 7 contacts et plus (P75) et 5% d'entre elles ont eu jusqu'à 10 contacts et plus (P95). On observe également des variations régionales : en 2019, dans la province de Luxembourg, le volume médian est de l'ordre de 2, le volume moyen est de l'ordre de 3, tandis qu'au Limbourg, il est de l'ordre de 8 contacts (médiane et moyenne).

7. En guise de comparaison, en 2017, la durée moyenne de séjour pour un accouchement par voie basse est de 4 jours au Luxembourg, 3,9 en France, 3,4 en Italie, 2,3 en Suède, 1,9 aux Pays-Bas, et 1,4 au Royaume-Uni (OCDE, 2019).

Figure 12 : Sages-femmes - Taux de suivi après l'accouchement

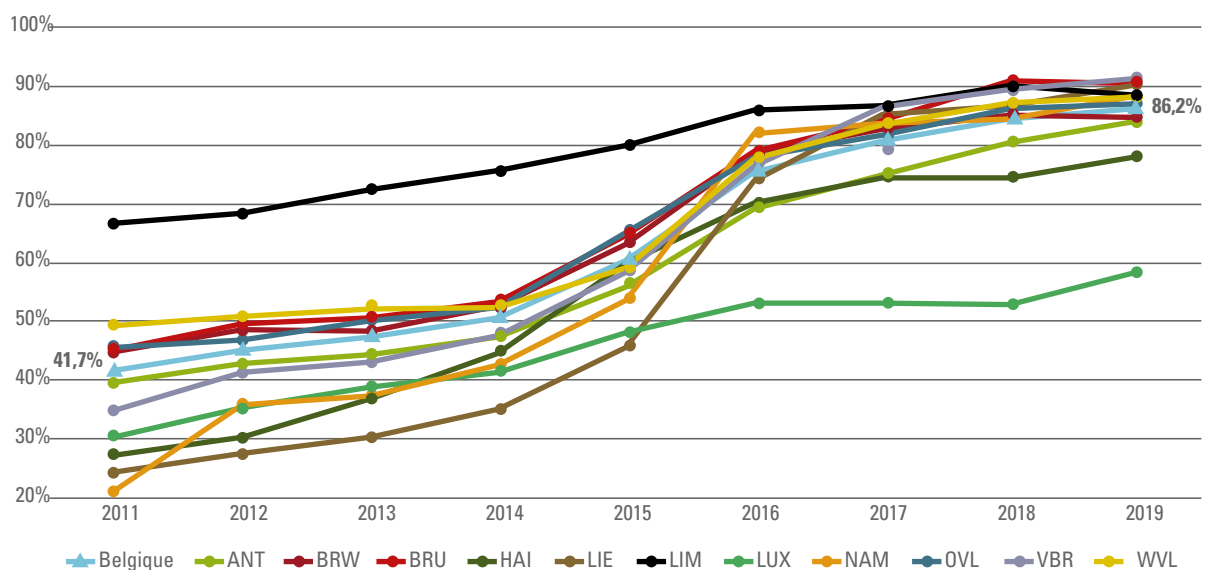


Figure 13 : Sages-femmes - Taux de suivi après l'accouchement – selon le statut social de la maman

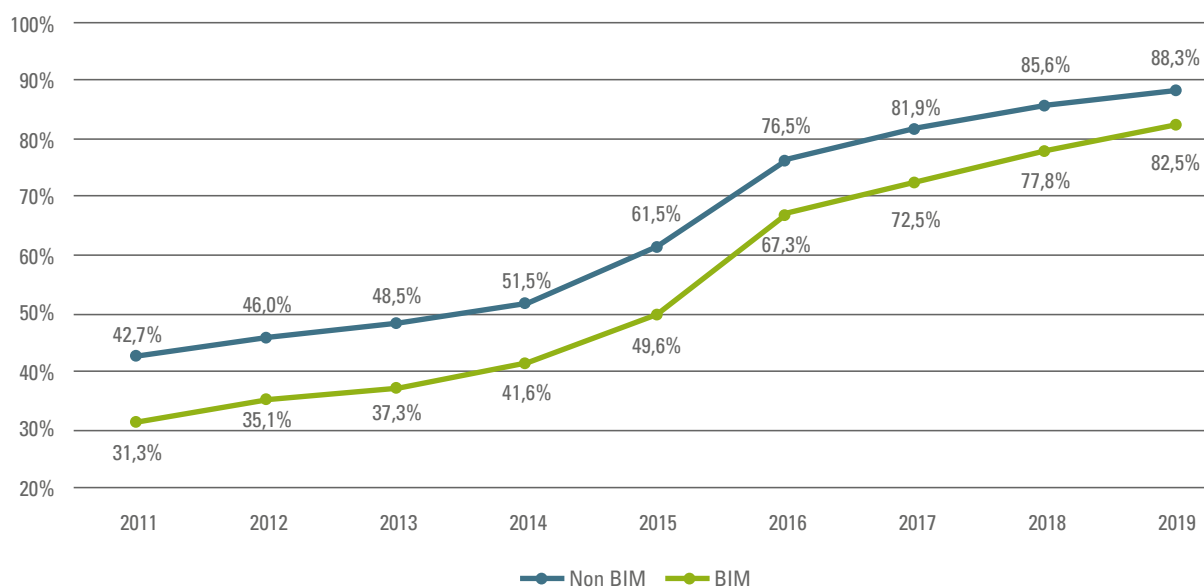
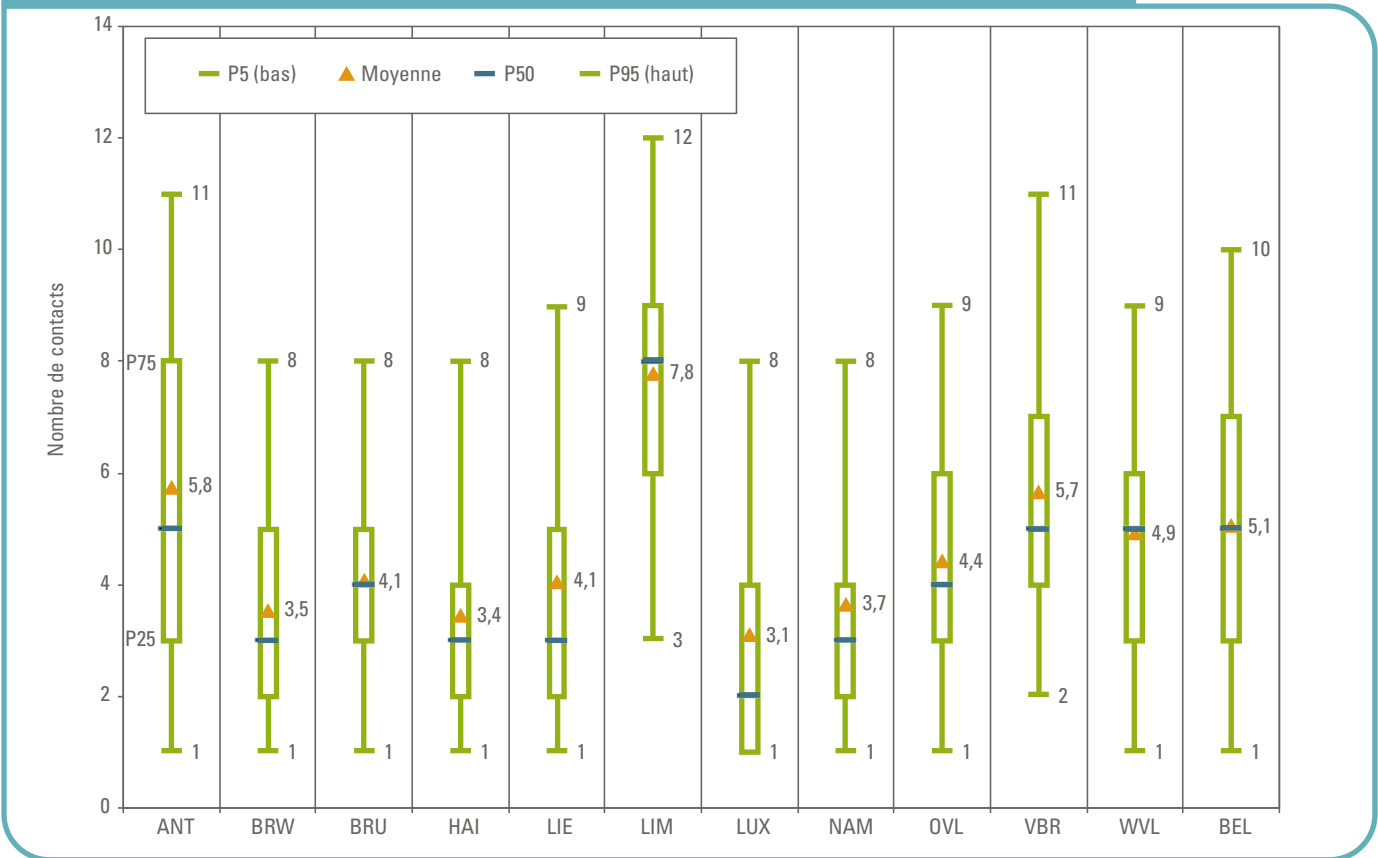


Figure 14 : Sages-femmes - Nombre de contacts effectifs après l'accouchement – 2019



### 5.2. Le suivi par les kinésithérapeutes

Dans les 3 mois qui suivent l'accouchement, la proportion de mamans qui ont des contacts avec des kinésithérapeutes est globalement très stable : à l'échelle de la Belgique, cette proportion oscille de 70% à 74% au cours de la période 2011

à 2019. Par contre, on remarque des variations régionales. À la Figure 15, en fonction des provinces on reprend le taux de suivi par les kinésithérapeutes pour les années 2018 et 2019, les deux années étant considérées ensemble. Les écarts sont considérables : près des 90% des bruxelloises ont des contacts avec leur kinésithérapeute après leur

Figure 15 : Kinésithérapeutes - Taux de suivi après l'accouchement – 2018 et 2019

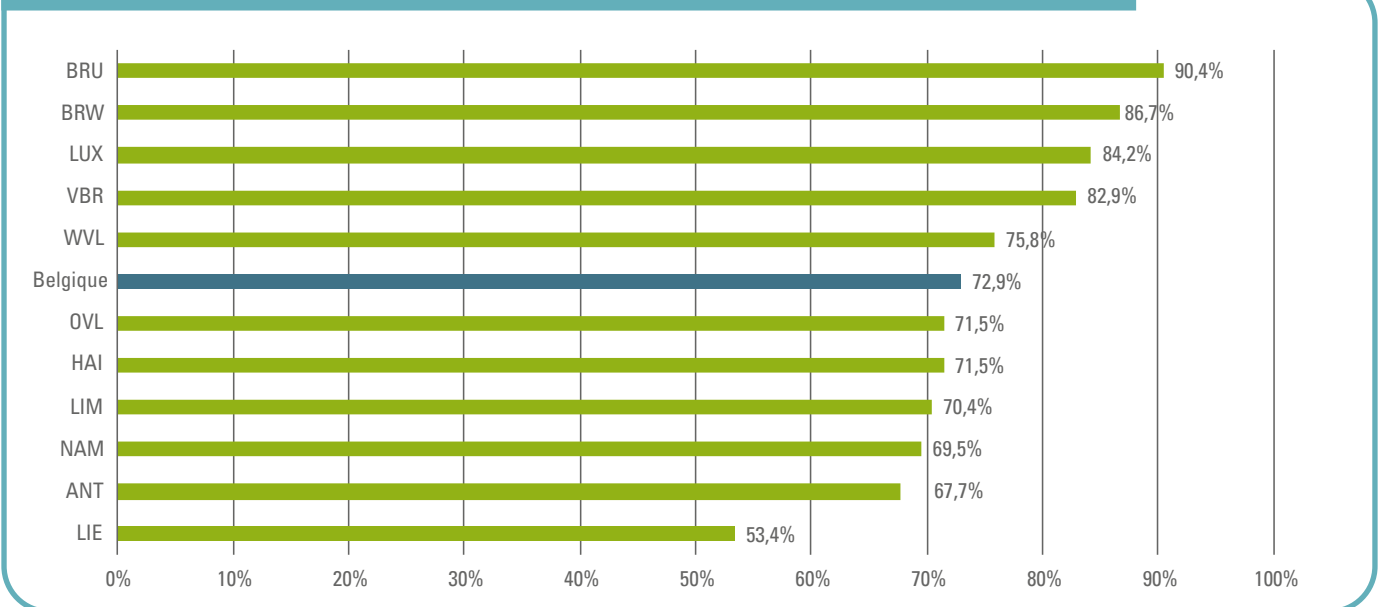


Figure 16 : Kinésithérapeutes - Taux de suivi après l'accouchement – selon le statut social de la maman

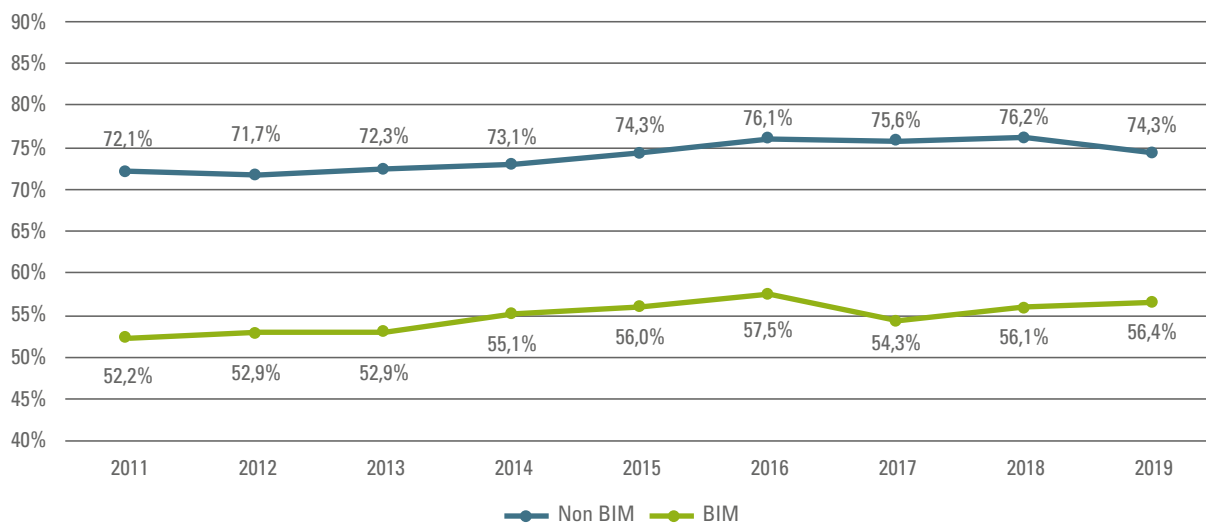
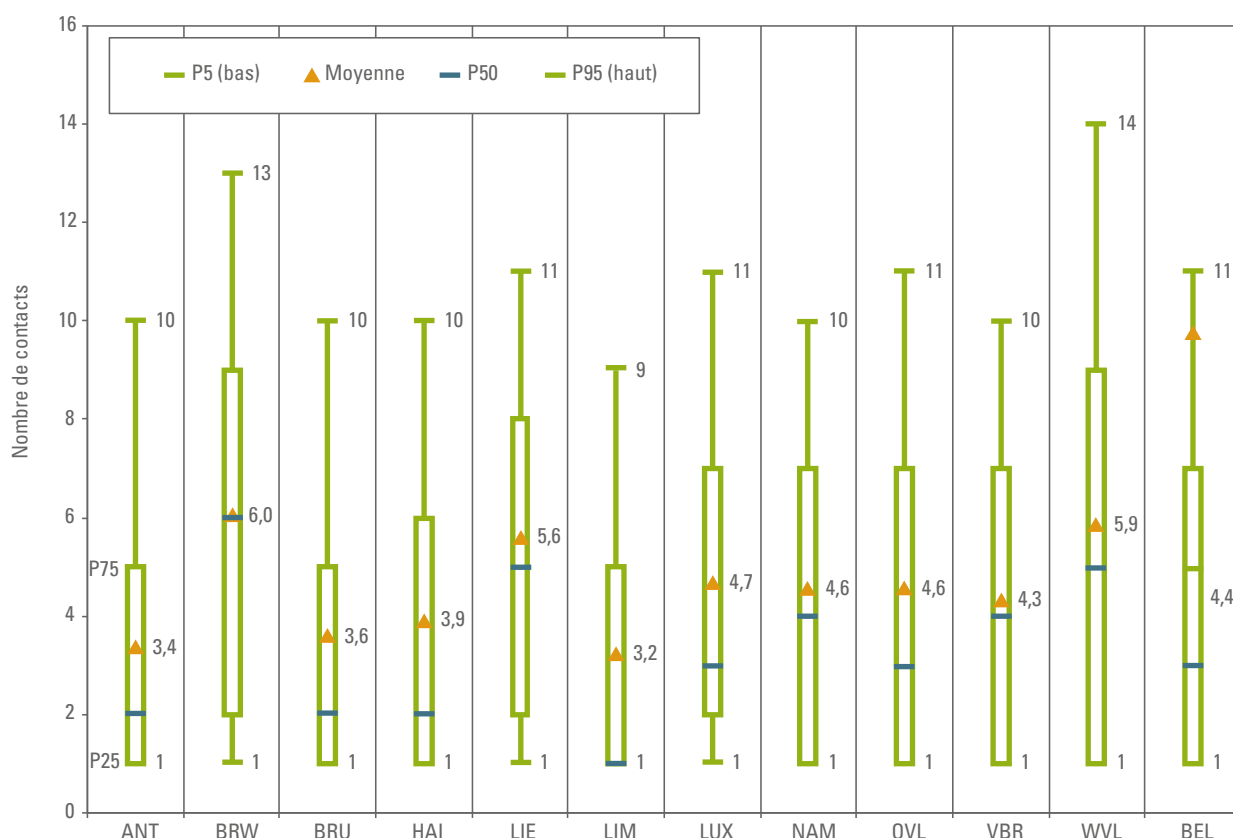


Figure 17 : Kinésithérapie - Nombre de contacts effectifs après l'accouchement – 2019



accouchement, par contre ce pourcentage est de 53% pour les liégeoises.

Au-delà des variations géographiques, on constate également un grand clivage social. À la Figure 16, on donne le taux de suivi par les kinésithérapeutes selon le statut social de la maman

(BIM / non BIM). Du côté des mamans non BIM, elles sont près de 72% à 76% à bénéficier de contacts de kinésithérapie après leur accouchement. Mais du côté des mamans BIM, cette proportion est plus faible, de l'ordre de 52% à 58%. On voit également que cet écart entre BIM et non BIM reste à peu près constant tout au long de la période étudiée.

En ce qui concerne le volume de contacts, il est très stable : le nombre médian de contacts est de 3, le nombre moyen oscille de 4 à 5 sur la période étudiée. Mais certaines mamans ont bien plus de contacts : comme on l’observe à la Figure 17, à l’échelle de la Belgique, 25% d’entre elles ont eu, en 2019, 7 contacts et plus (P75), 5% d’entre elles ont eu jusqu’à 11 contacts et plus (P95). On observe également des variations régionales : en 2019, dans la province d’Anvers, le nombre de contacts est de l’ordre de 2 (médiane) à 3 (moyenne), tandis qu’au Brabant wallon, il est de 6 (médiane et moyenne) contacts.

### 5.3. Le suivi par les gynécologues

Dans les 3 mois qui suivent l’accouchement, 86% des mamans ont vu leur gynécologue. Ce pourcentage ne varie quasi pas tout au long de la période étudiée. On note de légères variations régionales : plus élevé au Brabant Wallon et en province de Luxembourg (de l’ordre de 90%), mais nettement plus faible à Bruxelles (de l’ordre de 78 à 80%). Le taux de suivi est très différent selon le statut social de la maman : il est nettement plus élevé pour les mamans non BIM que celui observé pour les mamans BIM (Figure 18) et cet écart est également très stable durant la période étudiée.

Le volume de contacts est également très stable : la médiane se situe à 1 contact avec un gynécologue dans les 3 mois après l’accouchement. Certaines mamans ont davantage de contacts : 25% d’entre elles ont eu 2 contacts (P75), 5% d’entre elles ont eu 3 contacts. De sorte que le volume moyen de contacts s’établit autour de 1,5 contact, avec de légères variations régionales (à Bruxelles, le volume moyen est de 1,8 contact).

### 5.4. Le suivi par les pédiatres

Il s’agit d’examiner dans quelle mesure le bébé a été vu (ou pas) par un pédiatre, dans les 3 mois qui ont suivi sa naissance. Le nombre de bébés pris en considération (370.000 pour la période 2011 à 2019) n’est pas égal au nombre de mamans faisant l’objet des analyses dans les points précédents. En effet, le bébé n’est pas forcément membre de la MC (il peut être ‘à charge’ d’un papa titulaire qui n’est lui-même pas membre de la MC).

Globalement, à l’échelle de la Belgique et en 2019, près de 82% des bébés ont été vus par un pédiatre endéans les 3 mois qui suivent leur naissance. Ce pourcentage est en augmentation, il était de 70% en 2011. À la Figure 19, on peut observer qu’il y a des différences régionales : les provinces de Luxembourg, Limbourg et d’Anvers sont systématiquement en dessous de la moyenne nationale. Par contre, en 2019, les deux Flandres (occidentale et orientale) sont au-dessus de la moyenne (autour de 90%).

Du point de vue du statut social du bébé (qui est équivalent à celui de son titulaire), on observe un écart persistant (voir Figure 20) en défaveur des bébés BIM. Pour ces derniers, le taux de suivi a augmenté après 2015 (et continue d’augmenter), mais ne rattrape pas la courbe observée pour les bébés non BIM.

En termes de volume de contacts avec le pédiatre, les indicateurs peuvent varier d’une province à l’autre, mais sont assez stables au cours du temps. La médiane est autour de 2 à 4, la moyenne est plus élevée : autour de 5 à 7. Ici, on n’observe pas vraiment de différence entre les bébés BIM et non BIM.

Figure 18 : Gynécologues - Taux de suivi après l’accouchement – selon le statut social de la maman

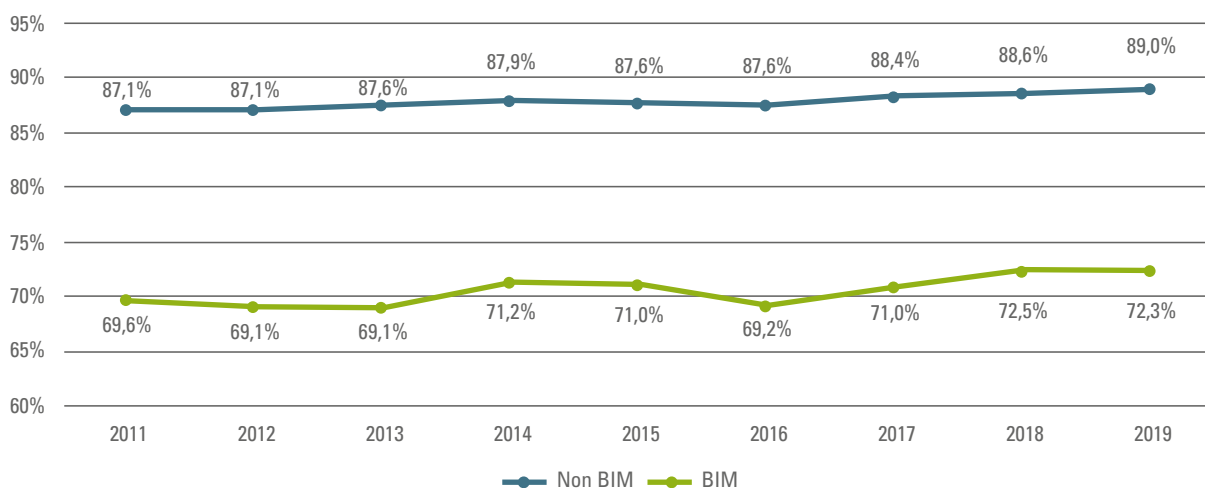


Figure 19 : Pédiatres - Taux de suivi des bébés

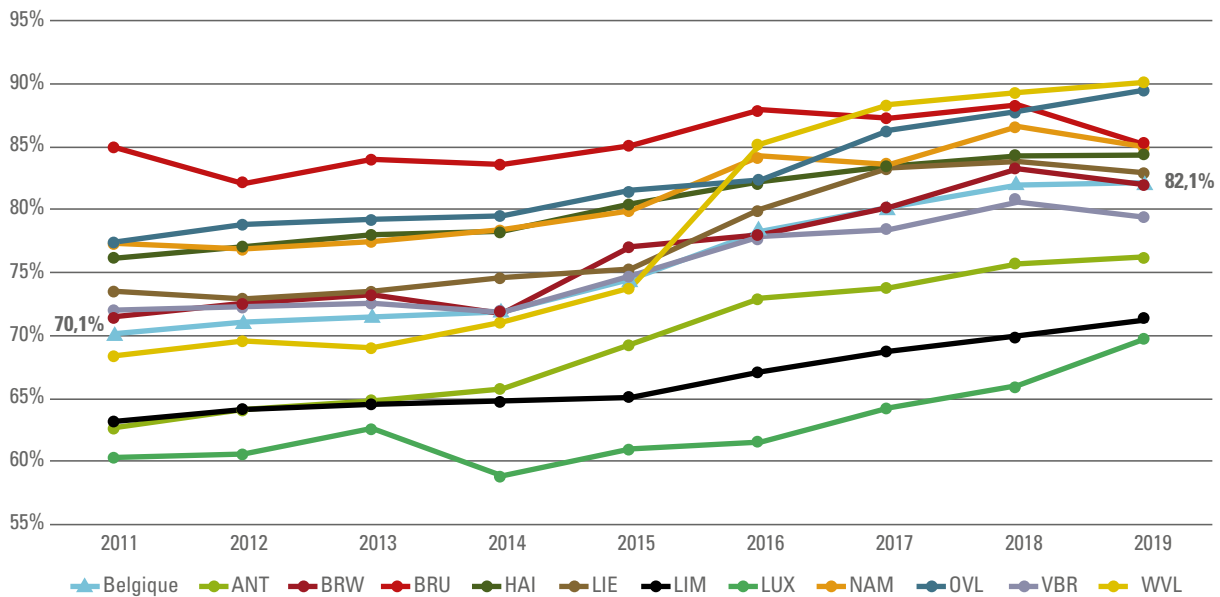
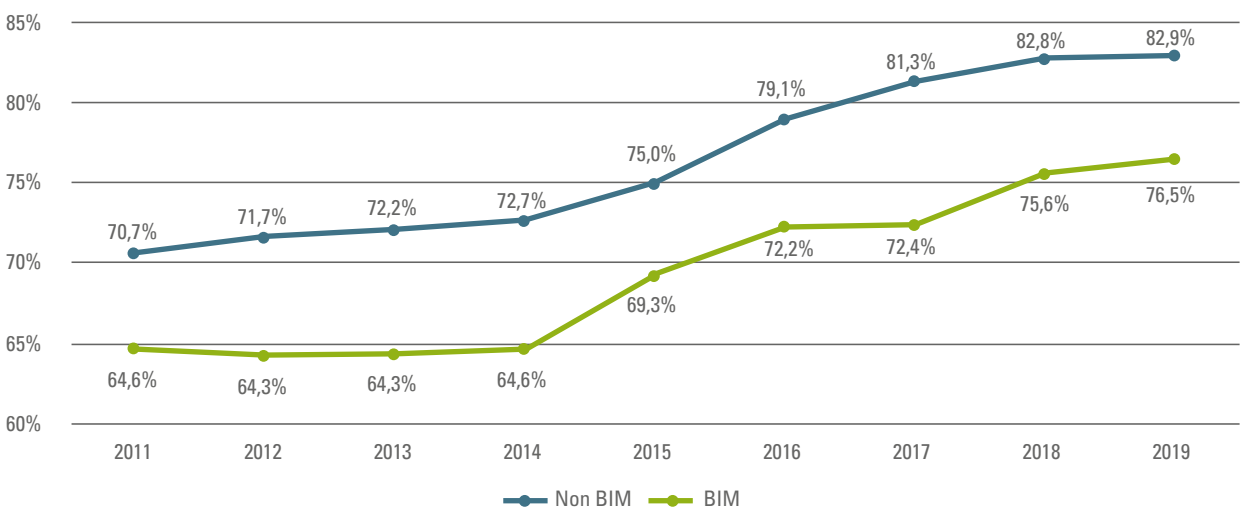


Figure 20 : Pédiatres - Taux de suivi des bébés – selon leur statut social



## 6. Le suivi par les sages-femmes et les gynécologues

Comme on peut le voir dans l'encadré 1, certains pays ont mis en place des trajets de soins coordonnés autour de la grossesse et de la naissance, la coordination étant assurée par un prestataire de soins bien identifié (une sage-femme ou un médecin obstétricien). Grosso modo, en Suède et au Royaume-Uni, si la grossesse n'est pas à risque, il y aura de 7

à 10 contacts avec une sage-femme ou un médecin, selon les besoins de la maman. Des contacts postnatals sont également prévus (au moins trois en Grande-Bretagne).

Comment situer notre pays par rapport à cette référence ? Nous avons examiné le volume global de contacts que les mamans ont eu avec les sages-femmes et/ou les gynécologues, ainsi que le taux de suivi (voir Figures 21 et 22). L'impression générale est que, souvent, les contacts avec la sage-femme s'ajoutent avec ceux du gynécologue.

En ce qui concerne, le taux de suivi par les sages-femmes et/ou gynécologues, on relève ce qui suit :

- Comme présenté plus haut (au point 3.1.), le taux de suivi avant l'accouchement par les gynécologues est déjà de 99% à 100%. Si on ajoute l'activité des sages-femmes, le taux de suivi global ne change donc pas.
- Par contre, après l'accouchement, le taux de suivi augmente quand on combine l'activité des sages-femmes et des gynécologues. Au cours de la période étudiée, il est même en forte augmentation spécifiquement chez les mamans BIM, qui rattrapent presque leur retard, ce qui est très encourageant (voir Figure 21). Il est néanmoins étrange et inquiétant qu'il reste une différence entre les deux. Cela dit, il est difficile de conclure de façon définitive car nos données n'intègrent pas les contacts organisés par Kind & Gezin et l'Office de la Naissance et de l'Enfance.

Du côté du volume de contacts (des sages-femmes et/ou des gynécologues), on observe les résultats qui suivent.

- De 2011 à 2019, les volumes de contacts sont en augmentation (due largement à la progression de l'activité des sages-femmes, tant avant qu'après l'accouchement). Toutefois, les mamans BIM ont toujours un peu moins de contacts que les mamans non BIM. Voir Figure 22.
- Si, à l'instar de la Suède et du Royaume-Uni, un trajet naissance typique comporte de 7 à 10 contacts durant la grossesse, qu'en est-il chez nous ?
  - **Le nombre médian de contacts (sages-femmes et gynécologues confondus) en 2019 est de 14 pour les mamans non BIM, 13 pour celles qui sont BIM. On est donc, globalement, largement au-delà des standards**

**suédois et britanniques.** Certaines mamans ont beaucoup plus de contacts encore : le P75 des mamans non BIM est à 19, pour les mamans BIM, il est à 16 (cela veut dire que 25% des mamans ont au moins ce volume de contacts). Mais comme nos données intègrent les grossesses à risque il est normal, ici, d'avoir des volumes de contacts élevés.

- Par contre, **il est inquiétant de voir que le P5 est à 6 ou 8 contacts durant la grossesse (sages-femmes et gynécologues confondus)**, respectivement, selon que les mamans sont BIM ou non BIM. Cela signifie qu'il y a 5% des mamans qui ont moins ou juste le minimum de contacts recommandés par les Suédois et les Britanniques. Le fait d'avoir la liberté de choisir sa sage-femme et/ou son gynécologue n'apporte pas la garantie que toutes les mamans soient correctement suivies (si on s'aligne sur les standards suédois et britanniques). Espérons que les médecins généralistes compensent alors ce déficit.
- Dans les 3 mois qui suivent l'accouchement, les mamans auront vu de l'ordre de 4 à 6 fois (nombre médian de contacts en 2019) une sage-femme et/ou un gynécologue. Mais pour 25% des mamans, ce nombre sera de 3 ou moins (P25). Cela paraît faible ou juste le minimum. Pire, le P5 (soit les 5% de mamans qui ont le moins de contacts postnatals) est à 1 contact. Ici, il y a un risque de suivi postnatal insuffisant (sans oublier le fait que 5% des mamans BIM n'ont aucun contact postnatal avec une sage-femme ou un gynécologue, du moins dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, comme on le voit à la Figure 21).

Figure 21 : Sages-femmes et/ou gynécologues - Taux de suivi après l'accouchement – selon le statut social – Belgique

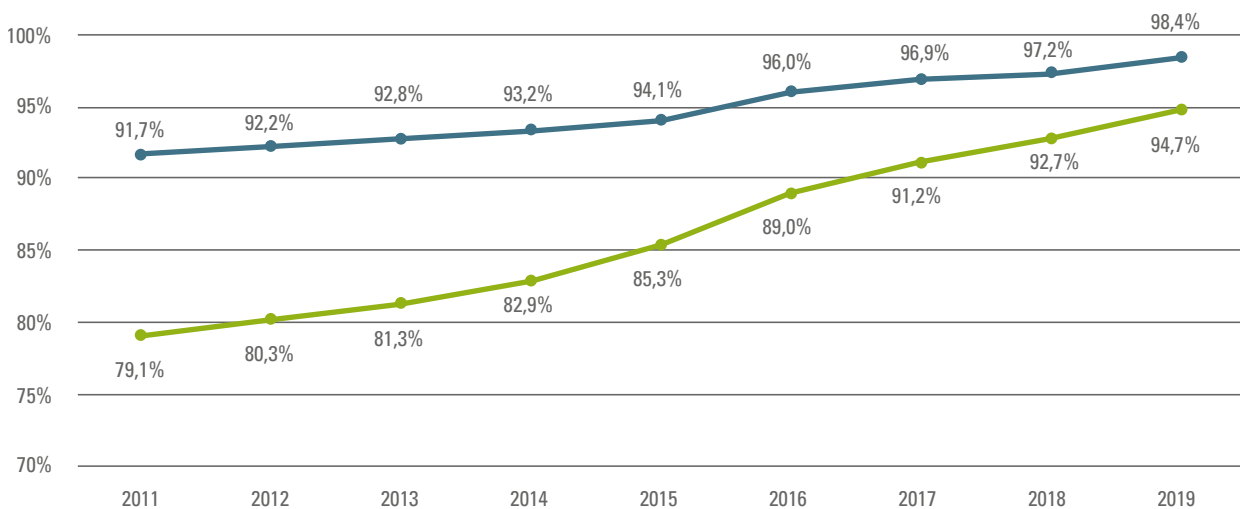
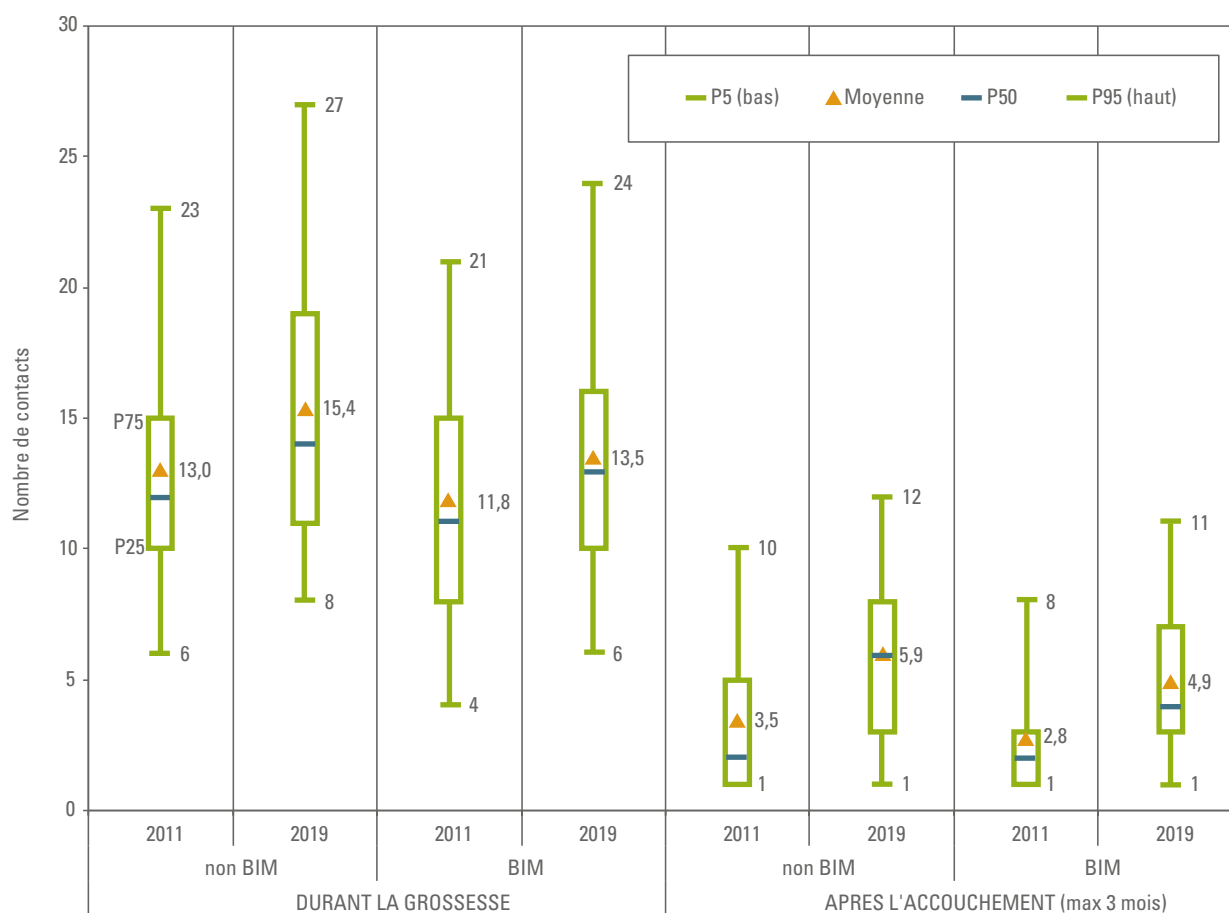


Figure 22 : Volume de contacts effectifs avec les sages-femmes et les gynécologues - Belgique



### Encadré 1 : Le trajet de soins naissance en Suède et au Royaume-Uni

#### Le trajet de soins naissance en Suède

- Ce sont les **sages-femmes** qui sont au cœur de la coordination des soins pré et postnataux. Les futures mamans suédoises prennent contact avec une sage-femme (via leur centre local de santé ou via le 1177, une ligne d'assistance téléphonique en matière de santé, active dans toute la Suède) qui organise et assure la continuité du suivi de la grossesse.
- Une future maman verra sa sage-femme entre 6 et 10 fois (généralement, autour de 8 à 9 fois) si la grossesse se déroule sans complication. Davantage de contacts sont possibles, par exemple s'il s'agit d'une première naissance, ou s'il y a des facteurs de risque.
- La sage-femme tient à jour un dossier durant toute la grossesse. Elle y enregistre les résultats des tests, des paramètres liés au fœtus (sa croissance, sa position, etc.) ainsi que toute information relative à l'état de santé de la future maman. La sage-femme informe et répond aux questions de la future maman (sur la prise en charge de la douleur, par exemple). Les préférences, les besoins par rapport à la naissance sont résumés et repris dans un 'plan de naissance' qui est transmis, par la sage-femme, à la maternité où la future maman a choisi d'accoucher.
- En absence de complications, le nombre d'échographies est limité à une ou deux pour l'ensemble de la grossesse. Généralement, elles sont réalisées par des sages-femmes formées à cet égard. Si des soins médicaux sont requis (médicaments, gynécologie, assistance psychologique, etc.), c'est la sage-femme qui fait le lien avec les prestataires de santé adéquats.
- Beaucoup d'hôpitaux suédois disposent de possibilités de séjour ('hôtels' à proximité de l'hôpital) où la maman et le bébé peuvent résider deux ou trois jours au cours desquels ils sont monitorés. Enfin, entre 8 à 16 semaines après la naissance, la maman se présente en clinique pour une visite de contrôle (tests sanguins, poids, etc.).



### Le trajet de soins naissance au Royaume-Uni

- On retrouve la même idée centrale qu'en Suède : le suivi et la continuité des soins durant la grossesse est assuré par un professionnel de santé, principalement une sage-femme (*midwife led antenatal care*) si la grossesse ne présente pas de complications. Mais, en fonction de l'état de santé de la maman, de ses antécédents, cette prise en charge peut aussi être effectuée par un médecin obstétricien (*obstetric led antenatal care*).
- Le nombre de contacts peut varier de 7 à 10 (pour une première naissance). Il peut y en avoir davantage, en fonction de l'état de santé de la maman. Tous ces contacts sont programmés à l'avance et ont chaque fois un objectif et un contenu précis (par exemple : les échographies [2 sont prévues], les tests de dépistage, analyses de sang, d'urine, monitoring de la croissance du fœtus, etc.). Chaque contact est également l'opportunité de donner des informations, de discuter des demandes, des préférences et des besoins liés à la naissance. Toutes les informations sont recueillies dans un dossier qui se remplit au fur et à mesure des contacts.
- Il est recommandé de faire un 'plan de naissance' (*birth plan*) qui reprend les souhaits liés à la naissance (lieu où on désire accoucher, prise en charge de la douleur, etc.). Ceci se fait en collaboration également avec la sage-femme ou le médecin obstétricien en charge.
- Les soins postnatals peuvent également être programmés (en fonction des besoins de la maman, du bébé). Dans les 10 jours qui suivent la sortie de la maternité, il est recommandé d'avoir trois contacts avec une sage-femme. De plus, un 'postnatal check' (tant de la maman que du bébé) est recommandé 6 à 8 semaines après la naissance.

## 7. Un trajet de soins Naissance partout en Belgique : des propositions du KCE

Comme largement repris dans les médias, la Ministre de la santé De Block a initié une politique d'accélération de la diminution naturelle de la durée du séjour en maternité. Nous parlons bien d'une « accélération » car, même avant cette nouvelle politique, la tendance était déjà à la diminution de la durée moyenne de séjour (une durée de séjour moindre pouvant avoir un impact positif dans le financement des hôpitaux) (Crommelynck, Degraeve, Lefèbvre, 2013). Cette politique, néanmoins fortement débattue, a eu pour effet de diminuer plus rapidement qu'auparavant la durée de séjour, et ce à partir de 2015. Comme nous l'avons montré plus haut à la Figure 11, les résultats ne se sont pas fait attendre : la durée moyenne de séjour a diminué d'une demi-journée de 2014 à 2015, et elle continue de diminuer.

Ceci n'était pas sans risque. La littérature est assez unanime pour dire que si le séjour peut être « minimal », il doit s'accompagner d'un suivi circonstancié de la maman et du bébé en postnatal. Le KCE l'avait bien rappelé avant l'implémentation de la politique de Mme De Block (Benahmed et al., 2014). Comme nous l'avons présenté plus haut, il semble que le message ait été entendu par une majorité de centres de soins et de mamans, en tout cas pour ce qui est du suivi postnatal par des sages-femmes (voir le point 5.1.).

Le KCE a poursuivi l'exercice en 2019 en publiant une analyse de l'état du suivi prénatal des futures mamans en Belgique (se focalisant, contrairement à nous, sur les grossesses à bas risque). Le message est sans appel et, en beaucoup de points, semblable au nôtre : « L'organisation actuelle du suivi de la grossesse à bas risque n'est pas optimale. On constate

une situation paradoxale, marquée à la fois par une sous-consommation des soins pour une partie de la population et une surconsommation pour une autre » (Benahmed et al., 2019a, p. 2). En rappelant que le suivi postpartum ne semble pas être organisé de manière anticipée, le KCE va plus loin en présentant selon lui une série de causes pour cette situation :

- une distribution inégale de l'offre de soins prénatals;
- un manque de coordination entre professionnels;
- un suivi prénatal peu intégré et dénué de vision globale.

Que faire de cette situation ? Le KCE propose une approche globale et précise. En résumé : « Les éléments clés d'une amélioration du suivi des femmes enceintes en Belgique ont été identifiés comme suit : un maillage de professionnels plus ou moins large autour de chaque femme enceinte, adapté au profil et aux besoins spécifiques de chacune, un coordinateur de soins au centre de ce maillage, un plan de soins individualisé, un système de référencement clair entre professionnels de soins et la mise en place d'un dossier électronique partagé. L'ensemble de ces éléments devrait être organisé et structuré dans le cadre d'un parcours de suivi prénatal complet comprenant un suivi clinique, des consultations de conseil prénatal personnalisé et des séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité » (Benahmed et al., 2019a).

Ce « *parcours de suivi prénatal complet* » est sans aucun doute à compléter avec la proposition du KCE de suivi postnatal systématique, « parcours de soins intégré », ce que nous appelons un trajet de soins naissance. Les deux rapports du KCE développent en long et en large leur proposition de trajet de soins prénatal ou postnatal mais en voici les deux points primordiaux (selon nous) du point de vue de l'organisation des soins :

1. *Développer et implémenter un dossier (électronique) partagé pour chaque femme enceinte incluant des 'Care Sets' relatifs à la préconception, à la grossesse et au postpartum.*

Ce dossier serait donc une sorte de check-list à compléter au cours de la grossesse : une liste minimale de prestations considérées comme absolument nécessaires pour la santé de la maman et du bébé, pour une grossesse « normale » ou à bas risque.

2. *Initier des recherches visant à remplacer le système actuel de rémunération par un système de financement qui renforce la complémentarité et la multidisciplinarité des professionnels impliqués dans le suivi prénatal et qui permette d'éviter la duplication des interventions.*

Jusqu'ici, chaque spécialité organise uniquement ses propres soins, sans nécessairement s'intéresser à l'ensemble des soins reçus par la maman. Il faudrait donc réorganiser le financement de sorte que l'organisation et la prestation de soins permettent une vision globale et coordonnée des soins prénatals.

## 8. Conclusion

Avec l'exploration des données de suivi pré et postnatal des mamans affiliées à la MC, nous avons trouvé :

- une activité importante de la part des gynécologues : ils sont surtout présents durant la grossesse (en moyenne, près de 12 contacts), moins après l'accouchement (de 1 à 2 contacts dans les 3 mois qui suivent la naissance);
- une activité en croissance des sages-femmes (en moyenne, près de 4 contacts durant la grossesse et 5 contacts dans les 3 mois qui suivent);
- une présence non négligeable des kinésithérapeutes : 30% des mamans ont eu des séances de kinésithérapie durant la grossesse, près de 70% dans les mois qui suivent la naissance.

Mais nous avons trouvé également que les mamans ne sont pas suivies de la même façon : il y a des variations régionales non négligeables ainsi qu'un gradient social en défaveur des mamans BIM. Pire, quant au suivi des gynécologues et sages-femmes, on observe également que 5% des mamans sont à risque d'un suivi incomplet (elles atteignent juste ou sont en dessous du nombre minimum de contacts requis en Suède et au Royaume-Uni). De sorte qu'au final, on est face à un paradoxe : malgré une activité conséquente des prestataires, le suivi systématique n'est pas garanti, ni en prénatal, ni en postnatal.

Comment améliorer les choses ? Les propositions du KCE visent à l'instauration d'un parcours de soins pré et postnatal. Avec une vision globale et coordonnée des soins à délivrer, on aurait la garantie que les prestations nécessaires soient bien délivrées, en fonction des besoins de la maman. C'est ce que font d'ailleurs le Royaume-Uni et la Suède.

Cette approche ne sera pas chose facile à implémenter. Combien de fois une femme enceinte doit-elle voir son gynécologue durant sa grossesse ? Son kinésithérapeute ? Sa sage-femme ? Pour quelle(s) prestation(s) ? À quel prix ? Comment identifier une grossesse dite « à risque », nécessitant un suivi plus important ? Ces questions sont encore en suspens mais les exemples anglais et suédois permettent d'entrevoir des pistes et le KCE donne encore d'autres exemples. Les sages-femmes pourraient par exemple devenir la pièce maîtresse du suivi, comme c'est le cas en Suède. Mais cela demande un changement complet de perspective.

## Bibliographie

- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vinck, I., Vankelst, L., Lauwerier, E., Verschuere, M., Obyn, C., Paulus, D., et Christiaens, W. (2014) *L'organisation des soins après l'accouchement – Synthèse. Health Services Research (HSR)*. KCE Reports 232Bs. D/2014/10.273/80. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., et Stordeur, S. (2019a) *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque – Synthèse. Health Services Research (HSR)*. KCE Reports 326Bs. D/2019/10.273/77. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., et Stordeur, S. (2019b) *Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy – Supplement. Health Services Research (HSR)*. KCE Reports 326. D/2019/10.273/79. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Charafeddine, R., Van der Heyden, J., Demarest, S., Drieskens, S., Nguyen, D., Tafforeau, J., Gisle, L., Braekman, E., et Berete, F. (2019) *Enquête de santé 2018: Santé et qualité de vie. Résumé des résultats*. D/2019/14.440/24. Bruxelles : Sciensano. Disponible sur [https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ\\_HS\\_FR\\_2018.pdf](https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/summ_HS_FR_2018.pdf)
- Crommelynck, A., Degraeve, K., et Lefèbvre, D. (2013) *L'organisation et le financement des hôpitaux*. Fiche-info. Supplément au numéro, *MC-Informations*, 253. Disponible sur [https://www.mc.be/media/mc-informations\\_253\\_fiche-info-hopitaux\\_tcm49-28968.pdf](https://www.mc.be/media/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm49-28968.pdf)
- Gyselaers, W., Jonckheer, P., Ahmadzai, N., Ansari, M.T., Carville, S., Dworzynski, K., Gaudet, L., Glen, J., Jones, K., Miller, P., Tetzlaff, J.M., Alexander, S., Allegaert, K., Beeckman, K., Ceysens, G., Christiane, Y., De Ronne, N., de Thysebaert, B., Dekker, N., Denys, A., Eeckeleers, P., Hernandez, A., Mathieu, E., Seuntjens, L., Verleye, L., et Stordeur, S. (2015) *Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ? – Synthèse. Good Clinical Practice (GCP)*. KCE Reports 248Bs. D/2015/10.273/56. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
- OCDE (2019) *Panorama de la santé 2019: Les indicateurs de l'OCDE*. Paris : OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>.
- Organisation Mondiale de la Santé (2014) *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. Disponible sur [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO\\_RHR\\_15.02\\_fre.pdf;sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;sequence=1)

### Sites consultés :

- Nordic Co-operation. Pregnancy and childbirth in Sweden: <https://www.norden.org/en/info-norden/pregnancy-and-childbirth-sweden>
- The Local. What you need to know about giving birth in Sweden: <https://www.thelocal.se/20180125/im-pregnant-now-what-the-locals-guide-to-giving-birth-in-sweden>
- NHS.UK. Antenatal support : meet the team. Your pregnancy and baby guide: <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/antenatal-team-midwife-obstetrician-pregnant/>; <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/antenatal-midwife-care-pregnant/>