

SYNTHÈSE

VERS UN PARCOURS PRÉNATAL INTÉGRÉ POUR LES GROSSESSES À BAS RISQUE



SYNTHÈSE

VERS UN PARCOURS PRÉNATAL INTÉGRÉ POUR LES GROSSESSES À BAS RISQUE

NADIA BENAHMED, MÉLANIE LEFÈVRE, WENDY CHRISTIAENS, CARL DEVOS, SABINE STORDEUR



■ PRÉFACE

Quoi de plus naturel que la naissance d'un enfant ? Naturel car procédant de la nécessité de perpétuation de l'espèce humaine, car il s'agit du premier événement de notre vie. La naissance d'un enfant, c'est à chaque fois, la renaissance du monde. En outre, même si elle se produit, très majoritairement dans un environnement médical, la naissance n'est en rien une pathologie. Fallait-il alors s'intéresser aux soins qui doivent entourer la maman avant cet événement ô combien marquant dans une vie ? Oui, d'abord parce que la sécurité de la future mère et de l'enfant reste le principe incontournable de tout suivi de grossesse, et ce principe doit être garanti à chaque instant, par une technique de pointe s'il le faut, par des mains infailibles, toujours. Mais aussi parce que, comme l'édicte l'OMS, la grossesse et la naissance doivent constituer, pour chaque femme, une expérience positive et épanouissante. Or si c'est bien le cas pour certaines femmes – et cela fait d'ailleurs l'objet d'un marché florissant – d'autres sont laissées pour compte dans notre société d'abondance. Pour celles-là, être enceinte reste un risque, une épreuve, ou à tout le moins un moment d'intense désarroi. Le parcours de soins que nous proposons dans ce rapport veut allier technique et bienveillance pour que chaque femme bénéficie de l'attention et des soins dont elle a besoin. Avec pour chaque situation la possibilité de mettre en œuvre un accompagnement adapté, selon le principe d'universalisme proportionné.

Marijke EYSEN
Directeur Général Adjoint a.i.

Christian LÉONARD
Directeur Général a.i.



■ MESSAGES CLÉS

- De nombreux acteurs, actifs dans divers lieux de soins, sont impliqués dans les soins prénatals en Belgique : gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, médecins généralistes, kinésithérapeutes, ainsi que des professionnels du domaine médico-social.
- Le suivi prénatal actuel se compose du suivi clinique, qui est essentiellement assuré par des gynécologues et/ou des sages-femmes, et de la préparation à l'accouchement, qui est délivrée par des sages-femmes ou des kinésithérapeutes. En outre, de nombreuses structures (hôpitaux, ONE, Kind&Gezin, Kaleido) proposent des séances d'information sur l'allaitement, la parentalité, les questions administratives liées à l'accouchement, l'organisation du post-partum ou encore le retour au travail.
- 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. En cause : 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. De plus, l'organisation de la période postpartum n'est toujours pas anticipée pendant la grossesse.
- Idéalement, le suivi prénatal devrait être universel et intégré, de manière à assurer une santé et une sécurité optimales à toutes les femmes enceintes sur tout le territoire belge. L'ampleur et l'intensité de la prise en charge prénatale doit toutefois s'adapter aux besoins de chacune (universalisme proportionné). Des transitions sans ruptures doivent être assurées depuis la période préconceptionnelle jusqu'au post-partum, d'un professionnel de santé à l'autre, et des soins primaires aux soins spécialisés. Le tout devrait être soutenu par un système de financement approprié.
- 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.
- Inspirées par les expériences étrangères, les consultations de conseil prénatal personnalisé visent à guider les futurs parents à travers le système de santé afin de leur permettre de faire des choix éclairés au sujet de leur suivi de grossesse, de l'organisation de l'accouchement et de la période postnatale.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	2
■	SYNTHÈSE	3
1.	INTRODUCTION	5
1.1.	CONTEXTE DE CETTE ETUDE	5
1.2.	QU'ENTEND-ON PAR « SOINS PRENATALS » ?	5
1.3.	QUESTIONS DE RECHERCHE	6
1.4.	METHODOLOGIE	6
2.	ORGANISATION ACTUELLE DES SOINS PRENATALS	7
2.1.	SUIVI CLINIQUE	7
2.2.	INTERVENTIONS DE PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT ET A LA PARENTALITE	9
2.3.	MESURES DE PROTECTION POUR LES FEMMES ENCEINTES.....	9
2.4.	INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES AU SERVICE DE L'ECHANGE D'INFORMATIONS.....	10
3.	PERCEPTIONS DES PARENTS ET DES PROFESSIONNELS SUR L'ORGANISATION ACTUELLE DU SUIVI PRÉNATAL	11
3.1.	POINT DE VUE DES PARENTS.....	11
3.2.	POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS.....	12
4.	MODÈLES ET PARCOURS DE SOINS ADOPTES A L'ETRANGER	13
4.1.	MODELES DE SOINS POUR LE SUIVI DE LA GROSSESSE : OBSTETRICIENS OU SAGES-FEMMES ?	13
4.2.	SUIVI PRENATAL : INDIVIDUEL OU EN GROUPE.....	14
4.3.	ORGANISATION ET PARCOURS DES SOINS PRENATALS.....	14
4.3.1.	Des modèles de soins prénatals intégrés	14
4.3.2.	Des parcours de soins adaptés au niveau de risque	15



4.3.3.	Un élargissement de la préparation à l'accouchement et à la parentalité	16
4.3.4.	Un planning des visites prénatales	16
4.3.5.	Un libre choix du lieu de naissance	17
5.	PISTES D'AMELIORATION POUR LES SOINS PRENATALS EN BELGIQUE	17
5.1.	CONSTATS	17
5.1.1.	Un système de suivi riche mais fragmenté et peu coordonné	17
5.1.2.	Les soins prénatals ne sont pas encore universels	17
5.1.3.	Les soins prénatals ne sont pas suffisamment intégrés	18
5.2.	PISTES POUR UN SUIVI PRÉNATAL UNIVERSEL ET INTÉGRÉ	19
5.2.1.	Un parcours complet de suivi prénatal	21
5.2.2.	Un maillage multidisciplinaire	28
5.2.3.	Un plan de soins	29
5.2.4.	Un référencement clair entre professionnels et niveaux de soins	29
6.	RECOMMANDATIONS POUR UN SUIVI PRÉNATAL UNIVERSEL ET INTÉGRÉ	30
■	RECOMMANDATIONS	36
■	RÉFÉRENCES	38



1. INTRODUCTION

1.1. Contexte de cette étude

Cette recherche est le troisième volet d'une série de rapports du KCE relatifs à la grossesse et à l'accouchement à bas risque. Les deux premiers sont le rapport KCE 248¹, consacré aux **recommandations cliniques pour le suivi médical des femmes enceintes à bas risque (2015)** et le rapport KCE 232², dédié à **l'organisation des soins postnatals (2014)**. Ce dernier recommandait d'intégrer les soins prénatals et postnatals en un « parcours de soins intégré » ; en effet, des soins postnatals de qualité doivent se préparer pendant la grossesse, surtout dans le contexte actuel de raccourcissement des durées de séjour en maternité. Le rapport KCE 232 soulignait également la nécessité d'un dépistage précoce des vulnérabilités psycho-sociales pour permettre une prise en charge optimale le plus tôt possible.

La présente étude a pour but de compléter ces deux précédents rapports en proposant des pistes pour organiser un parcours de soins prénatals intégré assurant une transition harmonieuse de la grossesse à l'accouchement et au post-partum, et incluant les plus récentes recommandations de pratique clinique.²

1.2. Qu'entend-on par « soins prénatals » ?

En 2016, l'OMS a publié des recommandations concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive.³ Sa vision est « un monde où toute femme enceinte et tout nouveau-né reçoivent des soins de qualité tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Dans un continuum avec les soins de santé reproductive, les soins prénatals constituent une plateforme pour fournir d'importantes prestations de santé, dont la promotion de la santé, le dépistage et le diagnostic et la prévention des maladies ».

Les soins prénatals sont des soins qui ont pour objectif d'assurer à la mère et à l'enfant la meilleure santé possible avant, pendant et après l'accouchement, à la fois directement, par la détection et la prise en charge des complications liées à la grossesse, et indirectement, par l'identification des femmes présentant un risque accru de complications pendant le travail et l'accouchement, et en les orientant vers un niveau approprié de soins. Enfin, la grossesse est un moment propice pour aborder la promotion de la santé et améliorer la littératie en santé des futurs parents.

Encadré 1 – Définition de l'expérience positive de la grossesse

Une **expérience positive de la grossesse** peut être définie comme suit :

- préserver l'intégrité physique et socioculturelle ;
- vivre une grossesse saine pour la mère et l'enfant (notamment par la prévention et la prise en charge des risques, maladies et décès) ;
- bien vivre le travail et l'accouchement ;
- et avoir une expérience positive de la maternité (concept couvrant notamment la confiance en soi, les compétences et l'autonomie des mères).

Source: Downe et al. (2016)⁴

Ce rapport a pour objectif de définir l'organisation du suivi prénatal de base dont devraient bénéficier toutes les femmes enceintes. Ce suivi doit éventuellement pouvoir être élargi pour répondre à certains besoins médicaux, psychologiques et sociaux particuliers en cas de risques spécifiques (préexistants ou concomitants à la grossesse). Les interventions additionnelles nécessaires à l'élargissement du suivi ainsi que les interventions dédiées au soulagement des symptômes de la grossesse n'ont pas été étudiées et ne sont donc pas couvertes par ce rapport. Notons aussi que le rapport porte exclusivement sur les soins et l'accompagnement prénatals fournis par des professionnels de santé et des travailleurs sociaux



qualifiés. Les autres acteurs non-(para)médicaux susceptibles d'intervenir durant cette période (p. ex. les doulas^a) ne sont pas abordés ici.

Idéalement, ce suivi prénatal devrait débuter dès la période préconceptionnelle, lorsqu'un désir de grossesse est exprimé, éventuellement couplé à une demande d'arrêt de la contraception. Si une rencontre avec un professionnel de la santé n'a pas lieu durant cette période, le suivi prénatal devrait débuter dès la confirmation de la grossesse et se poursuivre jusqu'au début du travail et de l'accouchement.

1.3. Questions de recherche

Les questions de recherche ont été formulées comme suit:

1. Comment les soins prénatals sont-ils actuellement organisés, utilisés et financés ?
2. Quels sont les forces et les lacunes de l'organisation actuelle ?
3. Comment les soins prénatals sont-ils organisés dans une sélection d'autres pays, en particulier le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la France, l'Irlande, la Suède et la Finlande ?
4. Comment organiser les soins prénatals en Belgique de manière à surmonter les obstacles constatés et à offrir à toutes les femmes enceintes une prise en charge prénatale qui répondent à leurs besoins ?

^a La doula est une personne qui propose un accompagnement et un soutien à une autre femme et à son entourage pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Son accompagnement est strictement non médical. Elle ne relève donc pas d'une profession de santé, n'est pas reconnue par la

1.4. Méthodologie

Plusieurs méthodes ont été combinées dans le cadre de cette recherche :

- La description des modèles de suivi prénatal et des parcours de soins mis en œuvre dans d'autres pays européens, ainsi que l'identification d'interventions de préparation à l'accouchement et à la parentalité, sont issues d'une revue de littérature internationale ;
- La description des activités des professionnels impliqués dans le suivi des femmes enceintes en Belgique, le cadre législatif qui les régit ainsi que l'analyse des données relatives à la consommation de soins ont été utilisées pour décrire la situation actuelle des soins prénatals en Belgique ;
- L'identification des interventions de support et de préparation à l'accouchement et à la parentalité utilisées en Belgique, ainsi que la description des forces et faiblesses de l'organisation belge des soins prénatals telles que perçues par les professionnels de santé et les (futurs) parents, ont été recueillies via des méthodes de recherche qualitative (entretiens en face à face, individuels ou en groupe).

Les pistes d'amélioration ont été soumises à un groupe d'experts et de stakeholders au cours d'une réunion plénière (voir colophon). Elles ont fait l'objet d'un premier vote permettant d'évaluer l'acceptabilité et le libellé de chaque piste d'amélioration proposée. Les remarques et suggestions pertinentes émises lors de cette réunion ont été intégrées dans la formulation définitive des pistes d'amélioration, soumises à un second vote, évaluant le degré de consensus obtenu.

La description détaillée de ces méthodes et des résultats obtenus se trouve dans le supplément du rapport scientifique.

loi et ne nécessite aucune formation officielle. Forte de son expérience de vie, la doula propose aux parents un soutien sur mesure pendant plusieurs mois en toute confidentialité. Le mot doula vient du grec ancien *doúla* (δούλα) qui signifie servant(e) à la femme.



2. ORGANISATION ACTUELLE DES SOINS PRENATALS

Dans cette section, nous résumons les caractéristiques principales de l'organisation actuelle des soins prénatals en Belgique. Le lecteur intéressé en trouvera une description exhaustive dans le rapport scientifique (chapitre 3), ainsi qu'un aperçu du cadre légal (chapitre 4).

2.1. Suivi clinique

En Belgique, les femmes enceintes ont le choix de faire suivre leur grossesse par un gynécologue^b ou une sage-femme^c. Le suivi clinique d'une grossesse à bas risque comprend notamment un examen clinique régulier, des examens techniques (auscultation cardiaque fœtale, échographie), une évaluation hématologique, une évaluation des (risques de) maladies infectieuses et un dépistage des problèmes cliniques maternels (comme le diabète gestationnel). Toutes ces interventions ainsi que leur fréquence et leur planification sont décrites dans le rapport KCE 248.¹ Le nombre recommandé de consultations prénatales est de 10 pour les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfants (primipares) et de 7 pour les femmes qui en ont déjà eu (multipares). Le ticket modérateur est de 12€ pour une consultation chez un gynécologue conventionné (3€ si BIM) et de 0€ pour une consultation chez une sage-femme conventionnée.

Quand le suivi est principalement assuré par une sage-femme, au moins trois consultations sont prévues chez un gynécologue, correspondant aux trois échographies recommandées (qui ne peuvent actuellement pas être

effectuées par les sages-femmes^d). Toutefois, de plus en plus de femmes enceintes à bas risque combinent des consultations chez un gynécologue et chez une sage-femme sans remplacer les unes par les autres, ce qui entraîne une augmentation du nombre total de consultations prénatales. En tout, la majorité (67% en 2016) des femmes enceintes à bas risque (primipares et multipares) se rendent à plus de 10 consultations prénatales pendant leur grossesse. La raison de ce surplus n'est pas identifiable dans les données utilisées, et il n'est pas possible de distinguer les consultations de suivi surnuméraires non-justifiées des consultations qui peuvent se justifier (p.ex. surveillance d'un problème ponctuel survenu au cours de la grossesse).

Les soins prénatals sont principalement facturés à l'acte, ce qui ne favorise pas la collaboration entre professionnels de santé. L'absence d'aiguillage clair entre les différents professionnels maintient également une certaine confusion quant aux responsabilités professionnelles respectives. Une particularité du système actuel est que, pour le suivi clinique des grossesses à bas risque, les honoraires et les taux de remboursement des sages-femmes sont plus élevés que ceux des gynécologues. Ces différences sont notamment justifiées par des durées de consultations plus longues pour les sages-femmes, imposées par la réglementation. Plutôt que de favoriser le recours plus fréquent aux sages-femmes pour les suivis cliniques de routine et inciter les futures mères à alterner les consultations de sage-femme et de gynécologue, cette mesure financière a peut-être entraîné la consommation cumulative des deux types de consultations prénatales au-delà du nombre recommandé.

^b En Belgique, la spécialité regroupe la gynécologie et l'obstétrique. Les médecins spécialistes sont donc gynécologues-obstétriciens. Afin d'alléger le texte, nous simplifions cette dénomination en mentionnant 'les gynécologues'

^c Le suivi par un médecin généraliste est aussi possible, mais est devenu très rare (0,2% des grossesses). Quand les femmes enceintes consultent leur médecin généraliste c'est surtout pour des soins de santé généraux ; ces consultations ne remplacent généralement pas les visites chez le gynécologue ou la sage-femme.

^d En 2006, les compétences des sages-femmes ont été étendues à la prescription de certains médicaments, à la rééducation périnéale et aux échographies. La prescription de médicaments a été organisée par Arrêté Royal en 2013, mais les deux autres compétences sont toujours en attente d'implémentation.



À côté de cette surconsommation, on observe également une certaine sous-consommation dans les soins prénatals : 4% des femmes enceintes à bas risque (couvertes par l'assurance maladie) ont recours à moins de 7 consultations prénatales durant leur grossesse^e ; de plus, 3% n'ont aucun contact avec un professionnel de santé pendant les 20 premières semaines de grossesse. Ces proportions sont plus élevées à Bruxelles que dans les autres régions, et aussi chez les travailleuses indépendantes et les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ou ayant droit à une rente d'invalidité.

L'absence totale de suivi clinique est très rare (0,05% des femmes enceintes couvertes par l'assurance maladie en 2016). Cependant, aucune donnée de suivi clinique n'est disponible concernant les femmes enceintes qui ne relèvent pas de l'assurance maladie (demandeuses d'asile ou femmes sans titre de séjour légal, femmes couvertes par une assurance étrangère). Les données chiffrées par région sont détaillées dans le rapport scientifique et dans le supplément (tableau 10).

Gynécologues et sages-femmes peuvent pratiquer dans différents contextes : hôpitaux, cabinets privés et, dans une moindre mesure, maisons médicales, centres de planning familial, centres gérés par l'ONE (pour toutes les femmes enceintes) ou par Kind en Gezin^f (pour les femmes enceintes vulnérables).

^e Par exemple, les données ne permettent pas de distinguer les femmes qui ont eu moins de 7 consultations prénatales parce qu'elles ont débuté leur suivi prénatal dans un autre pays avant d'arriver en Belgique.

Encadré 2 – Projections de l'offre de soins pour les années à venir

En 2017, le nombre de gynécologues en activité était de 1 703 (835 en Flandre, 582 en Wallonie et 286 à Bruxelles).⁵⁵ Selon les projections de la Commission de Planification-Offre médicale, cette distribution territoriale devrait évoluer dans une quinzaine d'années, ainsi que la force de travail exprimée en équivalents temps plein (ETP).^{6, 7} Celle-ci pourrait fortement augmenter en Communauté flamande et se stabiliser voire diminuer en Fédération Wallonie-Bruxelles⁹. Les gynécologues combinent des activités de gynécologie et d'obstétrique, dans des proportions variables et non documentées.

En 2017, le nombre de sages-femmes était de 11 401 (7 723 en Flandre, 2 843 en Wallonie and 835 à Bruxelles).⁵ Selon les scénarios de projection de la Commission de Planification-Offre médicale, le nombre de sages-femmes actives dans le secteur des soins de santé et leur force de travail (nombre d'ETP) devraient considérablement augmenter dans les 20 années à venir.⁸

^f Depuis novembre 2019, Kind en Gezin, Jongerenwelzijn et une partie de la Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) forment une nouvelle agence appelée « Opgroeien ».

⁹ La Fédération Wallonie-Bruxelles désigne la Communauté française visée à l'article 2 de la Constitution.



2.2. Interventions de préparation à l'accouchement et à la parentalité

Les femmes enceintes ont accès à tout un éventail d'interventions prénatales pour se préparer à l'accouchement et à la parentalité. Certaines sont remboursées par l'INAMI (prestations de sages-femmes et de kinésithérapeutes), d'autres sont financées par les entités fédérées (interventions des travailleurs médico-sociaux de l'Office National de l'Enfance (ONE) en Fédération Wallonie-Bruxelles, de Kind en Gezin (K&G) en Communauté flamande et de Kaleido en Communauté germanophone).

Sages-femmes et kinésithérapeutes bénéficient d'une nomenclature spécifique permettant de distinguer les consultations selon leur contenu. Les sages-femmes peuvent ainsi attester des séances de préparation (physique et psychologique) à l'accouchement, individuelles ou en groupe. La nomenclature permet aussi aux kinésithérapeutes d'attester de sessions de préparation à l'accouchement ('sessions périnatales'); l'INAMI ne rembourse toutefois que les séances individuelles. L'analyse des données de consommation révèle que les kinésithérapeutes délivrent également des prestations aux femmes enceintes avec des codes de nomenclature non spécifiques à la périnatalité ; dans ce cas, les données ne permettent pas de distinguer les sessions de préparation à l'accouchement des consultations qui poursuivent un objectif différent (p.ex. traiter des problèmes posturaux).

En 2016, selon les données de l'AIM, une minorité des femmes enceintes à bas risque ont bénéficié de séances de préparation à l'accouchement auprès d'une sage-femme ou d'un kinésithérapeute (38% à 44% selon les codes de nomenclature utilisés), avec un nombre médian de deux pour les séances (individuelles et de groupe) avec une sage-femme, de quatre pour les séances périnatales avec un kinésithérapeute et de six pour l'ensemble des séances de kinésithérapie (chiffres 2016 – voir détails dans le supplément du rapport scientifique). La combinaison des sessions de préparation avec une sage-femme et avec un kinésithérapeute est rare.

En plus des séances de préparation à l'accouchement, des séances d'information individuelles ou en groupe sur l'allaitement, la parentalité, les questions administratives liées à l'accouchement, l'organisation de la

période post-partum, le retour au travail, etc. sont également offertes dans de nombreux hôpitaux.

Il est difficile d'évaluer l'impact de ces interventions sur la santé de la femme enceinte et du nouveau-né. La littérature sur le sujet est abondante, mais souvent de faible qualité et les résultats des études publiées sont très variables ; il n'est donc actuellement pas possible de recommander un type d'intervention plutôt qu'un autre.

2.3. Mesures de protection pour les femmes enceintes

La protection des femmes enceintes se traduit dans une série de mesures qui ont été progressivement implémentées dans notre pays. Certaines s'appliquent à la majorité d'entre elles (p.ex. les mesures de protection au travail) tandis que d'autres sont spécifiquement destinées à protéger les plus vulnérables (p.ex. : les consultations gratuites de guidance sociale).

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'ONE organise des consultations prénatales gratuites pour toutes les femmes enceintes en ce compris celles qui se trouvent en situation de vulnérabilité. Pour ces dernières, l'ONE subventionne également des programmes d'accompagnement périnatal spécifiques (p.ex. Aquarelle, Echoline, Seconde Peau, APALEM, etc.). En Flandre, K&G organise des consultations prénatales gratuites dédiées exclusivement aux femmes vulnérables.

Par ailleurs, les programmes de soins prénatals collectifs inspirés de l'approche *CenteringPregnancy* (voir 4.2) sont reconnus pour être particulièrement adaptés à ce public ; ils font l'objet de quelques initiatives en Flandre, à Sint-Niklaas (*de Kiem*), Antwerpen (*Expertisecentrum Kraamzorg De Kraamvogel*, en collaboration avec *Huizen van het Kind Antwerpen*) et Leuven (*Expertisecentrum Kraamzorg De Bakermat*, en collaboration avec *Huis van het Kind Leuven*). À Bruxelles, un projet pilote *Born in Brussels* pour les femmes enceintes vulnérables, financé par l'INAMI, propose également cette approche et teste en outre la validité et la fiabilité d'un outil de screening pour identifier les vulnérabilités à un stade précoce.



Enfin, même s'il n'existe plus de maisons d'accueil spécifiquement dédiées aux femmes enceintes en difficulté, celles-ci peuvent trouver de l'aide dans les maisons d'accueil pour adultes, accompagnées ou non de leurs enfants (10 maisons d'accueil en Flandre, 16 à Bruxelles, 49 en Wallonie et 1 en Communauté germanophone).

Pour plus de détails sur les mesures de protection des femmes enceintes, voir la figure 5 du rapport scientifique et la section 2.3.3 du supplément du rapport scientifique.

2.4. Innovations technologiques au service de l'échange d'informations

Ces dernières années, de nombreuses initiatives d'e-santé se sont développées pour faciliter le partage et l'accès sécurisés aux informations de santé par les patients et les professionnels. K&G et l'ONE collaborent actuellement au développement de 'Care Sets' relatifs à l'accouchement et à la petite enfance (voir Encadré 3).

À côté des 'Care sets', K&G a lancé depuis mai 2019 une application 'MijnZwangerschap' (Ma Grossesse) qui permet aux futurs parents d'avoir un accès direct à des informations sur mesure, des conseils et astuces correspondant à l'âge gestationnel et à la parité, ainsi qu'à la liste de services et activités liés à la grossesse et à l'accouchement dans leur voisinage.

Les mutualités jouent également un rôle important en informant et en guidant leurs affiliés dans leurs démarches administratives et sociales. En plus de faciliter l'accès aux documents requis sur leur site internet, certaines mutualités développent des applications conviviales qui permettent à la femme enceinte d'obtenir les informations utiles et qui lui rappellent les démarches à entreprendre mois par mois.

Enfin, de nombreux sites internet et applications proposent des informations relatives à la grossesse, y compris des conseils administratifs et financiers. Toutefois la qualité de ces sites est très variable et ils ne font pas nécessairement l'objet d'une validation scientifique.

Encadré 3 – Évolutions en cours vers le dossier électronique partagé

Dans un proche avenir, l'échange d'informations entre prestataires de soins se fera sur la base de sets de données structurés appelés 'Care Sets'. Ces 'Care Sets' porteront sur des thématiques prédéfinies (p.ex. allergies, vaccination, glycémie, évaluation pondérale, antécédents médicaux, volontés du patient, prescriptions électroniques de médicaments, de diététique ou de kinésithérapie). Ils seront standardisés (via la terminologie Snomed) et dynamiques (pour éviter les encodages multiples). Des 'Care Sets' administratifs sont également prévus pour permettre l'identification du patient et des prestataires via le NISS^h. Seuls les prestataires de soins qui ont une relation thérapeutique avec le patient et pour lesquels le patient a donné son consentement auront accès à ce partage de données.

Les informations contenues dans les 'Care Sets' seront accessibles par les professionnels via leur logiciel agréé (par le biais de Vitalink, Abrumet, et du Réseau de Santé Wallon) – et par les patients via le Personal Health Viewer (portail en ligne MaSanté / MijnGezondheid)ⁱ.

Le lecteur intéressé trouvera les détails du schéma de développement d'un 'Care Set' dans le rapport scientifique.

^h Numéro d'Identification unique à la Sécurité Sociale.

ⁱ En parallèle la Flandre a développé une initiative comparable appelée 'MyHealthViewer', qui inclut un accès au dossier K&G pour chaque enfant né après 2014.



3. PERCEPTIONS DES PARENTS ET DES PROFESSIONNELS SUR L'ORGANISATION ACTUELLE DU SUIVI PRÉNATAL

Afin de pouvoir identifier les forces et les faiblesses de l'organisation actuelle du suivi prénatal en Belgique, nous avons mené des interviews auprès de parents et de professionnels de santé sur leur perception de l'organisation actuelle de la prise en charge prénatale, ses forces et ses faiblesses.

Il importe de souligner ici que les méthodes de recherche qualitative visent à capter la diversité des points de vue au sein de la population étudiée et non à en reproduire une vision quantitativement représentative. Les résultats qualitatifs ne comportent donc pas de chiffres, mais soulignent des tendances.

Pour plus de détails sur la méthodologie (conception, recrutement, consentement éclairé et échantillonnage) et les résultats obtenus voir les chapitres 6 et 7 du supplément du rapport scientifique.

3.1. Point de vue des parents

Tout au long de la grossesse, les futurs parents cherchent à être rassurés et à obtenir des réponses à leurs questions ; ils considèrent que les consultations prénatales sont des moments cruciaux pour poser leurs questions, exprimer leurs doutes et être rassurés sur la normalité de la grossesse. Les personnes interrogées rapportent que les professionnels ne répondent pas toujours à ces attentes, et que la communication avec eux n'est pas toujours fluide (p. ex. consultations trop courtes ciblées sur le suivi clinique, laissant peu de place aux questions et réponses). Ils rapportent notamment ne pas oser poser leurs questions au gynécologue, ou être déçus par la brièveté de ses réponses. Ils ont parfois aussi le sentiment de ne pas recevoir suffisamment d'informations sur les alternatives possibles, et leurs avantages et inconvénients respectifs, pour prendre des décisions éclairées.

L'apport d'informations sur le déroulement de la grossesse et sur les différentes modalités de suivi ne leur semble pas systématique et encore trop lacunaire.

A contrario, les parents apprécient les professionnels empathiques, disponibles, accessibles, et attentifs à tous les aspects de la grossesse, médicaux ou non. Ils apprécient également de recevoir des informations neutres et objectives, notamment afin de leur éviter de nourrir des attentes irréalistes. Ils veulent être impliqués et responsabilisés dans leur (nouveau) rôle parental. Les critères invoqués dans le choix d'un professionnel (médical ou non-médical) sont principalement : l'habitude, la confiance, les recommandations du médecin généraliste ou de proches, la disponibilité, la proximité et le lien avec un hôpital en particulier. Les déceptions rapportées sont liées à l'attitude et aux réactions des professionnels, à l'excès ou à l'insuffisance de soins, à un matériel inadapté, à des problèmes organisationnels ou à la répétition de certaines interventions médicales parfois non désirées.

Les parents préfèrent généralement être suivis par le même professionnel tout au long de la grossesse. Pour les problèmes non critiques ou lorsqu'ils ont besoin d'être rassurés, ils se tournent en premier lieu vers le médecin généraliste, la sage-femme ou le service de maternité, tandis que si les problèmes sont plus sérieux, ils s'adressent au gynécologue.

En ce qui concerne les séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité, les parents apprécient en particulier les séances en petits groupes et les approches qui stimulent la participation des partenaires ; ils émettent le souhait de pouvoir également recevoir un soutien psychologique et/ou administratif. On perçoit un certain degré de confusion entre les activités prénatales proposées par des professionnels de la santé et par d'autres acteurs en dehors du cadre des soins de santé (p.ex. musique, yoga), entre ce qui est nécessaire et ce qui est accessoire, et entre le suivi clinique et la préparation à l'accouchement. Cette confusion peut générer des déceptions ou des irritations. Enfin, il est à remarquer que la préparation du post-partum n'est pas encore offerte systématiquement à tous les parents (voir à ce sujet le rapport KCE 232).



3.2. Point de vue des professionnels

Nous avons également interrogé des professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge prénatale et le suivi postnatal immédiat (gynécologues, sages-femmes, kinésithérapeutes, médecins généralistes, pédiatres, psychologues, travailleurs de l'ONE, K&G et Kaleido). Pour plus de détails sur la méthodologie et les résultats obtenus, voir le chapitre 5 du rapport scientifique et le chapitre 7 de son supplément.

En ce qui concerne les différentes modalités de suivi clinique de la grossesse, les professionnels interrogés ont conscience que certains futurs parents cumulent les différents types de consultations (gynécologues et sages-femmes) au lieu de les alterner. Par ailleurs, ils perçoivent le manque d'attention accordée au développement des soins préconceptionnels en Belgique et reconnaissent qu'il s'agit d'une occasion manquée d'améliorer les comportements de santé avant et pendant la grossesse.

En ce qui concerne les différentes modalités de préparation à l'accouchement et à la parentalité, ils regrettent que les nombreuses initiatives existantes ne soient pas universellement proposées à toutes les femmes enceintes et ne soient pas coordonnées. Le contenu et le prix à payer par les parents diffèrent selon les professionnels et les institutions qui organisent et délivrent ces séances.

De façon générale, ils déplorent qu'aucun mécanisme ne soit mis en place pour mieux surveiller la qualité des soins prénatals (et postnatals) et que les indicateurs de qualité existants soient inadéquats pour mesurer cette qualité. D'après eux, tous les professionnels de santé ne s'inspirent pas des guidelines sur les soins prénatals pour orienter leur pratique, ce qui peut entraîner une surutilisation des tests de dépistage et d'autres procédures.

Quand ils sont interrogés sur la collaboration et la communication entre les différentes disciplines, ils soulignent que les échanges d'informations entre disciplines ne sont pas suffisamment développés. De plus, le financement à l'acte n'encourage pas la multidisciplinarité. Le fait que de nombreux acteurs de la santé interviennent dans les soins prénatals, partagent certaines compétences et délivrent des interventions similaires entraîne des tensions interprofessionnelles. Par ailleurs, le manque d'outils de communication adéquats nuit à la confiance, au transfert des informations pertinentes et à

la collaboration entre professionnels. Les logiciels supportant le dossier médical électronique dans les hôpitaux et dans les cabinets privés ne sont en outre pas toujours compatibles. Ils attendent beaucoup des projets en développement liés aux 'Care Sets', et de la digitalisation du carnet de la mère.

Enfin, leurs attentes et préoccupations respectives peuvent être résumées comme suit :

- Les gynécologues se sentent menacés par le rôle croissant des sages-femmes indépendantes. Ils craignent que l'arrivée massive de sages-femmes travaillant en ambulatoire ne porte atteinte à la qualité des soins prénatals car leur formation actuelle (centrée sur la prise en charge hospitalière ou dans un environnement bien encadré) ne leur permet pas de développer suffisamment les compétences nécessaires à la prise en charge ambulatoire.
- Les sages-femmes ne se sentent pas suffisamment préparées à l'évolution de leur rôle dans les hôpitaux et en ambulatoire. Elles estiment que leur formation est essentiellement axée sur les pratiques intra-hospitalières et se sentent moins bien préparées à accompagner les futures mères en ambulatoire. Ce ressenti peut entraver la mise en place d'équipes extrahospitalières de sages-femmes, en particulier dans les régions moins densément peuplées. Les sages-femmes regrettent également le manque de connaissances des autres professionnels et du grand public sur leurs rôles et leurs spécificités. Certaines d'entre elles rapportent que les nouvelles diplômées ne trouvent pas d'emploi dans leur profession.
- Les médecins généralistes estiment pouvoir *contribuer* à l'accompagnement des femmes enceintes pendant la grossesse, non seulement pour prendre en charge les problèmes de santé non liés à la grossesse, mais aussi dans leur rôle de médecins de la famille.
- Les kinésithérapeutes estiment que leur rôle pourrait être élargi notamment au traitement des problèmes posturaux des femmes enceintes et au renforcement des muscles du plancher pelvien.
- Les pédiatres souhaiteraient que les professionnels du suivi prénatal informent les parents de la nécessité d'une consultation pédiatrique au 5^e jour post-partum et l'organisent.



4. MODÈLES ET PARCOURS DE SOINS ADOPTÉS A L'ETRANGER

Parmi une multitude d'interventions qui permettent d'améliorer l'utilisation et la qualité des soins prénatals, la directive de l'OMS³ prône deux modèles organisationnels pour les soins prénatals, à savoir les modèles de soins continus délivrés par les sages-femmes et les soins prénatals collectifs. Au-delà de ces modèles organisationnels implémentés et évalués par des études comparatives, nous tirerons également dans cette section les enseignements de parcours de soins mis en place dans plusieurs pays européens pour améliorer l'organisation des soins prénatals en Belgique. Des descriptions plus exhaustives se trouvent dans le rapport scientifique (chapitre 6).

4.1. Modèles de soins pour le suivi de la grossesse : obstétriciens ou sages-femmes ?

Les modèles classiques de suivi prénatal attribuent la responsabilité principale de la prise en charge globale de la (future) mère et de son bébé tantôt à un gynécologue-obstétricien (ou un autre médecin), tantôt à une sage-femme, tantôt aux deux. Le modèle basé sur la continuité du suivi par une sage-femme depuis la prise de rendez-vous initiale jusqu'aux premiers jours du post-partum est appelé « modèle de soins continus dispensés par une sage-femme ». Selon ce modèle, c'est la sage-femme qui endosse la responsabilité de principal professionnel de la santé à partir de la prise de rendez-vous initiale jusqu'aux premiers jours de la parentalité. Les soins sont dispensés par la même sage-femme ou la même équipe de sages-femmes pendant la grossesse, l'accouchement et au début de la parentalité. Il est fait appel à d'autres professionnels en cas de besoin. Ce modèle est adopté dans plusieurs pays pour le suivi des femmes enceintes à bas risque.

Différentes études scientifiques ont comparé ce modèle aux modèles de soins délivrés par des médecins. Une revue Cochrane a synthétisé les données collectées par 15 études impliquant plus de 17 600 femmes (méta-analyse).⁹ Ont été incluses des femmes présentant un faible risque de complications, ainsi que des femmes présentant un risque accru mais ne

souffrant à ce moment d'aucun problème. Tous les essais impliquaient des sages-femmes qualifiées et aucun n'impliquait des modèles de soins proposant l'accouchement à domicile. Sept principaux critères de résultats ont été étudiés : la prématurité (naissance avant 37 semaines de grossesse) ; le risque de perte du bébé pendant la grossesse ou au cours du premier mois après la naissance ; l'accouchement spontané par voie basse (lorsque le travail n'a pas été déclenché et que l'accouchement n'a pas été assisté par forceps) ; la césarienne ; l'accouchement instrumental par voie basse (assisté par forceps ou par ventouse) ; le périnée resté intact ou non, et le recours à l'analgésie régionale (comme la péridurale).

Il en ressort que le modèle de soins continus délivrés par les sages-femmes est associé à une diminution du recours à des interventions telles que anesthésie péridurale, épisiotomie ou utilisation d'instruments et à une augmentation des chances d'accoucher spontanément par voie basse. Aucune différence n'a été relevée en termes de nombre de naissances par césarienne. Les femmes étaient moins sujettes à l'accouchement prématuré et le risque de perdre le bébé était plus faible. En outre, les femmes étaient plus susceptibles d'être prise en charge pendant le travail par des sages-femmes qu'elles connaissaient déjà.

En raison d'un manque de cohérence dans l'évaluation de la satisfaction des femmes et du coût des différents modèles, ces critères de résultats ont été rapportés de façon narrative. La majorité des études prises en compte ont montré un taux de satisfaction maternelle plus élevé avec les modèles de soins continus dispensés par une sage-femme. En outre, ce modèle a tendance à permettre des économies par rapport à d'autres modèles de soins.

Les essais ont fourni suffisamment de preuves de qualité élevée pour nous apporter des résultats fiables pour chacun des principaux critères de résultat listés ci-dessus. En ce qui concerne la survenue d'événements indésirables, la méta-analyse ne décèle aucune différence entre les modèles de soins. Les auteurs formulent une conclusion positive en ce qui concerne les femmes enceintes à bas risque, mais restent réservés quant à l'adoption de ce modèle pour des femmes présentant des risques de complications, en raison du manque d'études à ce sujet.



4.2. Suivi prénatal : individuel ou en groupe

Dans la plupart des pays occidentaux, les soins prénatals se pratiquent en consultations individuelles, que ce soit avec un médecin ou avec une sage-femme, à l'hôpital ou dans un autre cadre clinique. La première visite est généralement plus longue, en raison d'une anamnèse et d'un examen clinique complet. Elle est suivie de six à neuf visites plus courtes (en moyenne). Dans ce modèle « traditionnel », on observe que les professionnels subissent d'importantes pressions de rentabilité, ce qui les mène à (devoir) voir un nombre croissant de femmes, raccourcissant d'autant les temps de consultation et allongeant les temps d'attente. Par conséquent, les réponses aux questions des futurs parents et les conseils portant sur l'hygiène de vie sont souvent limités. Ce problème a également été rapporté en Belgique par les parents interrogés dans le volet qualitatif de notre étude (voir section précédente).

Une approche alternative consiste à délivrer les soins prénatals en groupe, en s'inspirant d'un modèle appelé « *CenteringPregnancy* », développé aux États-Unis et très en vogue au Canada, au Royaume-Uni, en Suède et aux Pays-Bas. Les soins prénatals de groupe permettent de consacrer davantage de temps aux futurs parents, puisque l'ensemble des séances atteint une durée de 12 à 20 heures (8 à 10 séances de 90 à 120 minutes), contre environ deux à trois heures (8 à 10 visites de 15 à 20 minutes) pour les visites prénatales conventionnelles. Les groupes comptent huit à douze femmes du même âge gestationnel et les séances sont menées par une sage-femme ou un obstétricien. L'information et la préparation à l'accouchement et à la parentalité sont abordées en groupe, et l'accent est mis sur l'autonomisation des femmes et le soutien par les pairs. Les examens cliniques sont individualisés, dans un cabinet de consultation séparé, afin de préserver la confidentialité. En cas de grossesse à risque, les femmes sont suivies en parallèle par un médecin spécialiste.

Une méta-analyse Cochrane¹⁰ a comparé les modèles de soins prénatals individuels et collectifs et conclut que les deux formules sont équivalentes tant pour la mère (initiation à l'allaitement) que pour le nouveau-né (poids à la naissance, risque de naissance prématurée ou décès du bébé). Des études supplémentaires sont nécessaires pour déterminer si certaines populations spécifiques de femmes (par exemple, les femmes obèses ou

socio-économiquement défavorisées) tirent davantage de bénéfices d'une telle approche de groupe.

Dans notre pays, quelques initiatives s'inspirant de cette approche ont été lancées en Flandre et à Bruxelles ; elles s'adressent essentiellement aux femmes vulnérables (voir section 2.3).

4.3. Organisation et parcours des soins prénatals

Nous avons comparé les systèmes de soins prénatals des pays suivants : Pays-Bas, Royaume-Uni, Irlande, France et Suède. La description détaillée du système de chaque pays se trouve dans le chapitre 8 du supplément ; nous n'en proposons ici qu'une synthèse transversale.

4.3.1. Des modèles de soins prénatals intégrés

Les pays étudiés ont opéré un changement majeur de paradigme dans leur système de soins de santé, puisque les soins prénatals sont désormais délivrés en équipe et non plus exclusivement dirigés par des médecins spécialistes. Dans ce modèle de soins prénatals intégrés, les femmes identifient un professionnel de santé de référence, qui endosse la responsabilité clinique des soins ; en cas de besoin, elles sont orientées vers le professionnel le plus approprié. Ce modèle permet d'utiliser le niveau de complexité le plus bas possible, tout en ayant la capacité de réagir rapidement aux besoins par des soins spécialisés ou complexes. Il est d'application aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède, ainsi que, depuis peu, en Irlande. En France, la vision n'est pas formulée de la même façon, mais la Haute Autorité de Santé a publié en 2016 des recommandations cliniques qui s'appuient sur les mêmes fondements.



Les principales composantes du modèle de soins prénatals intégrés sont :

- **Une position centrale de la femme enceinte**, de son/sa partenaire et de l'enfant (à naître), en respectant leur liberté de choix, en répondant à leurs besoins et préoccupations et en établissant une relation de confiance entre eux et tous les prestataires de soins avec lesquels ils sont en contact.
- **Une information et des conseils adéquats**, auxquels il est consacré suffisamment de temps. Du matériel, dont la validité scientifique est garantie, est mis à disposition sous des formes adaptées et conviviales (brochures, sites web interactifs, applications, etc.). Une attention particulière est accordée aux personnes souffrant de maladies chroniques, de handicaps ou qui ne parlent pas la langue nationale. Les questions administratives sont relayées vers les services compétents.
- **Un plan individuel de soins prénatals intégrés**, établi selon le principe de prise de décision partagée. Ce plan couvre tous les aspects des soins prénatals depuis le début de la grossesse (voire avant) jusqu'aux six premières semaines après l'accouchement. Il permet d'aborder les nombreux choix qui se posent tout au long de la grossesse, par exemple le diagnostic prénatal, le lieu de l'accouchement, la manière d'accoucher, le mode de prise en charge de la douleur, etc. Le plan est établi en fonction des risques identifiés et précise la répartition des responsabilités entre intervenants professionnels. Toutes les étapes importantes de la grossesse et les rendez-vous nécessaires (analyses de laboratoire et autres tests cliniques, séances d'information, etc.) y sont décrits.
- **Une personne de contact fixe** pendant toute la grossesse, en général le principal professionnel de santé choisi par la femme enceinte (sage-femme, obstétricien ou généraliste). Ce professionnel endosse le rôle de « coordinateur » c'est-à-dire qu'il veille aux intérêts de la femme enceinte, soutient son autogestion et vérifie que les soins lui sont fournis conformément à son plan de soins individuel.

- **Le consentement éclairé.** À noter qu'un élément indissociable du consentement éclairé est le refus éclairé, à savoir le droit de refuser les tests de dépistage et les traitements proposés. Ce refus éclairé ne peut être exprimé qu'après avoir reçu les informations nécessaires.

Garantir des soins intégrés et coordonnés nécessite que l'on crée autour de la femme enceinte un **maillage multidisciplinaire**, que l'on peut définir comme un ensemble cohérent de professionnels de santé ou d'organisations transcendant les frontières entre santé publique, soins primaires, secondaires et tertiaires. Idéalement, cette collaboration est soutenue par l'utilisation d'un **dossier électronique partagé**. Aux Pays-Bas, un set d'**indicateurs de qualité** a été élaboré pour l'ensemble des soins prénatals.

L'adoption de cette approche de soins intégrés peut nécessiter une adaptation du système de financement des soins. C'est ainsi qu'aux Pays-Bas, depuis 2017, le système de financement des soins obstétricaux permet aux prestataires de soins obstétricaux primaires et secondaires de bénéficier d'un paiement forfaitaire, un ajustement qui nécessite une coopération accrue, voire une intégration entre les deux niveaux de soins.

4.3.2. Des parcours de soins adaptés au niveau de risque

Étant donné que les modèles de soins où la prise en charge de toutes les grossesses à bas risque est exclusivement assurée par un gynécologue ne semblent pas apporter des résultats périnatals supérieurs par rapport aux modèles où ils interviennent uniquement lorsque des risques ou des complications sont décelés, de nombreux pays ont adopté des parcours de soins différenciés en fonction des niveaux de risque, avec un système clair d'aiguillage entre les niveaux. Les femmes enceintes et les nouveau-nés sont généralement classés en trois niveaux de risque : bas, moyen ou élevé, en fonction des facteurs de risque identifiés (notamment l'âge, les antécédents obstétricaux, médicaux ou psycho-sociaux). Les signaux d'alarme (red flags), ainsi que les professionnels adéquats pour leur prise en charge, sont clairement définis et connus de tous les intervenants. Il est prévu que le KCE s'attelle très prochainement à l'établissement d'une telle liste de signaux d'alarme contextualisée pour la Belgique.



La plupart des pays prévoient également un dépistage systématique des situations de vulnérabilité psycho-sociale afin de pouvoir proposer un accompagnement structuré adapté. Ce dépistage est effectué le plus tôt possible (de préférence avant la 15^e semaine de grossesse) et conduit à l'aide d'instruments validés (Mind2Care, R4U...). Les femmes présentant des problématiques complexes ou récurrentes (maladie mentale, déficience mentale, pathologies chroniques, problèmes psycho-sociaux, consommation de substances, maltraitance, grande précarité, etc.) sont orientées vers des professionnels ou des structures spécialisés.

4.3.3. *Un élargissement de la préparation à l'accouchement et à la parentalité*

Dans tous les pays étudiés, l'accent est mis sur une approche plus large et plus intégrée de l'accompagnement des futurs parents, depuis la confirmation de la grossesse (voire de la période préconceptionnelle) jusqu'au postpartum. Un entretien précoce individuel ou en couple vise à identifier les besoins d'information, définir les compétences parentales à développer, évaluer la situation générale de la femme enceinte, son état d'esprit et le support dont elle bénéficie, dépister les situations de vulnérabilité et fournir toutes les informations nécessaires (rôle des différents professionnels, lieux de naissance, séances de préparation à l'accouchement, etc.). Un plan de soins individuel est alors établi. Durant la grossesse, des séances de suivi prénatal sont proposées selon un programme structuré, soit en groupe (inspirées de l'approche *CenteringPregnancy* - voir section 4.2), soit individuellement. L'accompagnement se prolonge ensuite à la phase postnatale, avec des visites en maternité, pour identifier les éventuels besoins d'accompagnement à domicile. L'accompagnement postnatal en lui-même comprend un soutien aux soins du bébé et à l'allaitement, le suivi du bébé et une attention portée à la santé de la mère (p.ex. détection d'une éventuelle dépression postnatale).

4.3.4. *Un planning des visites prénatales*

Dans tous les pays étudiés, le suivi prénatal débute dès la confirmation de la grossesse. Aux Pays-Bas et en France, il débute éventuellement plus tôt, par une consultation préconceptionnelle (en particulier en présence de facteurs de risque connus ou de maladie chronique).

Dans certains pays, le nombre recommandé de consultations (pour une grossesse non compliquée) est de 10 pour une primipare et de 7 pour une multipare, ce qui correspond aux recommandations belges. Par contre, certains pays ne font aucune différence entre primipares et multipares, avec une moyenne de 10 à 12 consultations par grossesse. Dans tous les cas, la fréquence des consultations est adaptable en fonction des besoins de la femme enceinte et de l'évolution de la grossesse. Au besoin, le professionnel peut suggérer des consultations moins nombreuses mais plus longues.

Dans tous les pays étudiés, il est recommandé que :

- toutes les femmes reçoivent des informations écrites appropriées en début de grossesse sur le nombre, le moment et le contenu probables des consultations prénatales ; elles ont la possibilité d'en discuter avec leur sage-femme ou leur médecin ;
- chaque consultation prénatale respecte un contenu structuré précis. Outre le suivi clinique, l'accent y est mis sur l'information, l'accompagnement et la promotion de la santé (supplémentation en acide folique, hygiène alimentaire, abandon du tabac, des drogues récréatives et de l'alcool), les vaccins, l'excès pondéral, l'utilisation de médicaments, les conditions de travail et les tests de dépistage proposés pendant la grossesse ;
- les professionnels suivent les guidelines existants en ce qui concerne les tests de dépistage et de diagnostic, la prophylaxie et les éventuelles interventions spécifiques.



Dans certains pays, des visites à domicile sont prévues au 3^e trimestre afin d'évaluer l'environnement de vie futur du bébé et de prodiguer quelques conseils aux futurs parents. Ces visites à domicile offrent une occasion de bien cerner la situation de la future mère (y compris les risques psycho-sociaux pour la mère et l'enfant).

4.3.5. Un libre choix du lieu de naissance

Dans tous les pays étudiés, différents environnements de naissance coexistent : services hospitaliers d'obstétrique, centres (maisons) de naissance situés à proximité d'un service d'obstétrique ou au sein de celui-ci, cliniques ambulatoires, domicile. Les avantages et les inconvénients de ces différents environnements sont clairement expliqués à la femme enceinte afin qu'elle puisse faire son choix en toute connaissance de cause.

5. PISTES D'AMÉLIORATION POUR LES SOINS PRENATALS EN BELGIQUE

5.1. Constats

5.1.1. Un système de suivi riche mais fragmenté et peu coordonné

Sur la base de ce qui précède – analyse des chiffres belges, enquête qualitative auprès des parents et des professionnels de santé, analyse des exemples étrangers – force est de constater que l'organisation actuelle des soins prénatals dans notre pays n'est pas encore optimale. On peut dire, de façon très schématique, qu'ils manquent d'accessibilité (universalité) et de coordination (intégration). Pour autant, le système actuel est riche. Il permet un suivi clinique et une préparation à l'accouchement assurés par des professionnels qualifiés (gynécologues, sages-femmes, etc.) et ce dans différents contextes (hôpitaux, cabinets privés, etc.).

5.1.2. Les soins prénatals ne sont pas encore universels

Comme mentionné au chapitre 2, certaines femmes enceintes ne bénéficient pas, peu – ou pas suffisamment tôt – de soins prénatals. Certains facteurs accroissent le risque de recourir tardivement au suivi prénatal ou de consulter les professionnels de soins moins fréquemment que ce qui est recommandé (p.ex. les travailleuses indépendantes, les personnes porteuses d'un handicap ou les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance maladie – BIM). En particulier, les femmes en situation de vulnérabilité psycho-sociale présentent un risque accru de suivi prénatal incomplet ou absent. Les professionnels du suivi prénatal sont préoccupés par la détection et la gestion de ces vulnérabilités, mais ils soulignent leur besoin d'être soutenus par des réseaux spécialisés. Différentes mesures ont été mises en place pour soutenir et protéger les femmes vulnérables, mais toutes ne sont pas suffisamment connues. Quelques initiatives ont été lancées un peu partout en Belgique, ainsi qu'un projet pilote inspiré par le CenteringPregnancy à Bruxelles; ils doivent certainement être suivis avec attention et évalués.



Par ailleurs, les futurs parents ne sont pas suffisamment informés de l'offre existante. Parmi ceux que nous avons interrogés, plusieurs n'ont pas réussi à trouver leur chemin dans les méandres du système de santé actuel proposant parfois des services identiques sous des formes différentes. Ils se sont souvent sentis submergés par les démarches administratives (principalement pour préparer la période postnatale). On observe une confusion fréquente entre le suivi clinique et la préparation à l'accouchement. Ils sont nombreux à s'être sentis inondés d'informations diverses sans parvenir à identifier les sources d'information fiables ou à trouver auprès de professionnels de santé des réponses à leurs inquiétudes et à leurs questions.

Enfin, l'offre de soins présente de grandes variations géographiques. D'une part, la répartition de l'offre de gynécologues est inégale sur le territoire, et pose surtout problème en Wallonie. Les modèles de soins conduits par des sages-femmes et les séances de préparation à l'accouchement ne sont pas disponibles sur tout le territoire, ce qui contribue à la déception de certains parents. D'autre part, les sages-femmes déplorent que leur formation actuelle soit très orientée sur le secteur hospitalier, au détriment de la prise en charge extra-muros, ce qui freine le déploiement d'une offre de service ambulatoire. L'implication des médecins généralistes dans le suivi des grossesses tend à disparaître. Enfin, le recours aux kinésithérapeutes pour la préparation à l'accouchement présente également des disparités entre régions.

5.1.3. Les soins prénatals ne sont pas suffisamment intégrés

Idéalement, le suivi multidisciplinaire de la grossesse devrait être organisé par un coordinateur de soins doté des outils adéquats, comme nous le recommandions déjà dans le rapport KCE 232 sur les soins postnatals.² À l'heure actuelle, ce rôle de coordination n'est pas encore établi ou reconnu. Par ailleurs, les professionnels de santé ne collaborent pas toujours de façon optimale, ce qui mène à l'utilisation inadaptée des ressources en répétant des consultations et des tests diagnostiques ou de dépistage au-delà des recommandations. Le système de financement à l'acte est en partie responsable de cet état de fait, comme l'est l'absence de règles de référencement entre les différents professionnels, qui maintient une certaine confusion quant aux responsabilités professionnelles respectives.

La comparaison internationale nous a aussi fait prendre conscience d'un manque de vision globale de notre système de soins prénatals. La nécessité de clarifier une vision globale est pourtant indispensable pour identifier les objectifs globaux à atteindre, clarifier la philosophie des soins sous-jacente, définir les praticiens qui interagissent pour atteindre ces objectifs et caractériser l'organisation des soins que l'on veut promouvoir. Le cadre conceptuel développé par Renfrew et al. pour des soins de qualité à la mère et à l'enfant le rappelle à juste titre.¹¹ Les modèles d'organisation observés à l'étranger mettent également l'accent sur l'information des parents et la coordination des soins. En Belgique, comme mentionné ci-dessus, les futurs parents ne sont pas suffisamment informés des différentes options de prise en charge, de leurs avantages et inconvénients respectifs en fonction de leur situation personnelle. En matière de coordination des soins, il existe bien un « plan de soins », mais il est sous-utilisé et se concentre principalement sur l'accouchement. La source principale d'information partagée entre les professionnels est le « livret de la mère » délivré par l'ONE ou K&G. Ce livret offre une vue d'ensemble rapide des paramètres de la future mère, mais il ne facilite pas la communication entre les différents professionnels impliqués dans le suivi prénatal, et ne donne pas accès à l'imagerie ou aux résultats d'analyses. Des outils garantissant une communication sécurisée pour de telles données sont présents dans eHealth, mais sont encore sous-utilisés tant par les professionnels de la santé que par les parents. De plus, ces outils ne sont pas spécifiquement conçus pour les soins prénatals. Enfin, la nouvelle réglementation liée à la protection des données individuelles s'ajoute aux paramètres à prendre en compte lors du développement des initiatives visant à faciliter le partage des informations. Par conséquent, jusqu'à présent, les parents demeurent le principal canal de transmission d'informations entre les professionnels de santé, avec tous les aléas que cela comporte (imprécision des informations, oublis, erreurs d'interprétation).

En Belgique, aucun texte officiel ne formalise actuellement la vision d'une prise en charge optimale de la maternité. Néanmoins, toutes les initiatives déjà en place concrétisent un principe sous-jacent que l'on peut formuler de la façon suivante : toutes les femmes et leurs bébés devraient avoir accès à des soins sûrs et de haute qualité, délivrés par des professionnels et dans un cadre adapté à leurs besoins.



De plus, les femmes et leurs familles devraient être placées au centre des services délivrés et traitées avec empathie et avec l'attention nécessaire à leurs demandes et à leurs besoins spécifiques, dans le respect de leurs convictions et de leurs préférences. Enfin, les parents devraient être soutenus avant, pendant et après la grossesse pour leur permettre de donner à leur enfant le meilleur départ possible dans la vie.

5.2. Pistes pour un suivi prénatal universel et intégré

Pour améliorer le suivi prénatal, il est important de conserver la richesse du système actuel, tout en palliant ses faiblesses et comblant ses lacunes. Nous proposons le principe général suivant :

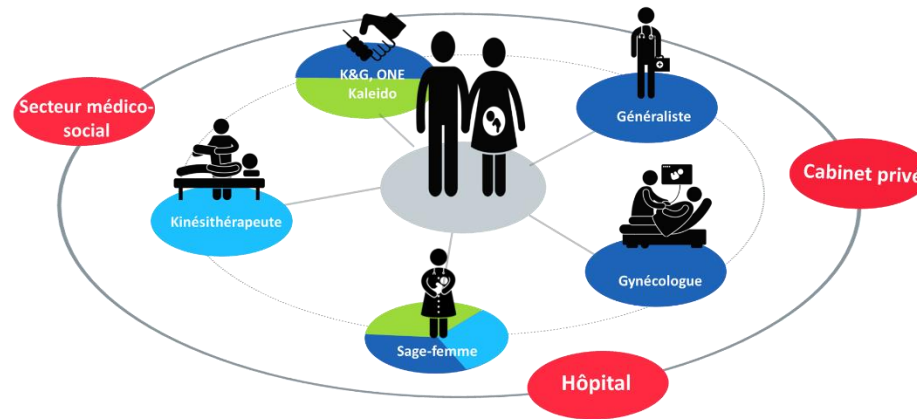
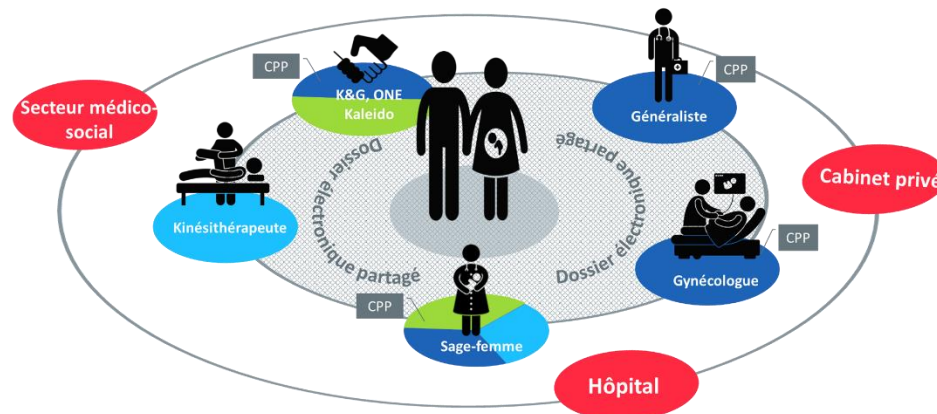
Le suivi prénatal devrait être *universel* et *intégré*, de manière à assurer une santé et une sécurité optimales à toutes les femmes enceintes sur l'ensemble du territoire belge, et être adaptable en ampleur et en intensité aux besoins de chacune (universalisme proportionné¹²). Il devrait garantir des transitions sans ruptures depuis la période préconceptionnelle jusqu'au post-partum, d'un professionnel de santé à l'autre, et des soins primaires aux soins spécialisés. Le tout devrait être soutenu par un système de financement approprié.

L'objectif est donc d'assurer un suivi de base complet, structuré et coordonné pour toutes les femmes enceintes, quel que soit le niveau de risque de la grossesse, d'ajouter les éléments nécessaires à la sécurité de celles qui ont des risques médicaux élevés et de développer des efforts particuliers pour atteindre les femmes vulnérables qui risquent de ne pas bénéficier de suivi ou de n'en bénéficier que trop tard.

Le suivi prénatal repose sur trois éléments essentiels que nous allons développer dans cette section :

1. Un parcours de suivi prénatal complet et intégré ;
2. Un maillage multidisciplinaire adapté aux besoins de chacune et coordonné par un coordinateur de soins ;
3. Un plan de soins.

La Figure 1 illustre cette évolution souhaitée des soins prénatals en Belgique. L'ensemble de ces pistes d'amélioration a été soumis aux votes des stakeholders lors d'une réunion le 23 septembre 2019 ; les remarques et suggestions pertinentes émises lors de cette réunion ont été intégrées dans la formulation définitive des pistes d'amélioration. La liste des stakeholders se trouve dans le colophon.

**Figure 1 – Evolution du modèle de soins actuel vers un suivi prénatal intégré****Système actuel de suivi prénatal****Système recommandé de suivi prénatal**

■ Suivi clinique ■ Préparation à l'accouchement ■ Préparation à la parentalité ■ Conseil prénatal personnalisé

Icons created by Noun project®



5.2.1. Un parcours complet de suivi prénatal

Chaque femme enceinte, quel que soit le niveau de risque de sa grossesse, devrait se voir proposer un **parcours complet de suivi prénatal** comprenant un suivi clinique, des consultations de conseil prénatal personnalisé (CPP) et des séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité (PAP).

Une proposition de **parcours de suivi prénatal** est présentée à la Figure 2. Il s'agit d'un parcours de soins universel, qui devrait être proposé à toutes les femmes enceintes, quel que soit le niveau de risque de leur grossesse. En fonction des risques médicaux ou des vulnérabilités psycho-sociales identifiés, d'autres interventions pourraient s'y ajouter. Ce parcours engage tous les professionnels impliqués dans le suivi prénatal (gynécologues, sages-femmes, médecins généralistes, kinésithérapeutes, psychologues et travailleurs sociaux), exerçant en milieu hospitalier ou ambulatoire.

Cette proposition de parcours implique de placer les futurs parents au centre de la prise de décision, de leur assurer la liberté de choix, le respect de leurs décisions, de leurs besoins et de leurs préoccupations, mais aussi d'instaurer une relation de confiance avec tous les prestataires de soins avec lesquels ils auront un contact.

Le parcours devrait commencer le plus tôt possible, idéalement dès la période préconceptionnelle, lorsque le désir d'avoir un enfant ou l'intention de concevoir est exprimé, ou dès la confirmation de la grossesse, et de préférence avant la 14^e semaine. Une intervention précoce crée les conditions adéquates pour une grossesse en bonne santé, permet de fournir des informations scientifiquement fondées concernant l'hygiène de vie (p. ex. la consommation de drogues ou d'alcool, les conseils alimentaires, les dépistages utiles et les vaccinations requises) et d'identifier d'éventuels risques médicaux, psychologiques ou sociaux.

Le parcours proposé comprend trois volets : le suivi clinique (Figure 3), les consultations de « Conseil Prénatal Personnalisé » (CPP) (Figure 4) et les séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité (PAP) (Figure 5). Les professionnels de santé sont impliqués dans les trois volets à des degrés qui dépendent du modèle de soins souhaité par la femme enceinte (voir Suivi clinique ci-après).

Le suivi clinique

Dans le parcours de suivi prénatal proposé, toutes les femmes enceintes se voient offrir un **suivi clinique** conforme aux recommandations de pratique clinique. Le suivi clinique comprend entre autres un monitoring continu des risques liés à la grossesse ainsi que l'orientation vers les professionnels de la santé spécifiquement formés pour les consultations de conseil prénatal personnalisé (CPP) et la préparation à l'accouchement et à la parentalité (PAP).

En Belgique, les femmes enceintes sont libres d'opter pour le modèle de soins de leur choix, à savoir faire suivre leur grossesse uniquement par un médecin (gynécologue et/ou médecin généraliste), par une sage-femme, ou, en alternance, par un médecin et une sage-femme. La littérature scientifique confirme que ces différents modèles sont équivalents en termes de sécurité pour les femmes en bonne santé ayant une grossesse sans complications. Les suivis de grossesse effectués exclusivement par un médecin généraliste sont devenus très rares en Belgique.

Le suivi clinique repose principalement sur les recommandations du guide de pratique clinique relatif aux examens recommandés pendant la grossesse.¹ S'y ajoutent un monitoring des risques médicaux et une orientation de la future mère vers des soins spécialisés chaque fois que c'est nécessaire. Les consultations de suivi clinique sont également l'occasion pour le professionnel de santé désigné comme coordinateur de soins (voir plus loin) de s'assurer que des consultations de CPP ont eu lieu et de vérifier si le besoin de sessions de PAP a été évalué et rencontré. Des CPP supplémentaires pourraient être demandées en cas de besoin.

La Figure 3 représente la partie A (clinique) du parcours de suivi prénatal ; elle récapitule toutes les interventions recommandées par trimestre.



Figure 2 – Proposition de parcours de suivi prénatal en Belgique

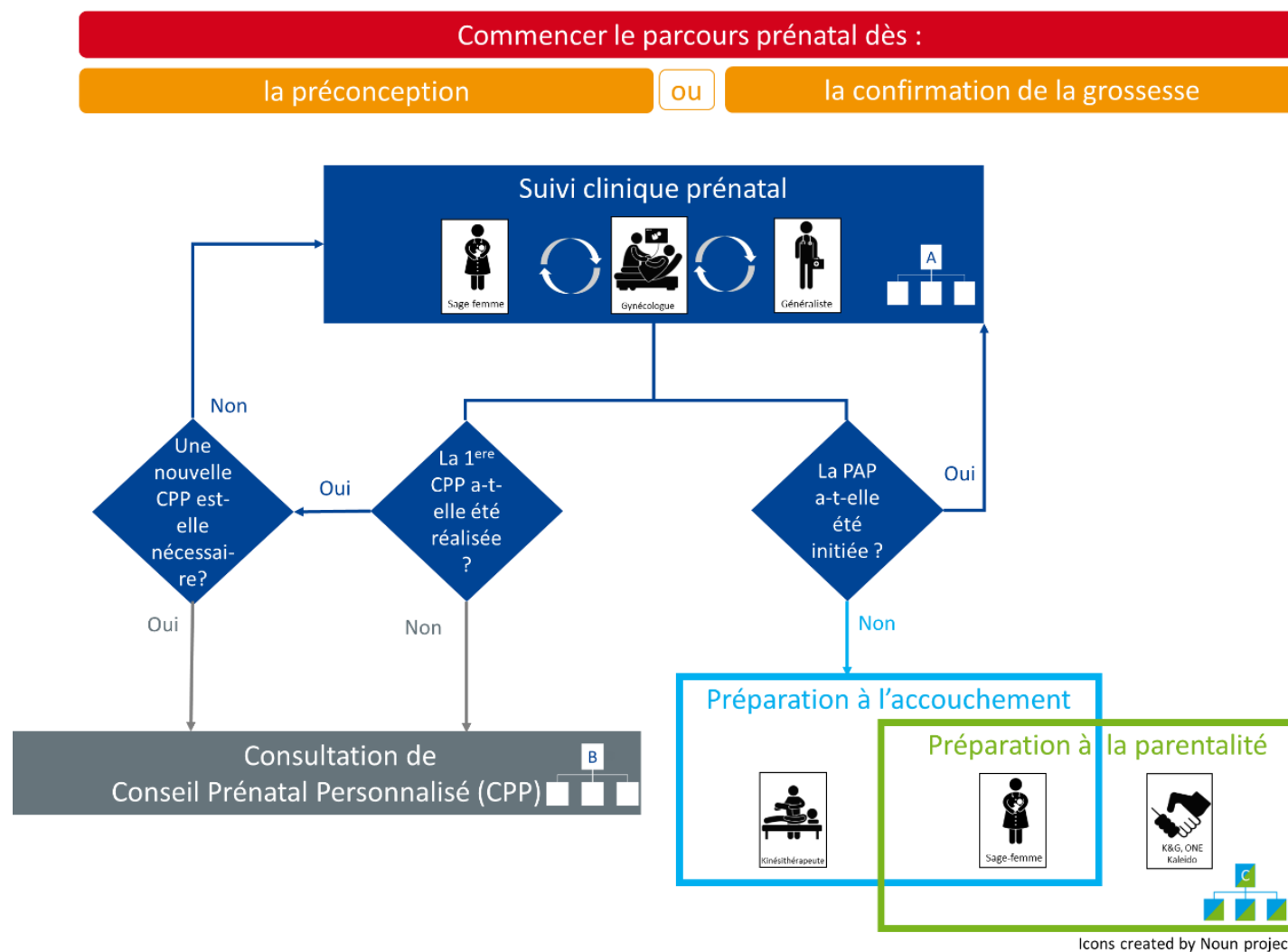
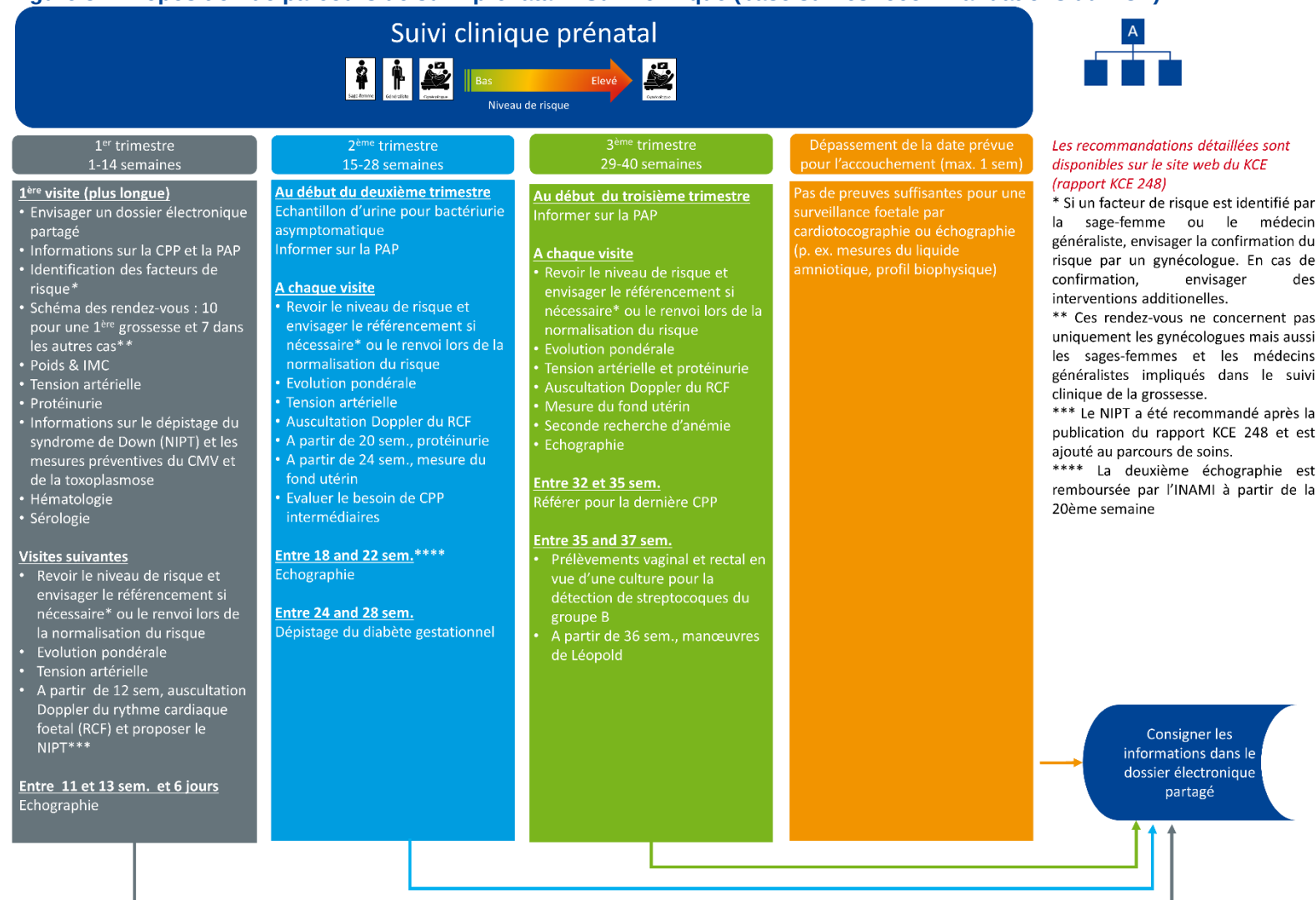




Figure 3 – Proposition de parcours de suivi prénatal – Suivi clinique (basé sur les recommandations du KCE)





Ces interventions devraient être complétées par les éléments suivants :

- la première consultation de CPP est conseillée à toutes les femmes enceintes au cours du 1^{er} trimestre ;
- la PAP est discutée au début de chaque trimestre ;
- les professionnels envisagent la nécessité d'une consultation de CPP supplémentaire au cours du 2^e trimestre pour organiser des interventions complémentaires en cas de vulnérabilité psycho-sociale persistante ou émergente, de problèmes tels que addictions, prise de poids anormale, etc. ;
- la dernière consultation de CPP est conseillée à toutes les femmes enceintes au cours du 3^e trimestre, entre la 32^e et la 35^e semaine.

Toutes les données devraient être enregistrées dans le dossier électronique partagé.

Les consultations de conseil prénatal personnalisé

Dans le parcours de suivi prénatal proposé, toutes les femmes enceintes se voient offrir **au moins deux consultations de conseil prénatal personnalisé (CPP)** ; ce nombre devrait toutefois pouvoir être adapté aux besoins spécifiques de chaque femme enceinte.

La **première CPP** a pour but :

1. de permettre aux futurs parents de faire des choix éclairés concernant leur parcours prénatal et le(s) professionnel(s) qu'ils souhaitent y impliquer ;
2. de fournir aux futurs parents des informations scientifiquement fondées concernant la grossesse ;
3. d'évaluer les vulnérabilités psychosociales potentielles et, le cas échéant, de mettre en place un maillage élargi (voir ci-dessous) ;
4. d'informer les femmes enceintes de la nécessité d'identifier un coordinateur des soins ;
5. d'établir le plan de soins ;
6. de créer (ou de mettre à jour) le dossier électronique partagé.

La **dernière consultation de CPP** sert à finaliser le plan de soins avant l'accouchement et à organiser le postpartum.

Les consultations de conseil prénatal personnalisé ne sont pas destinées à remplacer les consultations de suivi clinique mais bien à les compléter.

Les consultations de conseil prénatal personnalisé sont destinées à répondre aux besoins d'informations identifiés chez les (futurs) parents. Elles complètent les consultations de suivi clinique en offrant la possibilité de promouvoir une grossesse saine sur la base de conseils adaptés au style de vie de la femme enceinte.

En systématisant la désignation d'un coordinateur de soins, la mise en place du plan de soins et l'ouverture du dossier électronique partagé, les CPP visent à éviter à la fois la sous- et la surconsommation de consultations de suivi clinique et à préparer adéquatement le post-partum dans le contexte du raccourcissement du séjour en maternité :

- La sous-consommation concerne au moins 4% des femmes enceintes (à bas risque) couvertes par l'assurance maladie belge. La première consultation de CPP devrait contribuer à identifier ces sous-utilisatrices potentielles et à les aider à s'engager dans un suivi clinique adéquat. Le cas échéant, un maillage élargi de professionnels sera mis en place autour d'elles.
- La surconsommation est observée chez la majorité des femmes enceintes. En faisant abstraction des consultations qui se justifient par des problèmes médico-obstétricaux spécifiques (hypertension artérielle, placenta praevia, grossesses multiples, grossesses post-terme...), une partie de cette surconsommation devrait pouvoir être évitée en informant correctement les futurs parents et en renforçant la collaboration entre les professionnels. À cet effet, la consultation de CPP devrait, d'une part, permettre l'autonomisation des futurs parents afin d'éviter les consultations inutiles (par exemple, en les informant sur les signes d'alerte, l'utilisation prudente de médicaments, etc.) et d'autre part, freiner la répétition d'examen due au manque de transmission d'informations entre professionnels (en leur donnant accès aux examens déjà effectués et à leurs résultats). De plus, la détection de problèmes psycho-sociaux peut également donner lieu à des consultations



supplémentaires, qui se déroulent souvent dans le cadre du suivi clinique, ce qui n'est pas idéal. La mise en place, si besoin est, d'un maillage élargi de professionnels autour des femmes enceintes devrait remplacer ces consultations cliniques supplémentaires par des interventions correspondant à leurs besoins spécifiques.

- Comme l'avait anticipé le rapport KCE 232², le raccourcissement du séjour en maternité après un accouchement sans complication a créé un besoin de préparer le post-partum pendant la période prénatale. La dernière CPP devrait répondre à ce besoin spécifique.

La Figure 4 illustre la partie B du parcours de soins où sont détaillées les activités de CPP.

La préparation à l'accouchement et à la parentalité

Dans le parcours de suivi prénatal proposé, toutes les femmes enceintes se voient proposer des **séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité (PAP)**, en fonction de leurs besoins spécifiques et en offrant la possibilité d'y intégrer leur partenaire. Toutes les interventions effectuées pendant les sessions de PAP devraient être enregistrées dans le dossier électronique partagé afin d'éviter les interventions redondantes ou contradictoires.

Les objectifs des séances de PAP sont triples : 1) préparer la maman à la gestion du travail et de l'accouchement (intrapartum) ; 2) informer la femme enceinte et son partenaire afin qu'ils puissent poser des choix éclairés concernant la manière dont ils souhaitent que se déroulent grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum (tout en les aidant à formuler des attentes réalistes) ; 3) maximiser les expériences positives de la naissance et du post-partum et accompagner les futurs parents dans leur transition vers la parentalité. Il existe actuellement de nombreuses formules différentes de PAP.

La Figure 5 détaille l'organisation des PAP (partie C du parcours de suivi prénatal). Dans le parcours proposé, le programme comprend un nombre de séances adapté aux besoins de la femme enceinte, tels qu'ils ont été évalués au cours de la première consultation de CPP. Les séances peuvent être dispensées par des sages-femmes et/ou des kinésithérapeutes formés à cet effet (les compétences devraient être mentionnées dans leur futur portfolio), et peuvent débiter à tout moment de la grossesse. Pour certaines activités de préparation à la parentalité, des professionnels formés par l'ONE, K&G et Kaleido pourraient également être impliqués.

Si certains problèmes requérant des interventions ciblées (problèmes musculo-squelettiques, incontinence, etc.) surviennent ou sont identifiés pendant les séances de PAP, il peut être nécessaire d'orienter la femme enceinte vers un médecin pour déterminer les interventions à mettre en place.

Les activités de PAP relatives au post-partum sont axées sur l'information (ex : rythme du bébé, physiologie de la convalescence post-partum), les questions d'organisation étant gérées pendant les consultations de CPP (ex : organisation des visites de la sage-femme à domicile, consultations chez le pédiatre).

Le programme établi pour chaque femme enceinte (et son partenaire) devrait être enregistré dans le dossier électronique partagé afin d'éviter les interventions redondantes ou contradictoires.

Le lecteur intéressé trouvera dans le rapport scientifique une liste non exhaustive d'activités de PAP classées par trimestre.



Figure 4 – Proposition de parcours de suivi prénatal – Consultations de conseil prénatal personnalisé (CPP)

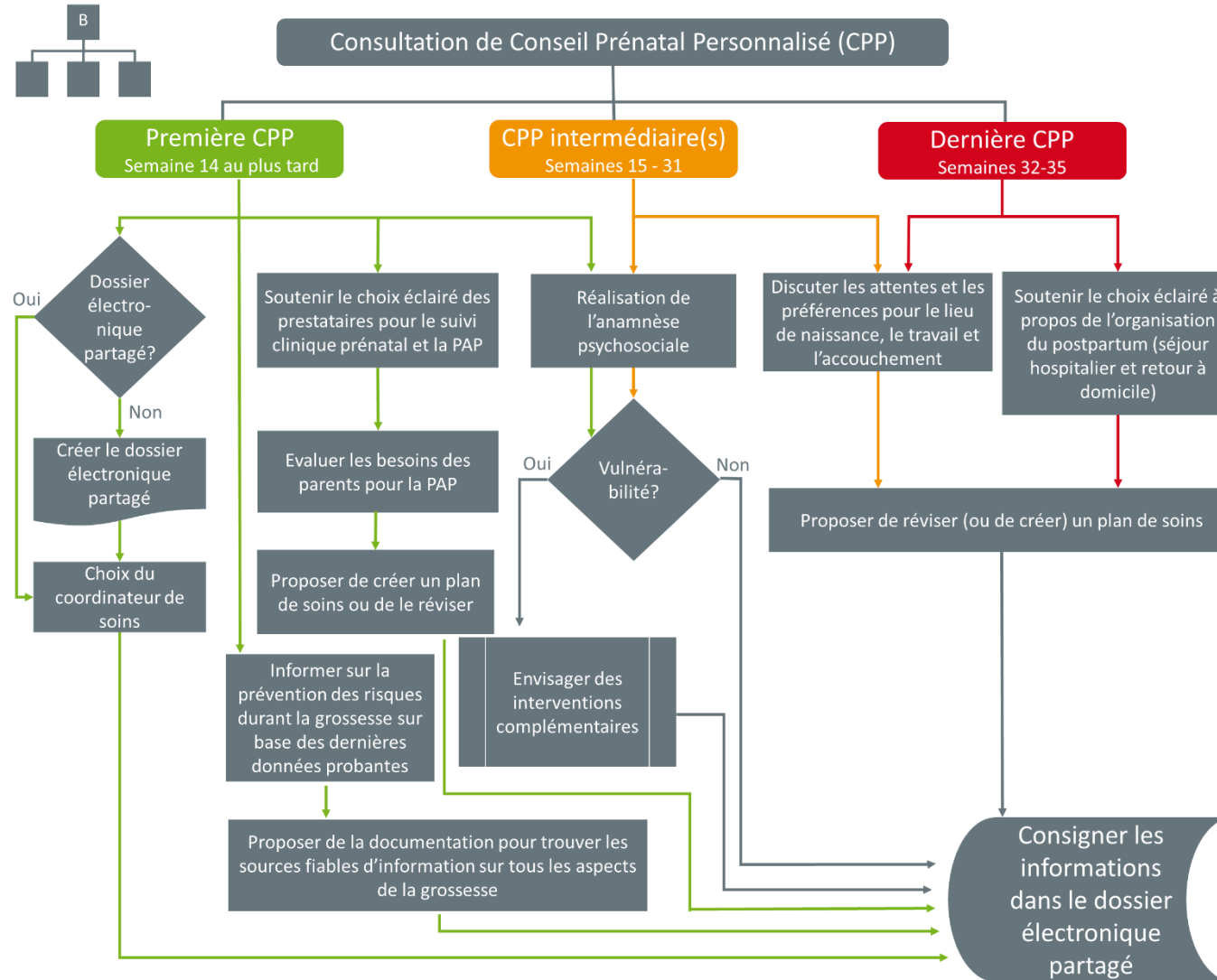
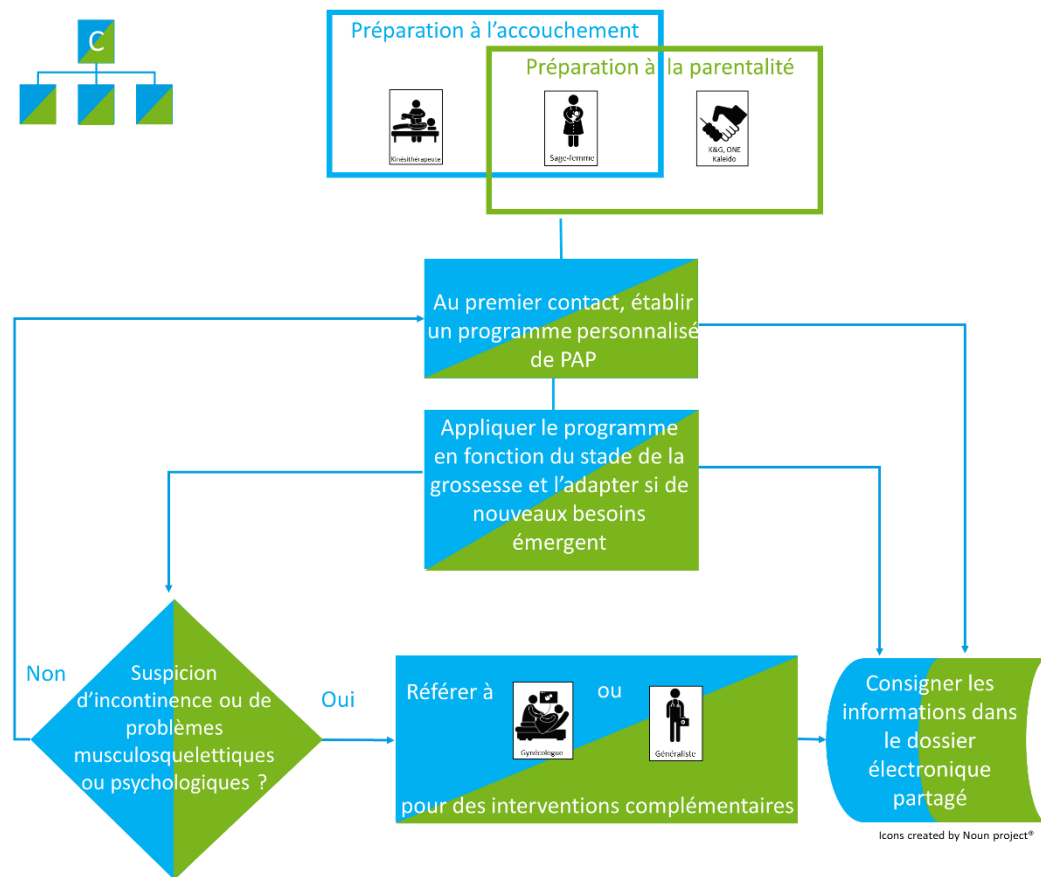




Figure 5 – Proposition de parcours de suivi prénatal – préparation à l'accouchement et éducation à la parentalité (PAP)





5.2.2. *Un maillage multidisciplinaire*

Sa composition

Autour de chaque femme enceinte devrait se constituer un **maillage multidisciplinaire de base** incluant les professionnels centraux dans la prise en charge prénatale, à savoir le gynécologue, la sage-femme, le médecin généraliste, le kinésithérapeute et les travailleurs des organismes d'accompagnement et d'accueil de l'enfance des entités fédérées (ONE, K&G et Kaleido).

Les professionnels cités ci-dessus sont les acteurs et organismes constitutifs d'un noyau de base nécessaire à la délivrance de soins de qualité de la préconception au postpartum. Ils devraient former ensemble un maillage multidisciplinaire autour de chaque femme enceinte, de son partenaire et de leur enfant (à naître). Ce maillage devrait rester informel mais être mobilisable en fonction des besoins tout au long de la grossesse et du post-partum. Il devrait tenir compte des besoins et des souhaits de la femme enceinte (et de son partenaire).

Sa coordination

Un coordinateur de soins devrait être identifié pour constituer et coordonner le maillage multidisciplinaire ; il sera idéalement choisi parmi les professionnels assurant le suivi clinique. Ce choix sera guidé par les préférences et les besoins de la femme enceinte, ainsi que par la disponibilité des professionnels.

Comme recommandé dans le rapport KCE 232², tous les (futurs) parents devraient bénéficier d'un coordinateur de soins qui sera leur point de contact permanent et leur personne de référence durant toute la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Son rôle sera d'évaluer l'ampleur du maillage multidisciplinaire à mobiliser autour de la femme enceinte afin de répondre à ses besoins spécifiques et de s'assurer de la prise en charge des problèmes identifiés de façon adéquate. Il veillera également à l'utilisation ad hoc des ressources en limitant la duplication d'interventions.

Ce rôle pourrait être tenu par une sage-femme, un gynécologue voire un médecin généraliste ; il s'agit d'un rôle à géométrie variable, qui doit pouvoir s'étendre ou se réduire en fonction des besoins et des préférences des parents. L'identification d'un coordinateur de soins est particulièrement pertinente dans le cas de familles vulnérables. Le coordinateur de soins pourrait être désigné lors de la première consultation de conseil prénatal personnalisé (CPP).

Son ampleur

Le maillage multidisciplinaire devrait pouvoir s'adapter aux situations individuelles en intégrant si nécessaire les professionnels les plus adéquats (p.ex. travailleurs sociaux, professionnels de la santé mentale, autres médecins spécialistes). Cette adaptation du maillage serait une responsabilité du coordinateur de soins.

Outre les professionnels impliqués dans le noyau de base du maillage multidisciplinaire (voir plus haut), d'autres acteurs pourraient également être impliqués en fonction des besoins détectés, tels que des professionnels de la santé mentale (psychologues ou psychiatres), des pédiatres ou autres spécialistes médicaux utiles au suivi et à la prise en charge de problèmes de santé chez la mère ou chez l'enfant, des travailleurs sociaux de CPAS ou d'hôpitaux, des intervenants actifs dans la protection des femmes enceintes vulnérables, etc. L'adaptation du maillage aux besoins spécifiques de la femme enceinte serait du ressort du coordinateur de soins. La mission première et l'ancrage local des organismes tels que l'ONE, K&G et Kaleido devraient leur permettre d'assurer un rôle central dans le suivi des problématiques psycho-sociales au sein de ce maillage plus vaste.

Le maillage pourrait être transversal à différents milieux de soins : cabinets privés, hôpitaux et centres de consultations (p.ex. maisons médicales, plannings familiaux). Il devrait pouvoir être mis en place à tout endroit du territoire belge, y compris dans les régions les plus isolées géographiquement, afin que soit toujours garanti aux futurs parents le libre choix de leur(s) prestataire(s) de soins, la continuité des soins, la proximité et l'accessibilité des soins.



Le maillage élargi devrait être organisé et coordonné de telle sorte que toutes les interventions du suivi prénatal soient complémentaires et non redondantes, quel que soit l'initiateur ou le dispensateur de ces interventions.

5.2.3. *Un plan de soins*

Pour chaque femme enceinte, un **plan de soins** devrait être mis en place, couvrant toute la période qui va du début de la grossesse jusqu'à la période postnatale.

Les futurs parents devraient être encouragés à réfléchir à la manière dont ils souhaitent que se déroulent la grossesse, le travail, l'accouchement et la période postnatale. Ils devraient pouvoir poser toutes leurs questions et recevoir des informations sur toutes les options disponibles. Leurs choix devraient répondre aux principes de la prise de décision partagée (en tenant compte des éventuels risques identifiés) et formalisés dans un plan de soins individuel. Les futurs parents devraient toutefois aussi être informés du fait que les circonstances médicales ou les contraintes propres à l'établissement qu'ils ont choisi pour l'accouchement pourraient nécessiter des écarts par rapport au plan de soins initial.

Le suivi du post-partum à domicile devrait également être planifié et programmé dans le plan de soins au cours des dernières semaines de la grossesse ; le coordinateur serait chargé de vérifier si le calendrier des visites et consultations avec une sage-femme et un pédiatre a bien été établi et de pallier un manquement le cas échéant. Selon les cas, des visites de travailleurs médico-sociaux et/ou de psychologues pourraient également être prévues.

Tous ces renseignements font partie intégrante du plan de soins et devraient idéalement être consignés par chaque intervenant dans un dossier (électronique) partagé.

5.2.4. *Un référencement clair entre professionnels et niveaux de soins*

Un système d'aiguillage clair devrait être mis en place afin d'assurer des transitions sûres et sans ruptures entre les professionnels et entre les soins primaires et les soins spécialisés, en tenant compte du principe de subsidiarité. Pour ce faire, il serait nécessaire de disposer d'une liste de signaux d'alarme obstétricaux devant orienter une femme enceinte du niveau des soins primaires vers des soins spécialisés.

Les soins intégrés visent à offrir un continuum de soins qui transcende les frontières entre soins primaires, secondaires et tertiaires. Pour que les transitions se fassent de façon sûre et sans ruptures d'un niveau à l'autre, elles devraient s'appuyer sur un système d'aiguillage clair, précisant les critères pour référer une femme enceinte vers un autre professionnel ou vers un autre niveau de soins tout au long de la grossesse et du post-partum. Les critères permettant le retour vers le professionnel de soins initial devraient aussi être précisés. Quel que soit le niveau de soins, la sécurité de la femme (enceinte) et de son bébé est le principe primordial à respecter.



6. RECOMMANDATIONS POUR UN SUIVI PRÉNATAL UNIVERSEL ET INTÉGRÉ

Recommandation 1 : Les professionnels de la santé devraient développer leur propre façon d'organiser le parcours de suivi prénatal proposé, en tenant compte du contexte local et des acteurs impliqués dans le maillage multidisciplinaire. Quelles que soient les modalités d'organisation choisies, le parcours de suivi prénatal comportera trois volets, coordonnés par un coordinateur de soins et formalisés dans un plan de soins : le suivi clinique, les consultations de « Conseil Prénatal Personnalisé » (CPP) et les séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité (PAP).

La première piste d'amélioration proposée consiste en une proposition de **parcours de suivi prénatal** (Figure 2), qui devrait être proposé à toutes les femmes enceintes, quel que soit leur niveau de risque. Au sein de certaines structures hospitalières ou de cabinets de pratique, des équipes se sont déjà lancées dans des démarches d'amélioration de la qualité de la prise en charge périnatale et ont développé des parcours très structurés incluant les trois composantes proposées dans ce document. Ailleurs, les ingrédients existent mais de façon éclatée, sans être coordonnés ni adaptés aux spécificités de la femme enceinte. Enfin, il arrive encore que la femme enceinte doive rechercher elle-même chacun des intervenants qui assurera une partie du suivi de sa grossesse, de façon distincte et sans qu'aucun lien ne soit établi entre chaque intervenant.

Le contexte local étant très variable (situation géographique, offre de prestataires et de structures, caractéristiques de la population desservie), il reviendra aux professionnels impliqués de rechercher les meilleures modalités de mise en œuvre du parcours de suivi prénatal dans leur zone géographique. Les modalités choisies doivent permettre à chaque femme enceinte de bénéficier d'une prise en charge structurée et coordonnée par un professionnel de soins référent (appelé coordinateur de soins). Ce dernier endossera la responsabilité de coordonner l'ensemble des interventions et des consultations, de s'assurer que les actions prescrites ont bien été réalisées en pratique, de veiller à la notification des résultats

obtenus et au référencement vers des acteurs supplémentaires lorsque le besoin s'en fait ressentir.

Recommandation 2 : Les modalités d'organisation développées par les professionnels de la santé (voir recommandation précédente) devraient être évaluées afin de permettre aux professionnels d'adapter leur pratique en conséquence; en particulier les éléments manquants pour atteindre les objectifs poursuivis par les consultations de CPP devraient être identifiés.

Dans le système actuel de soins prénatals en Belgique, certains éléments de la consultation de CPP sont parfois déjà présents, mais de manière fragmentée.

La comparaison internationale indique que les composantes de la consultation de CPP (avec des variantes) font partie du parcours de suivi prénatal dans tous les pays étudiés. Toutefois, la littérature examinée ne précisait pas les modalités organisationnelles les plus efficaces pour ces consultations et ne permettait pas d'identifier les meilleures pratiques adoptées ailleurs ; par conséquent, il est impossible de recommander un modèle organisationnel plutôt qu'un autre. Les modèles organisationnels peuvent différer selon les éléments suivants :

- Le(s) professionnel(s) prenant en charge la consultation de CPP et leur rôle dans le maillage multidisciplinaire ;
- L'intégration de la consultation de CPP dans le trajet clinique ou dans la préparation à l'accouchement et au post-partum (PAP) ;
- Les outils utilisés pour soutenir la prise de décision éclairée de la femme enceinte, pour réaliser l'anamnèse psychosociale, pour évaluer les besoins à rencontrer par la CPP, pour apporter des informations neutres et objectives sur les différents modèles de soins disponibles pour les soins prénatals en Belgique, pour fournir des informations de qualité sur la grossesse, pour organiser la période postnatale à l'hôpital et à domicile et pour élaborer un plan de soins.



Recommandation 3 : Établir une liste des signaux d'alarme obstétricaux avertissant de la nécessité d'orienter une femme enceinte vers des soins spécialisés, afin d'assurer des transitions sûres entre professionnels et entre niveaux de soins, dans le respect du principe de subsidiarité.

La continuité des soins ne peut être assurée que s'il existe entre professionnels une entente claire sur les situations dans lesquelles une future mère doit être orientée vers des soins spécialisés (ainsi que sur les conditions de son retour vers le professionnel initial), et ce, tout au long de la grossesse et du post-partum. Pour que cette réorientation se passe de façon optimale, il est nécessaire de mettre en place un monitoring continu des femmes enceintes sur base d'une liste de signaux d'alarme (red flags) fondée sur les données scientifiques les plus récentes et adaptée au contexte belge. Il est prévu que le KCE s'attelle à l'élaboration d'une telle liste dans les suites de la publication de la présente recherche.

Plusieurs autres pays basent leur système de réorientation sur une classification qui compte (au moins) trois niveaux de risque pour la femme enceinte et pour l'enfant à naître : risque bas, risque moyen et risque élevé. Cette classification est fondée sur les risques médico-obstétricaux, mais aussi sur les risques non médicaux (p. ex. faibles revenus, isolement social, toxicomanie, victimes de violence ou d'abus).

Lors de la réorientation des femmes enceintes, la continuité de la prise en charge, la proximité et l'accessibilité des soins doivent être garanties. La communication et le transfert d'information sont essentiels à la sécurité et à la qualité du trajet de la femme enceinte à travers les différents niveaux de soins.

Recommandation 4 : Mettre à disposition des professionnels des outils appropriés et validés pour l'anamnèse psychosociale des femmes enceintes.

Afin de permettre la mise en œuvre de mesures d'accompagnement appropriées, une anamnèse psychosociale structurée et formalisée devrait être proposée à toutes les futures mères. Ces mesures devraient être soutenues par un maillage élargi composé de professionnels dont les profils sont adaptés aux vulnérabilités identifiées (isolement social, violence domestique, dépression, toxicomanie, précarité, infections sexuellement transmissibles, traumatismes liés à l'accouchement, déficience mentale, adolescentes, personnes non couvertes par l'assurance maladie, demandeuses d'asile, etc.). Des programmes de soins prénatals collectifs inspirés de l'approche *CenteringPregnancy* sont reconnus pour être particulièrement adaptés aux femmes vulnérables. Ils font l'objet de certaines initiatives et projets pilotes ('*de Kiem*', '*Born in Brussels*') qui devront être soigneusement évalués et éventuellement généralisés. D'autres types d'initiatives ciblant les femmes vulnérables sont également mises en œuvre sous différentes formes (p. ex. consultations prénatales gratuites, soutien financier, soutien social, maisons d'accueil, etc.).



Recommandation 5 : Mettre à la disposition des professionnels impliqués dans le suivi prénatal un recensement et une cartographie des initiatives existantes visant les femmes enceintes vulnérables.

En Belgique, des mesures de protection ont été progressivement mises en œuvre pour les femmes enceintes, surtout les plus vulnérables. Certaines interventions s'appliquent à l'ensemble du pays (p.ex. l'Aide Médicale Urgente organisée et couverte par les CPAS), tandis que d'autres sont spécifiquement développées par l'ONE, K&G et Kaleido. Enfin, l'INAMI finance un projet pilote ('Born in Brussels') pour soutenir la coordination des acteurs de terrain impliqués dans la prise en charge des femmes enceintes vulnérables.

Les mesures de protection, identifiées lors de cette recherche, sont résumées à la Figure 5 du rapport scientifique. Entretemps, des initiatives concrètes continuent de fleurir et visent des populations bien spécifiques (p.ex. mères adolescentes). Afin de mobiliser un maillage élargi autour des femmes enceintes, il importe que le coordinateur de soins puisse identifier les professionnels et structures actifs localement, entrer en contact avec eux et désigner des référents à intégrer dans le maillage élargi pour assurer le support et la prise en charge qui répondra aux besoins identifiés.

Recommandation 6 : 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.

Le dossier (électronique) partagé est un outil central de la continuité des soins. Il devrait permettre d'éviter la duplication d'interventions et faciliter la transmission d'informations entre les professionnels du maillage multidisciplinaire, en particulier lors du renvoi de la future mère vers un autre professionnel.

Le dossier électronique partagé devrait pouvoir se construire autour des 'Care sets' (voir Encadré 3). Pour ce faire, le développement de 'Care sets' liés à la préconception, à la grossesse et au postpartum devrait être encouragé. Toutefois, les 'Care sets' sont limités aux professionnels de santé et donc aux membres du maillage principal. Une solution permettant les échanges d'informations avec les professionnels n'ayant pas accès aux 'Care Sets' doit être trouvée. De plus, les initiatives actuelles de collaboration entre eHealth, K&G et l'ONE doivent être davantage soutenues afin d'éviter que les parents restent le principal canal de transmission d'informations entre les professionnels de santé.

En l'attente de l'obtention d'un dossier électronique partagé qui réponde aux attentes des professionnels du suivi prénatal et aux exigences de sécurité imposées par le Règlement général sur la protection des données (RGPD), les efforts de transmission et de coordination des intervenants se poursuivront avec les supports existants (p.ex. le carnet de la mère).

**Recommandation 7 : Soutenir les initiatives permettant les échanges d'information des 'Care Sets' vers les services de notification des naissances (eBirth) et les centres d'épidémiologie périnatale (CEpiP et SPE)ⁱ.**

En Belgique, lors de la naissance d'un enfant, le prestataire de soins qui a pratiqué l'accouchement est tenu de notifier la naissance et de compléter des données statistiques médicales destinées aux Communautés et, in fine, au SPF Economie. Ces déclarations se font soit via un formulaire papier, soit via une application électronique e-Birth (depuis 2010). Le formulaire eBirth permet d'encoder plusieurs variables très utiles pour les études épidémiologiques, à savoir des variables médicales, portant sur les grossesses précédentes, la grossesse actuelle, la délivrance (p.ex. position à la naissance, induction, analgésie péridurale, monitoring fœtal, mode de délivrance, épisiotomie...) ou l'état de santé du bébé et des variables socio-économiques.

Le dossier électronique partagé (via les 'Care Sets') devrait permettre l'extraction de données nécessaires pour compléter le dossier médical du nouveau-né, et aussi pouvoir être utilisé à des fins de recherche épidémiologique (p. ex par le CEpiP et le SPE) et d'évaluation de la qualité des soins.

Recommandation 8 : Développer des indicateurs permettant d'évaluer la qualité et l'efficacité du parcours de suivi prénatal et de monitorer ses résultats objectifs et subjectifs (par exemple, la satisfaction) afin qu'il atteigne un haut niveau de qualité.

Les professionnels interrogés dans le cadre de cette étude ont souligné que l'absence d'indicateurs de qualité entravait l'évaluation de la qualité des soins prénatals et postnatals ainsi que de la préparation à la naissance. En Belgique, il existe très peu d'indicateurs spécifiques pour l'évaluation de la qualité du suivi prénatal. Une liste des résultats de santé objectifs et subjectifs pourrait être établie par les organisations représentatives des professionnels et de chercheurs impliqués dans la prise en charge prénatale. Sur base de cette liste, des indicateurs de qualité pourraient être identifiés, en s'inspirant des expériences observées à l'étranger (notamment aux Pays-Bas) et de la liste restreinte d'indicateurs clés de performance (*Key Performance Indicators*) proposée par les professionnels de santé au cours de cette étude (voir tableau 6 du rapport scientifique).

Une évaluation continue est nécessaire pour ajuster, compléter et affiner le contenu et l'implémentation des interventions propres au parcours proposé dans cette synthèse.

ⁱ Centre d'Épidémiologie Périnatale / Studiecentrum Perinatale Epidemiologie



Recommandation 9 : 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.

Le rapport KCE 232² formulait déjà le constat d'une incompatibilité du système actuel de paiement à l'acte avec une offre de soins postnatals intégrés et continus. Il mentionnait en particulier que les incitants financiers actuels n'étaient pas en phase avec les impératifs d'un suivi bien organisé :

- un certain nombre de tâches cruciales et chronophages telles que la coordination et l'éducation parentale sont sous-estimées et sous rémunérées ;
- le système actuel ne favorise pas la délégation des tâches et le travail multidisciplinaire ;
- le système actuel induit une sous-utilisation par les familles les plus défavorisées.

Ces mêmes constats sont retrouvés dans le cadre de ce rapport consacré au suivi prénatal.

L'implémentation du parcours de suivi prénatal proposé ci-dessus devrait impliquer des coûts supplémentaires liés à la mise en place des consultations de CPP et au financement du coordinateur de soins. Ce dernier pourrait s'inspirer du financement octroyé aux médecins généralistes pour la gestion du dossier médical global. Ces coûts supplémentaires doivent toutefois être envisagés dans un contexte de réduction des dépenses liée au contrôle du volume d'actes et de consultations par l'intégration des soins prénatals, via le coordinateur, et au raccourcissement de la durée de séjour en milieu en maternité.

Un nouveau système de financement, basé sur le financement forfaitaire de l'ensemble du trajet pré- et postnatal, pourrait favoriser la complémentarité et la multidisciplinarité et éviter la répétition inutile d'interventions et de consultations. Cette option n'a toutefois pas été explorée dans le cadre de la présente étude. Des analyses complémentaires sont nécessaires pour déterminer le système de financement qui correspond le mieux aux objectifs poursuivis par le suivi prénatal et postnatal en Belgique. Les analyses complémentaires visant à repenser le système de financement devraient dès lors également s'atteler à évaluer l'impact budgétaire du passage du modèle actuel au modèle proposé à la Figure 1 selon différentes modalités de financement. Cette réflexion devrait s'opérer dans le contexte global d'évolution des soins pré, intra, et postnatals.

Recommandation 10 : Les programmes de formation initiale et continuée des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge prénatale devraient inclure des modules visant l'acquisition de compétences nécessaires à la pratique collaborative. Les professionnels qui souhaitent s'investir dans les activités de CPP et de PAP devraient se former à la conduite des consultations de conseil prénatal personnalisé et à la délivrance d'interventions liées à la préparation à l'accouchement et à la parentalité. Enfin, la formation initiale des sages-femmes, actuellement orientée sur la prise en charge en milieu hospitalier devrait comprendre davantage de modules orientés sur la prise en charge extra-muros.

L'OMS considère la formation interprofessionnelle comme un outil pour améliorer la pratique en collaboration et s'attaquer à la fragmentation des soins.¹³ La formation interprofessionnelle consiste à enseigner à deux professions ou plus comment se connaître, échanger et s'entraider pour permettre une collaboration efficace et améliorer les résultats de santé. Ce type d'enseignement pourrait venir compléter utilement le cursus initial des professionnels de santé impliqués dans le suivi prénatal. En effet, les études initiales de nombreuses professions de soins sont essentiellement mono-disciplinaires et tiennent peu compte des autres acteurs de la santé.



L'introduction sur le marché du travail des professionnels formés à la pratique collaborative se prête particulièrement au développement du maillage de soins multidisciplinaires proposé.

La conduite des consultations de CPP nécessite des professionnels formés à l'anamnèse psychosociale, à la promotion de la santé et à l'accompagnement dans la prise de décision éclairée. Mener une anamnèse psychosociale implique entre autres d'utiliser des outils validés de détection de la vulnérabilité psychosociale et d'évaluer les besoins spécifiques des futures mères en fonction des résultats. Les professionnels délivrant des CPP doivent être formés à l'evidence-based practice afin de délivrer des conseils scientifiquement fondés lors des activités d'éducation et de promotion de la santé. Enfin, les professionnels formés aux techniques spécifiques de communication et d'empowerment permettant à la femme enceinte (et son/sa partenaire) de poser des choix éclairés répondront mieux aux objectifs poursuivis par ces consultations.

L'introduction dans la formation initiale ou continuée des sages-femmes de modules consacrés à la prise en charge extra-muros devrait renforcer leurs compétences et soutenir l'exercice de leur profession en milieu ambulatoire.

Il est à souligner que des Hautes Ecoles développent depuis peu des formations certificatives en pratique avancée pour sages-femmes qui comportent des modules sur la gestion du risque et le leadership clinique, des modules sur la communication en périnatalité et des stages en intra et extra hospitalier dans des structures de pratique autonome de sage-femme. Des formations complémentaires à la consultation prénatale ont aussi déjà vu le jour permettant d'élargir les compétences des sages-femmes aux aspects organisationnels du suivi (i.e. organiser le planning et le suivi systématique de la grossesse normale, réaliser son propre guide de consultation prénatale (dossier papier ou informatisé), réaliser une anamnèse la plus complète possible et pouvoir référer les patientes au gynécologue quand c'est nécessaire, engager avec les parents un échange personnalisé et aborder avec eux les multiples aspects que constitue l'arrivée d'un enfant dans la famille).

L'ensemble des formations proposées ci-dessus devraient être rapportées dans le porte-folio des prestataires (voir box 2 du supplément du rapport scientifique) impliqués dans le suivi prénatal et faire l'objet de mises à jour via la formation continue, valorisée dans le cadre de l'exercice de tous les professionnels de santé.



■ RECOMMANDATIONS^k

A l'attention de la Ministre des Affaires Sociales de la Santé Publique

- 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.
- 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.

A l'attention de l'INAMI

- Soutenir les initiatives permettant les échanges d'information des 'Care Sets' vers les services de notification des naissances (eBirth) et les centres d'épidémiologie périnatale (CEpiP et SPE)

A l'attention des Ministres ayant l'enseignement dans leurs attributions et des groupements professionnels

- Les programmes de formation initiale et continuée des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge prénatale devraient inclure des modules visant l'acquisition de compétences nécessaires à la pratique collaborative. Les professionnels qui souhaitent s'investir dans les activités de CPP et de PAP devraient se former à la conduite des consultations de conseil prénatal personnalisé et à la délivrance d'interventions liées à la préparation à l'accouchement et à la parentalité. Enfin, la formation initiale des sages-femmes, actuellement orientée sur la prise en charge en milieu hospitalier devrait comprendre davantage de modules orientés sur la prise en charge extra-muros.

A l'attention des professionnels des soins de santé concernés et de leurs organisations professionnelles

- Les professionnels de la santé devraient développer leur propre façon d'organiser le parcours de suivi prénatal proposé, en tenant compte du contexte local et des acteurs impliqués dans le maillage multidisciplinaire. Quelles que soient les modalités d'organisation choisies, le parcours de suivi prénatal comportera trois volets, coordonnés par un coordinateur de soins et formalisés dans un plan de soins : le suivi clinique, les consultations de « Conseil Prénatal Personnalisé » (CPP) et les séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité (PAP).

***A l'attention des institutions scientifiques compétentes***

- Les modalités d'organisation développées par les professionnels de la santé (voir recommandation précédente) devraient être évaluées afin de permettre aux professionnels d'adapter leur pratique en conséquence; en particulier les éléments manquants pour atteindre les objectifs poursuivis par les consultations de CPP devraient être identifiés.
- Développer des indicateurs permettant d'évaluer la qualité et l'efficacité du parcours de suivi prénatal et de monitorer ses résultats objectifs et subjectifs (par exemple, la satisfaction) afin qu'il atteigne un haut niveau de qualité.
- Mettre à disposition des professionnels des outils appropriés et validés pour l'anamnèse psychosociale des femmes enceintes.

A l'attention du KCE en collaboration avec les professionnels de terrain et les instances scientifiques concernées

- Établir une liste des signaux d'alarme obstétricaux avertissant de la nécessité d'orienter une femme enceinte vers des soins spécialisés, afin d'assurer des transitions sûres entre professionnels et entre niveaux de soins, dans le respect du principe de subsidiarité.

A l'attention du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement en collaboration avec les entités fédérées et les pouvoirs locaux

- Mettre à la disposition des professionnels impliqués dans le suivi prénatal un recensement et une cartographie des initiatives existantes visant les femmes enceintes vulnérables.

^k Le KCE reste seul responsable des recommandations.



■ RÉFÉRENCES

1. Gyselaers W, Jonckheer P, Ahmadzai N, Ansari M, Carville S, Dworzynski K, et al. What are the recommended clinical assessment and screening tests during pregnancy? Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE): 2015. KCE Reports 248 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_248_assessments_and_test_during_pregnancy_Report_0_0.pdf
2. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vankelst L, Lauwerier E, Verschueren M, et al. Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) 2014. Reports 232 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_232_Postnatal_care_Report_0_1.pdf
3. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
4. Downe S, Finlayson K, Tuncalp, Metin Gulmezoglu A. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. BJOG. 2016;123(4):529-39.
5. De Geest A, Jouck P, Horn M, Lardennois M, Pieters J, Van Herp H, et al. Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. Cellule Planification de l'Offre des Professions des Soins de Santé; 2017. Available from: http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2017_fr.pdf
6. Miermans P, Delvaux A, Durand C, Jouck P, Mimilidis H, Vivet V. Scénarios alternatifs de l'évolution de la force de travail "médecins" 2012-2037. Cellule Planification de l'offre des Professions des soins de santé; 2017. Available from: http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/hwf_scenarios_alternatifs_de_levolution_du_force_de_travail_medecins_2012-2037.pdf



7. Miermans P, Vivet V, Delvaux A, Jouck P, Mimilidis H, Steinberg P, et al. Scénario de base - Médecins. Cellule Planification de l'offre des Professions de soins de santé; 2016. Available from: http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/scenarios_de_base_medecins.pdf
8. Durand C, Vivet V, De Geest A, Delvaux A, Jouck P, Miermans P, et al. L'évolution de la force de travail sages-femmes, 2014 - 2039. Résultats des scénarios de base. Cellule Planification de l'offre des Professions des soins de santé; 2018. Available from: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/scenarios_de_base_de_la_force_de_travail_sages-femmes_2014-2039.pdf
9. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4. Art. No:CD004667.
10. Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, et al. Group versus conventional antenatal care for women. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2. Art. No.: CD007622.
11. Renfrew M, McFadden A, Bastos M, Campbell J, Channon A, Cheung N, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Lancet. 2014;384(9948):1129-45.
12. Marmot M. Fair society, healthy lives - the Marmot Review : strategic review of health inequalities in England post-2010. 2010.
13. Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human Resources for Health. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. WHO; 2010. WHO/HRH/HPN/10.3



COLOPHON

Titre :	Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque – Synthèse
Auteurs :	Nadia Benahmed (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Carl Devos (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
Facilitateur de projet :	Els Van Bruystegem (KCE)
Superviseur senior :	Sabine Stordeur (KCE)
Rédaction synthèse :	Karin Rondia (KCE), Nadia Benahmed (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Sabine Stordeur (KCE)
Relecture :	Marie Dauvrin (KCE), Marijke Eyssen (KCE), Germaine Hanquet (KCE), Christian Léonard (KCE)
Experts externes et stakeholders :	Sophie Alexander (Unité de Santé Reproductive et Epidémiologie Périnatale, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles), Katrien Beeckman (UZ Brussel), Wannes Blondeel (Kind en Gezin (K&G)), Silke Brants (FARA), Gilles Ceysens (Président du Collège des Conseillers Gynécologues de l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)), Justien Cornelis (AXXON), Mickaël Daubie (INAMI – RIZIV), Luc De Catte (UZ Leuven, Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG)), Katelijne De Koster (UZ Brussel, Federale Raad voor de Vroedvrouwen), Iris Deschutter (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Sophie Engelskirchen (ONE), Marie Gérard (ONE), Dominique Haumont (Collège de médecins pour la mère et le nouveau-né – College van geneesheren voor de moeder en de pasgeborene), Katherina Kastrissianakis (ONE), Miguel Lardennois (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Catherine Latiers (ONE), Sarah Michel (Union Professionnelle des Sages-femmes Belges (UPsFB)), Ingrid Morales (ONE), Joke Muyldermans (Vlaamse beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV)), Hedwig Neels (AXXON), Muriel Quisquater (Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG)), Marlene Reyns (VBOV), Chantal Robin (Association Francophone des Sages-femmes Catholiques (AFSFC)), Marie-Jeanne Schoofs (K&G), Karen Smet (Domus medica), Griet Vandenberghe (VVOG), Liselot Vandewalle (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), Christine Van De Putte (AXXON), Ann Vanholsbeek (VBOV), Joachim Van Keirsbilck (AZ St Jan Brugge, VVOG), Patrick Verliefde (RIZIV – INAMI), Lies Versavel (De Bakermat), Mieke Walraevens (Beleidsceel Minister Volksgezondheid & Sociale Zaken en Asiel en Migratie - Cellule stratégique de la Ministre des Affaires sociales, de la Santé publique, de l'Asile et de la Migration).
Validateurs externes :	Annick Bogaerts (Department of Development & Regeneration, KU Leuven), Benoît Moons (Gynécologue-obstétricien - Site Sainte Elisabeth, CHU UCL Namur), Sophie Thunus (Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain)
Remerciements :	Nous remercions Inga-Maj Andersson (Programme Officer at the National Board of Health and Welfare, Stockholm) pour son support dans la description de l'organisation des soins prénatals en Suède, Mika Gissler (Research Professor, THL National Institute for Health and Welfare, Information Department Services, Helsinki) et Maija Jakobsson (Helsinki University Central Hospital, Department of Obstetrics and Gynaecology) pour leur support dans



la description de l'organisation des soins prénatals en Finlande ainsi que Martin Verstreken (Expert à l'Agence Intermutualiste) pour la préparation des données sur la consommation des soins anténatals, Kristel Van Ael (Namanh) pour la modération des réunions de brainstorming avec les stakeholders et Benjamin Carette (INAMI). Nous remercions également les sages-femmes et les gynécologues qui nous ont recommandé des parents pour les interviews. Nous remercions chaleureusement tous les parents, sages-femmes, gynécologues, kinésithérapeutes, pédiatres et omnipraticiens qui ont donné leur avis sur les soins prénatals pendant les entrevues. Enfin, nous remercions Amber Hoefkens, Femke Maes, Evi Stuyck, Marylène Zarbo (IPSOS Belgique) pour la transcription textuelle des interviews des parents.

Autres intérêts déclarés :

Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine des soins prénatals. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Layout :

Ine Verhulst, Joyce Grijseels

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à la majorité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

6 février 2020

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Prenatal Care, Organization and Administration, Prenatal Education, Patient Care Team, Belgium

Classification NLM :

WQ175

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)



Dépot légal :

D/2019/10.273/77

ISSN :

2466-6440

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Benahmed N, Lefèvre M, Christiaens W, Devos C, Stordeur S. Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).2019. KCE Reports 326Bs. D/2019/10.273/77.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.