

SYNTHÈSE

LE RÉFÉRENCEMENT LORS DU SUIVI DES GROSSESSES À BAS RISQUE



SYNTHÈSE

LE RÉFÉRENCEMENT LORS DU SUIVI DES GROSSESSES À BAS RISQUE

ELENA COSTA, WENDY CHRISTIAENS, RENATE ZEEVAERT, NADIA BENAHMED



■ PRÉFACE

Pendant des siècles, le suivi des grossesses a été confié aux mains expertes de « femmes sages » qui veillaient sur les futures mères à la maison, transmettant leurs connaissances et leur art de génération en génération. Au 19^e siècle, les médecins ont commencé à réaliser de plus en plus d'accouchements à l'hôpital, portés par les avancées de la médecine en matière d'hygiène, de traitement des complications obstétricales et de pratique des césariennes.

Aujourd'hui encore, ces deux professions jouent un rôle central dans les soins prénatals. Mais pour que toutes les femmes enceintes reçoivent des soins optimaux adaptés à leurs besoins individuels, avec la garantie de la meilleure santé et sécurité possibles, les transitions entre ces prestataires de soins doivent se dérouler sans heurts. D'où la nécessité de règles spécifiant clairement dans quelles situations cliniques les soins de base doivent faire place à des soins spécialisés.

Pour cette étude, un panel d'experts a réfléchi à l'élaboration d'un ensemble de règles de référencement pour le suivi prénatal des grossesses à bas risque. Comme il existe peu de données scientifiques probantes au sujet de l'impact des modèles de référencement, ils se sont basés sur les outils de référencement existants. Le panel comprenait des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes. Des médecins généralistes ont également été impliqués, car ils assurent également des suivis de grossesses en première ligne, bien que de façon plus limitée.

Les débats n'ont pas toujours été faciles. Les relations entre ces professions sont encore marquées par un contexte historique de hiérarchie, par la division de leurs compétences et par des parcours de formation dissociés, ce que soulignent d'ailleurs aussi la littérature internationale et une enquête réalisée en Belgique dans le cadre de cette étude. Des éléments systémiques, tels que par exemple les modalités de financement, influencent également la propension à conclure des accords de référencement clairs en fonction des besoins de chaque femme enceinte.

Malgré ces multiples divergences de vues, un consensus a pu être dégagé sur de nombreuses situations cliniques nécessitant un potentiel référencement. Ce rapport est donc une invitation lancée aux prestataires de soins de santé à s'emparer de ce travail pour le mettre en pratique dans des réseaux interdisciplinaires locaux. Nous espérons qu'il pourra également donner une impulsion à poursuivre le développement d'une vision interdisciplinaire commune sur les rôles, les responsabilités et les possibilités de collaboration, afin d'améliorer l'accès à des soins universels et intégrés pour les femmes enceintes.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint a.i.

Marijke EYSEN
Directeur Général a.i.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	SYNTHÈSE	2
1.	INTRODUCTION	4
1.1.	CONTEXTE	4
1.2.	APERÇU DE L'ORGANISATION DES SOINS PRÉNATALS EN BELGIQUE	4
1.3.	APERÇU DU CADRE LÉGAL DU SUIVI DE LA GROSSESSE	6
1.4.	QUESTIONS DE RECHERCHE	7
1.5.	MÉTHODES	8
2.	LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE LORS DU SUIVI PRÉNATAL	9
2.1.	LES FONDEMENTS DES RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES DÉCRITS DANS LA LITTÉRATURE	9
2.2.	ENQUÊTE SUR LA COLLABORATION ENTRE GYNÉCOLOGUES ET SAGES-FEMMES EN BELGIQUE	11
2.3.	PISTES D'AMÉLIORATION DES COLLABORATIONS INTERPROFESSIONNELLES DANS LE SUIVI PRÉNATAL	13
	2.3.1. Communication et partage d'informations	13
	2.3.2. Partage d'expérience	13
	2.3.3. Partenariat.....	13
	2.3.4. Définition claire des rôles et responsabilités de chacun	13
	2.3.5. Organisation du suivi prénatal	14
	2.3.6. Aspects financiers	14
	2.3.7. Formation	14
	2.3.8. Régulation de la profession de sage-femme	14
3.	VERS UN OUTIL DE RÉFÉRENCIEMENT BELGE.....	15



3.1.	LES FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS DANS LA LITTÉRATURE	15
3.2.	ÉLABORATION D'UN OUTIL DE RÉFÉRENCEMENT BELGE	15
3.2.1.	Pourquoi la méthode Delphi ?	16
3.2.2.	Objectifs et résultats du panel Delphi	16
4.	CONCLUSION	19
4.1.	VERS UN RÉFÉRENCEMENT SUR MESURE, ADAPTÉ AUX RÉALITÉS LOCALES ?	19
4.2.	QUELQUES PRÉALABLES CONCRETS	19
■	RECOMMANDATIONS	21



1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

Dans un précédent rapport intitulé « Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque »^a, le KCE proposait un principe général selon lequel « 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. 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. » À propos de ce dernier point, l'une des recommandations était d'« 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 présente étude est le prolongement de cette recommandation. Elle vise à développer un **outil de référencement** permettant la « transition sûre et sans ruptures » entre prestataires de suivi prénatal (voir 1.4).

^a Rapport KCE 326 « [Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque](#) » (2019) Benahmed Nadia, Lefèvre Mélanie, Christiaens Wendy, Devos Carl, Stordeur Sabine. Health Services Research (HSR). Bruxelles 2019.

^b Nous parlerons dans ce rapport de « la femme enceinte » mais il va de soi que son/sa partenaire est également compris(e) dans cette désignation, si du moins c'est là le choix de la femme enceinte. Par ailleurs, cette appellation de « femme enceinte » vaut pour toute « personne enceinte » quelle que soit son identité de genre.

1.2. Aperçu de l'organisation des soins prénatals en Belgique

En Belgique, une femme enceinte^b peut opter pour un suivi prénatal effectué exclusivement par un gynécologue-obstétricien^c ou pour un suivi mixte effectué conjointement par un gynécologue et une sage-femme (et/ou un médecin généraliste).

- Les gynécologues effectuent des suivis de grossesse en hôpital, dans un cabinet privé ou, plus rarement, dans une consultation de l'ONE^d. Ils sont également les seuls dont les échographies sont remboursées.
- Les sages-femmes effectuent des suivis de grossesse en hôpital, dans une consultation de l'ONE ou en pratique privée (solo ou de groupe). Il existe également des pratiques de groupe où gynécologues et sages-femmes travaillent de concert.
- Le suivi prénatal peut également impliquer un médecin généraliste (en pratique solo, de groupe ou en consultation ONE), mais cette modalité est plutôt rare et concerne surtout la Flandre.

Les derniers chiffres sur le suivi prénatal dont nous disposons au niveau belge sont ceux de 2016. Cette année-là, les femmes enceintes ont vu un gynécologue en moyenne 10 fois au cours de leur suivi de grossesse tandis que le nombre de consultations chez une sage-femme était nettement plus faible (Figure 1). La tendance à consulter une sage-femme a cependant doublé entre 2010 et 2016 (Figure 2). Depuis lors, une étude des mutualités chrétiennes^e a montré que cette tendance à la hausse s'est poursuivie au moins jusqu'en 2019 (date à laquelle l'étude se clôture).

^c En Belgique, la spécialité regroupe la gynécologie et l'obstétrique. Les médecins spécialistes sont donc gynécologues-obstétriciens. Afin d'alléger le texte, nous simplifierons cette dénomination en écrivant simplement « gynécologues ».

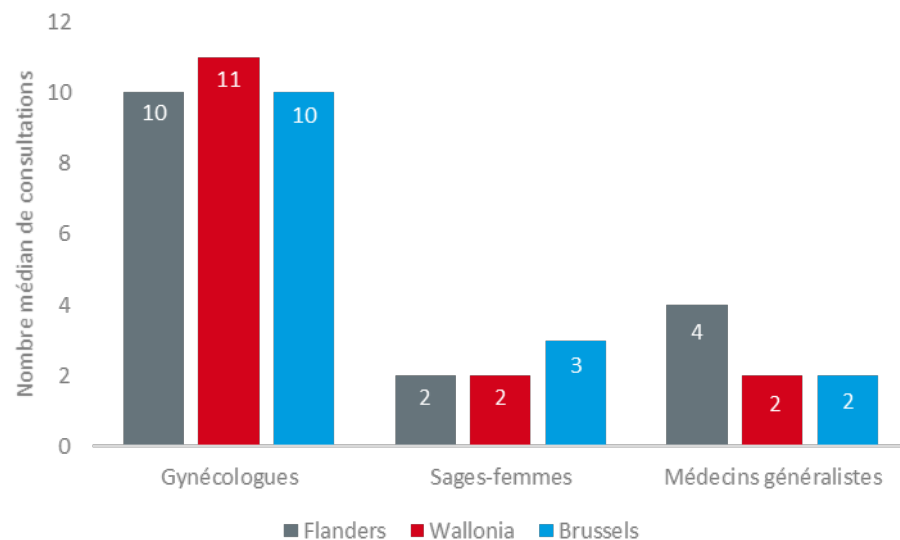
^d Office de la Naissance et de l'Enfance, uniquement en Fédération Wallonie-Bruxelles. Opgroeien (Kind&Gezin), l'équivalent flamand de l'ONE, et Kaleido, l'équivalent germanophone, ne proposent pas de suivi prénatal.

^e https://www.mc.be/media/SOINS%20DE%20SANTÉ_tcm49-69774.pdf



À noter que le suivi de la grossesse par les médecins généralistes est difficile à quantifier car les codes de la nomenclature ne permettent pas de distinguer les activités de soins prénatals des autres procédures médicales. Il est donc impossible de savoir si une consultation de femme enceinte chez un médecin généraliste est motivée par sa grossesse ou par d'autres motifs intercurrents.

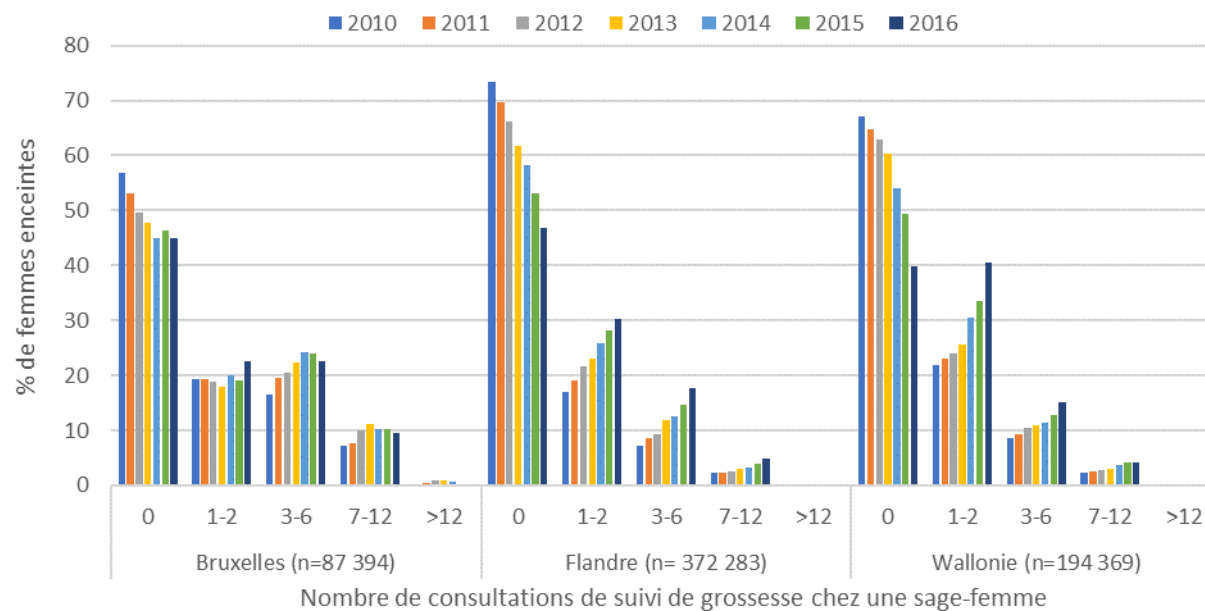
Figure 1 – Nombre médian de consultations de suivi prénatal par grossesse à bas risque, par prestataire de soins (2016)



Source : Rapport KCE 326



Figure 2 – Évolution du nombre de consultations de suivi de grossesse par des sages-femmes, par région (2010-2016)



Source : Rapport KCE 326

Une description plus détaillée de l'organisation des soins prénatals en Belgique se trouve dans le [rapport 326 du KCE](#) déjà cité (chapitre 2 de la synthèse en français et chapitre 3 du rapport scientifique en anglais)



1.3. Aperçu du cadre légal du suivi de la grossesse

Contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, le choix du prestataire de soins n'est soumis à aucun contrôle ni obligation en Belgique : une femme enceinte peut donc accéder directement à un médecin spécialiste (gynécologue-obstétricien) sans être référencée par un prestataire de soins primaires. Elle garde également le droit de changer de prestataire de soins à tout moment pendant sa grossesse.

Du côté des prestataires de soins, la loi détaille les actes qui peuvent ou doivent être prestés par les sages-femmes (certains de manière autonome et d'autres sous la supervision d'un médecin). Par contre, en accord avec les principes de liberté thérapeutique et diagnostique des médecins, la loi ne définit pas les actes de suivi prénatal à effectuer par des médecins.

Les activités autonomes des sages-femmes sont définies comme suit par la loi^f :

- a. le diagnostic de la grossesse ;
- b. l'assurance, durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, de la surveillance de la femme et la dispensation à celle-ci de soins et conseils ;
- c. le suivi des grossesses normales, la pratique des accouchements eutociques et la dispensation des soins au nouveau-né et au nourrisson bien portant ;
- d. les mesures préventives, la recherche des risques chez la mère et l'enfant ;
- e. en cas d'urgence, les gestes nécessaires dans l'attente d'une aide médicale spécialisée ;
- f. l'information et l'éducation à la santé, vis-à-vis de la femme, de la famille et de la société ;

^f [Loi du 10 mai 2015](#), Art 62.

g. l'éducation prénatale et à la préparation à la parenté ;

h. l'établissement des rapports écrits nécessaires.

Pour un suivi de grossesse, après avoir fait une anamnèse minutieuse et complète, les sages-femmes doivent conseiller aux femmes enceintes de passer un examen médical pendant le premier et le dernier trimestre de leur grossesse.

Depuis 2006, les sages-femmes sont autorisées à prescrire une liste limitée de médicaments, essentiellement destinés à traiter les principaux symptômes bénins pouvant accompagner une grossesse.^g

1.4. Questions de recherche

Le parcours de soins prénatals proposé en 2019 par le KCE ([Rapport KCE 326](#), déjà cité) devait être soutenu par un système de référencement clair entre les prestataires de soins afin d'assurer des transitions sûres entre les soins primaires et les soins spécialisés selon le principe de subsidiarité. Un tel système repose généralement sur un outil de référencement validé et agréé par toutes les parties.

De nombreuses sages-femmes belges ont déjà recours à des outils de référencement, notamment la « liste obstétrique » néerlandaise. Or cette liste correspond au contexte spécifique des Pays-Bas, très différent du contexte belge, ce qui constitue un obstacle non négligeable à une utilisation optimale dans notre pays. De plus, cette liste est loin de faire l'unanimité parmi les prestataires de soins belges. C'est pour cette raison que les sages-femmes sont demandeuses d'un **outil de référencement adapté au contexte belge et soutenu, dans la mesure du possible, par une majorité de prestataires de soins prénatals.**

^g Pour les sages-femmes dont le titre professionnel est antérieur au 1er octobre 2014, une formation complémentaire est nécessaire pour pouvoir exercer le droit à la prescription de médicaments.



Dans cette étude, nous examinons les outils de référencement utilisés en Belgique et dans d'autres pays et nous tentons d'analyser les obstacles et les facilitateurs à la mise en pratique d'un tel outil dans notre pays.

Les questions de recherche sont formulées comme suit :

Questions de recherche principales :

1. **Quelles sont les situations cliniques qui devraient être prises en compte dans un outil de référencement belge pour le suivi prénatal en soins primaires ?**
2. **Quelles sont les actions de référencement appropriées pour chaque situation clinique de l'outil de référencement belge pour le suivi prénatal en soins primaires ?**

Questions de recherche préparatoires :

1. **Quels sont les obstacles et les facilitateurs de la collaboration entre les gynécologues et les sages-femmes ?**
2. **Quels sont les outils utilisés à l'étranger pour la recherche et l'évaluation des risques lors du suivi prénatal en soins primaires ?**
3. **Quels sont les outils utilisés en Belgique pour la recherche et l'évaluation des risques lors du suivi prénatal en soins primaires ?**

Ce rapport vient compléter une série de rapports du KCE relatifs à la grossesse. De cette série, deux rapports sont liés aux soins prénatals : un guide de pratique clinique sur les examens et les tests de dépistage recommandés pendant une grossesse à bas risque (Rapport KCE 248) et un rapport proposant un parcours de soins prénatals (Rapport KCE 326, déjà cité).

1.5. Méthodes

Les obstacles et les facilitateurs de la collaboration interprofessionnelle entre gynécologues et sages-femmes (question 3), de même que les outils d'évaluation des risques et les outils de référencement utilisés dans d'autres pays (question 4) ont été identifiés via une **revue de la littérature**.

Les pratiques actuelles en matière d'évaluation des risques et de référencement pendant le suivi prénatal en Belgique (question 5) ont été étudiées via une **enquête en ligne** auprès d'environ 800 gynécologues et sages-femmes.

Enfin, étant donné qu'il n'existe pas de données probantes pertinentes sur les options de référencement pendant le suivi prénatal dans le cadre des soins primaires, nous avons opté pour une **consultation Delphi** afin de développer un outil de référencement consensuel et adapté au contexte belge (questions 1 et 2).



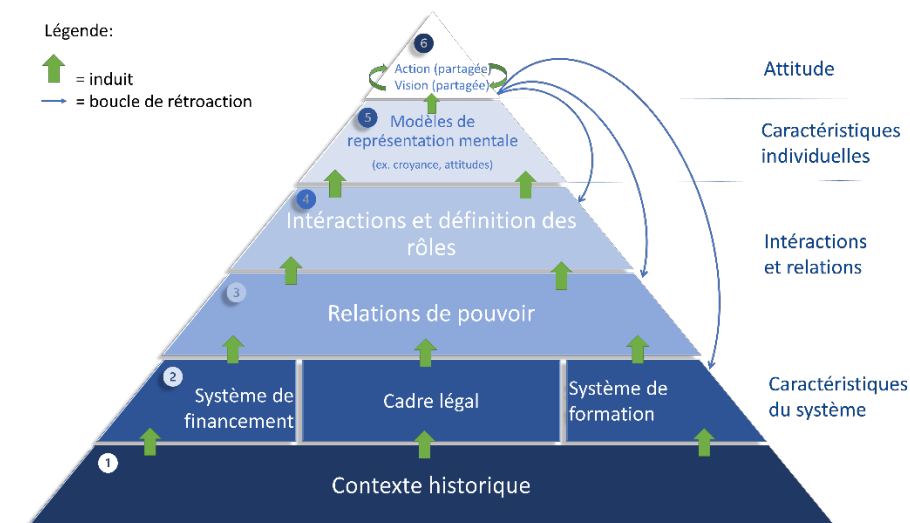
2. LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE LORS DU SUIVI PRÉNATAL

2.1. Les fondements des relations interprofessionnelles décrits dans la littérature

Garantir des soins prénatals sûrs, efficaces, opportuns, équitables et centrés sur la patiente nécessite une collaboration fluide entre les différents acteurs de soins prénatals, en particulier entre les gynécologues et les sages-femmes. Or, en Belgique, la relation entre ces deux professions n'est pas toujours au beau fixe. **En préalable à la construction d'un outil de référencement qui rencontre l'adhésion des uns et des autres, nous avons donc analysé la littérature internationale à la recherche des obstacles et des facilitateurs de la collaboration entre ces deux professions.** Ce type de littérature comportant essentiellement des études qualitatives, nous avons opté pour une revue narrative.

De façon générale, les obstacles et facilitateurs déterminants d'une collaboration interprofessionnelle peuvent être classés en 6 niveaux qui interagissent les uns avec les autres et que l'on peut représenter dans un modèle pyramidal (Figure 3). Les concepts de la base de la pyramide influencent ceux du sommet, pour finalement aboutir à un comportement – ici, une collaboration interprofessionnelle – au sommet. En retour, cette collaboration interprofessionnelle peut modifier, en cascade, les modèles d'interaction, les relations de pouvoir et les caractéristiques du système.

Figure 3 – Cadre conceptuel des obstacles et facilitateurs déterminants de la collaboration interprofessionnelle



À la base de la pyramide se trouve le **contexte historique** (niveau 1), qui détermine tous les autres niveaux. De façon générale, le modèle historique des soins se caractérise par des relations hiérarchiques entre les médecins et les autres professionnels de la santé, ce qui a donné lieu à des modèles antagonistes de manières de travailler, de décisions, de rôles et de responsabilités, qui ont à leur tour engendré différents obstacles à une bonne collaboration, comme des divergences de philosophie des soins, de la concurrence, mais aussi un manque de communication et de soutien interprofessionnel. Dans le cas des soins prénatals, cet « **effet de silo** » est renforcé par le fait que, bien qu'ils se partagent les mêmes patientes et les mêmes objectifs, les gynécologues et les sages-femmes se réunissent dans des sociétés professionnelles distinctes qui s'efforcent de préserver l'autonomie de leurs pratiques professionnelles respectives.



La littérature rappelle que jadis, l'accouchement se faisait à la maison, guidé par des (sages-)femmes qui avaient été formées empiriquement par d'autres femmes avant elles. Quand les accouchements ont commencé à être pratiqués dans les hôpitaux, la mortalité maternelle a spectaculairement chuté grâce aux meilleures conditions de stérilité, à la lutte contre les hémorragies, à la pratique sûre des césariennes, etc. Progressivement, l'accroissement des possibilités techniques a conduit à une médicalisation de plus en plus marquée des accouchements, voire à certaines interventions dont les avantages ne sont pas toujours établis. À partir de là est apparue une **différence philosophique majeure** entre les médecins et les sages-femmes (mais parfois aussi au sein de chaque profession) qui est la **controverse entre interventionnisme et non-interventionnisme**.

Ces tensions historiques entre les deux professions ont façonné le fonctionnement du système actuel (niveau 2), caractérisé par sa répartition des **responsabilités**, des **moyens financiers** et des **connaissances** (reflet du système éducatif). Ces caractéristiques influencent à leur tour les **relations de pouvoir** existantes au cœur de toute la dynamique (niveau 3).

La peur du litige est un dénominateur commun à tous les choix posés lors des soins périnataux. Or les gynécologues ont souvent l'impression d'être les seuls à porter les responsabilités, notamment en cas de transferts tardifs. Cette **asymétrie des responsabilités** est décrite comme étant une divergence fondamentale entre les deux identités professionnelles. Le partage des responsabilités et l'obligation de rendre des comptes est une condition essentielle pour une collaboration interprofessionnelle réussie.

La littérature cite également la répartition des **moyens financiers** – et notamment la rémunération à l'acte – comme un autre obstacle important à la collaboration, car il peut entraîner de la concurrence. Les inégalités de rémunération entre médecins et sages-femmes pour un même service peuvent conduire à des conflits. Les différences dans les systèmes de financement peuvent également rendre difficile la constitution d'un pool

salarial partagé. À l'inverse, un système de financement approprié est un facteur favorisant pour une bonne collaboration interprofessionnelle.

Enfin, la manière dont les connaissances sont transmises d'une génération à l'autre par le **système éducatif** pose actuellement problème. En effet, la formation professionnelle des uns et des autres se déroule séparément, sans expérience du travail ensemble, ce qui cantonne les étudiants dans les seules valeurs professionnelles de leur propre discipline. Des cours dispensés en commun aux étudiants en médecine et aux futures sages-femmes pourraient produire une nouvelle génération de cliniciens formés à travailler en équipe. Cela se fait déjà par exemple à l'Université Drexel (Pennsylvanie - USA).

Au niveau 3 de la pyramide, les **relations de pouvoir** fortement hiérarchisées qui découlent de l'organisation actuelle des soins prénatals déterminent les **modes d'interaction** et la **définition des rôles** des uns et des autres (niveau 4). Les **relations de réciprocité** (avec le partage des responsabilités et l'obligation de rendre des comptes, déjà citées) favorisent la confiance et sont indispensables à une collaboration interprofessionnelle réussie. Une définition claire des rôles permet de **fixer des limites pour chaque profession**, là où l'ambiguïté des rôles est identifiée comme un obstacle à l'optimisation de la collaboration. Des **guides de pratiques cliniques**, des protocoles, de parcours de soins, ou d'autres formes de procédures ou d'accords de pratique peuvent aider à clarifier ces limites et à formaliser les soins.

Les modes d'interaction déterminent à leur tour les **modèles de représentation mentale** (niveau 5), c'est-à-dire « les images, les hypothèses et les histoires que nous véhiculons dans notre esprit à propos de nous-mêmes et des autres, des institutions et de tout autre aspect du monde. Comme une vitre qui encadre et déforme subtilement notre vision, ils déterminent ce que nous voyons »^h. C'est ainsi que le **manque de compréhension** des valeurs, des compétences et des limites de la profession de chacun peut provoquer des malentendus, des suspicions et des préjugés qui déforment les perceptions et entravent la collaboration. À

^h Peter MS. The Fifth discipline fieldbook : strategies and tools for building a learning organization. New York : Currency, Doubleday, [1994]



l'inverse, le **respect mutuel** et la **confiance en la capacité et la fiabilité de l'autre** sont les bases d'un véritable **partenariat** où les partenaires peuvent compter les uns sur les autres et accepter leur interdépendance.

Enfin, au sommet de la pyramide, les modèles de représentation mentale déterminent nos **comportements** (niveau 6), c'est-à-dire, dans le cas qui nous occupe, la collaboration interprofessionnelle dans laquelle les visions partagées mènent à des actions partagées et où les actions partagées renforcent la vision partagée.

2.2. Enquête sur la collaboration entre gynécologues et sages-femmes en Belgique

Pour explorer les pratiques actuelles de collaboration et de référencement entre sages-femmes et gynécologues lors du suivi prénatal, nous avons eu recours à un questionnaire en ligne. Il n'a malheureusement pas été possible de mettre sur pied des entretiens approfondis en face à face car cette étape de l'étude s'est déroulée pendant la pandémie de COVID-19.

Sur un total de 1142 réponses de gynécologues et sages-femmes, 784 formulaires étaient valablement complétés et ont été analysés. Les gynécologues constituaient 68% de l'échantillon (n=530) et les sages-femmes 32 % (n=254). Les trois-quarts des participants étaient néerlandophones (n=587) pour 25 % de francophones (n=197). Nous n'avons pas été en mesure de vérifier la représentativité de notre échantillon de répondants.

Le questionnaire était structuré en quatre sections portant sur :

- l'organisation du suivi prénatal et l'orientation des femmes enceintes vers des suivis par un gynécologue, par une sage-femme, ou en alternance ;
- la recherche des risques durant le suivi prénatal et l'utilisation d'outils de détection des risques cliniques et des risques psycho-sociaux ;
- les attitudes vis-à-vis de l'utilisation d'outils de référencement et/ou de communication ;

- les collaborations interprofessionnelles durant le suivi prénatal et la composition des réseaux professionnels des uns et des autres.

La méthodologie de cette enquête en ligne et du recrutement des participants, ainsi que l'analyse exhaustive des résultats sont décrits en détail dans le chapitre 3 du rapport scientifique. Nous en livrons ici un résumé très succinct.

Organisation du suivi prénatal des grossesses à bas risque

- La moitié des gynécologues et environ 70 % des sages-femmes qui ont participé à l'enquête se sont prononcés pour une **alternance des consultations** entre gynécologue et sage-femme.
- La moitié des sages-femmes se sont également prononcées pour un **suivi essentiellement effectué par les sages-femmes**, avec uniquement les trois échographies réalisées par un gynécologue. Les gynécologues ont été moins nombreux à opter pour cette formule (28 % des francophones et 9 % des néerlandophones).
- Environ 40 % des gynécologues se prononcent en faveur d'un **suivi exclusif par un gynécologue**, une option rarement proposée par les sages-femmes (5 % des francophones et 9 % des néerlandophones).
- Le suivi prénatal alterné avec un médecin généraliste a été proposé par 64 % des gynécologues et 16 % des sages-femmes néerlandophones, mais beaucoup moins du côté francophone (9% des gynécologues et aucune sage-femme).
- Environ un répondant sur dix est d'avis que **le choix du type de suivi prénatal doit être laissé au couple**. Cette approche centrée sur le couple est plus prononcée chez les néerlandophones (9 % des gynécologues et 14 % des sages-femmes) que chez les francophones (3 % des gynécologues et 2 % des sages-femmes).



Utilisation d'outils d'évaluation des risques

- 34 % des gynécologues et 54 % des sages-femmes utilisent **des outils d'évaluation du risque clinique** tandis que 51 % des gynécologues et 52 % des sages-femmes utilisent un outil **d'évaluation du risque psychosocial**

Attitudes vis-à-vis de l'utilisation d'outil de référencement

- Toutes les sages-femmes interrogées ont déclaré qu'elles utiliseraient un **outil de référencement** si elles en disposaient. Par contre, moins de la moitié des gynécologues (42 %) se disent prêts à utiliser un tel outil, mais davantage chez les francophones (56%) que chez les néerlandophones (38 %).
- Les arguments les plus fréquemment cités **en faveur de l'introduction d'un outil de référencement** en Belgique sont l'uniformisation des pratiques, la plus grande clarté des rôles pour tous les professionnels, l'objectivité des jugements *evidence-based*, la sécurité des référencements et la promotion de la collaboration interprofessionnelle.
- Les principaux arguments évoqués **contre l'introduction d'un outil de référencement** sont l'asymétrie de la responsabilité médico-légale, l'insuffisance de formation des sages-femmes en matière d'évaluation des risques, l'impossibilité qu'un outil puisse remplacer le jugement clinique, l'illusion de réassurance fournie par un tel outil et la nécessité de mettre l'outil à jour en permanence.
- Lorsqu'ils utilisent des outils de référencement, les prestataires de soins belges ont principalement recours à des outils développés au niveau de leur hôpital, ainsi qu'à la liste d'indications figurant dans le rapport KCE 248 et dans la première édition du guide prénatal publié par l'ONE.

Réseaux professionnels

- La composition des **réseaux professionnels** est assez hétérogène, comprenant principalement – outre d'autres gynécologues, sages-femmes et médecins généralistes – d'autres spécialistes médicaux, des professionnels de la santé mentale, des travailleurs sociaux, des membres du personnel des organismes de soutien aux famillesⁱ, des kinésithérapeutes ou des ostéopathes.
- Les sages-femmes considèrent généralement que leur **réseau professionnel** n'est pas complet ni suffisant, principalement pour les questions de santé mentale.

Collaborations interprofessionnelles

- Neuf gynécologues sur dix se disent **satisfaits de leur collaboration** avec les sages-femmes, mais seulement sept sages-femmes sur dix sont satisfaites de leur collaboration avec les gynécologues.
- Tant les gynécologues que les sages-femmes déclarent que la **confiance mutuelle** est un élément indispensable à une collaboration réussie. Ceci suppose de partager une vision commune de la pratique du suivi prénatal et des accords clairs sur la répartition des tâches, et de maintenir une bonne communication entre prestataires.
- Les principaux **obstacles à la collaboration** sont la surconsommation de soins prénatals, les effets pervers de certains modes de financement et les comportements qui ne sont pas respectueux du travail et des compétences de l'autre, comme par exemple, l'attitude anti-médicalisation de certaines sages-femmes, ou les comportements non collégiaux de certains gynécologues vis-à-vis des sage-femmes.

ⁱ Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) en Fédération Wallonie-Bruxelles, Kind&Gezin en Communauté flamande et Kaleido en Communauté germanophone.



- Certains gynécologues s'inquiètent en outre d'un manque de connaissances médicales et d'expérience des sages-femmes, qui peut amener à des situations dangereuses.
- Pour améliorer la collaboration, les trois principales solutions proposées par les répondants sont la création de partenariats, l'amélioration de la communication et le partage d'informations.

2.3. Pistes d'amélioration des collaborations interprofessionnelles dans le suivi prénatal

L'enquête menée auprès des professionnels de la santé impliqués dans le suivi prénatal décrite au point précédent comportait un important volet consacré au thème des relations interprofessionnelles. Les résultats de cette partie – et notamment les réponses aux questions ouvertes – font l'objet d'une analyse détaillée dans le rapport scientifique (voir section 3.2.3.4). Les réponses apportées confirment largement ce que dit la littérature. Dans cette synthèse, nous présentons uniquement le résumé des pistes de solutions qui ont été proposées, dans la mesure où ces solutions peuvent servir à formuler certaines recommandations.

Il apparaît que les gynécologues et les sages-femmes partagent largement leurs vues sur la manière d'améliorer leurs collaborations, mais avec des nuances dans la manière de les exprimer. Sur certains points, toutefois, les antagonismes sont plus marqués.

2.3.1. Communication et partage d'informations

Tant les gynécologues que les sages-femmes qui ont participé à l'enquête souhaitent améliorer la communication interprofessionnelle et partager les informations. La solution la plus fréquemment évoquée est l'introduction d'un dossier patient partagé, qui va de pair avec un meilleur transfert d'informations en cas d'envoi de la femme enceinte d'une profession vers

l'autre. Il est également suggéré d'adopter une communication plus ouverte, plus informelle et plus neutre (c'est-à-dire dénuée de jugement).

2.3.2. Partage d'expérience

Le fait de travailler ensemble et de partager des expériences contribue à améliorer les rapports de collaboration interprofessionnelle, qu'il s'agisse d'équipes structurellement interprofessionnelles, de consultations communes (idéalement suivies d'un temps de débriefing commun), de réunions interdisciplinaires, de parcours de soins, protocoles, outils d'identification des risques ou guides de pratique clinique communs. L'horizontalité de telles collaborations est un plus aux yeux des sages-femmes.

2.3.3. Partenariat

Concrétiser ces collaborations sous la forme de partenariat constitue le pas suivant, proposé par de nombreux participants à l'enquête. « La notion de partenariat implique que deux acteurs ou plus se joignent à une entreprise de collaboration qui se caractérise par une relation de type collégial, authentique et constructive.^j » Tant du côté des gynécologues que des sages-femmes, le partenariat consisterait à travailler dans le respect mutuel, à rejeter les préjugés et la polarisation, à mettre davantage de collégialité dans les rapports et à arrêter de se voir comme des concurrents. Les sages-femmes demandent explicitement une plus grande reconnaissance et davantage de respect et de confiance dans leurs compétences ; elles souhaitent pouvoir avoir des discussions ouvertes avec les gynécologues sur des cas spécifiques. Sur un plan plus organisationnel, elles demandent également davantage d'engagement de la part des directions d'hôpitaux.

^j D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care. 2005;19 Suppl 1:116-31



2.3.4. Définition claire des rôles et responsabilités de chacun

Une clarification des responsabilités et des rôles des uns et des autres est une condition essentielle sur lesquels tous s'accordent, mais avec des points de vue un peu divergents. Les gynécologues demandent une définition plus claire de la grossesse à bas risque, des critères de référencement et des rôles de chaque profession. Certains gynécologues prônent une plus grande responsabilisation médico-légale des sages-femmes, avec la même assurance pour les deux professions, tandis que d'autres souhaitent être reconnus comme les seuls professionnels responsables de l'évaluation des risques et de la coordination des soins prénatals. Pour leur part, les sages-femmes souhaitent se voir attribuer la responsabilité de tous les suivis de grossesses à bas risque. Elles demandent également à être autorisées à prescrire davantage de médicaments.

2.3.5. Organisation du suivi prénatal

Les sages-femmes sont d'avis que le suivi alterné doit devenir le standard de soins, et même que tout suivi prénatal devrait impliquer une sage-femme, également pour les grossesses à haut risque. Elles prônent une organisation plus claire des soins prénatals, avec une possibilité d'accès direct des sages-femmes indépendantes à un gynécologue dans chaque hôpital en cas de besoin. Elles demandent davantage d'uniformité dans les protocoles et moins d'interventionnisme de la part des gynécologues. Elles proposent que les consultations des gynécologues soient plus longues afin de pouvoir être plus à l'écoute, et souhaiteraient que les hôpitaux manifestent davantage d'ouverture vis-à-vis des sages-femmes indépendantes. Enfin, pour les soins périnatals, elles suggèrent que chaque hôpital prévoie la présence d'une sage-femme de coordination ou de liaison.

2.3.6. Aspects financiers

Certains répondants des deux professions suggèrent d'abandonner le financement à l'acte et de créer un cadre financier qui soit avantageux à la fois pour les gynécologues et les sages-femmes, avec une révision du financement du suivi prénatal (pour toutes les grossesses, quel que soit le niveau de risque). Les gynécologues proposent d'introduire le même ticket

modérateur pour les gynécologues et les sages-femmes, et demandent à être rémunérés pour la supervision des sages-femmes. Ils demandent également que la rémunération de leurs actes techniques soit augmentée. Les sages-femmes demandent quant à elles l'augmentation de leur rémunération mais sans pour autant que cela n'implique une perte de revenus pour les gynécologues. Elles réclament la rémunération de celui ou celle qui preste effectivement les soins et la clarification des incohérences de la nomenclature.

2.3.7. Formation

D'après les gynécologues, mais aussi d'après certaines sages-femmes, la formation des sages-femmes doit être améliorée, notamment par rapport à la pratique de l'approche *evidence-based* et à l'identification des situations pathologiques. Tous sont partisans de formations communes. Les gynécologues sont d'avis que les sages-femmes devraient être obligées d'acquérir de l'expérience en milieu hospitalier avant de pouvoir pratiquer en indépendantes. Les sages-femmes sont pour leur part d'avis que les obstétriciens devraient être davantage sensibilisés au « respect de la physiologie » (limiter l'interventionnisme, les manœuvres obstétricales, le recours à la césarienne, etc...) et plus ouverts au suivi alterné.

2.3.8. Régulation de la profession de sage-femme

Les gynécologues qui ont participé à l'enquête sont d'avis qu'il est nécessaire d'harmoniser les modalités de suivi prénatal proposés par les sages-femmes et de veiller à la continuité de chaque suivi par la même sage-femme. Certains d'entre eux sont d'avis qu'il faut former moins de sages-femmes, qu'elles devraient obligatoirement travailler au moins une partie du temps dans un hôpital et que l'exercice isolé de la profession devrait être interdit. Il a également été proposé de créer un « Ordre national des sages-femmes » et de fixer un niveau d'activité minimal.



3. VERS UN OUTIL DE RÉFÉRENCEMENT BELGE

Les outils de recherche et d'évaluation des risques permettent de guider le jugement clinique mais ne le remplacent pas. Au niveau international, ils sont utilisés pour orienter la femme enceinte vers le parcours clinique le plus approprié pour son suivi prénatal ou pour sélectionner le lieu le plus adéquat pour son accouchement.

La littérature distingue trois types d'outils de recherche et d'évaluation des risques prénatals :

- Évaluation informelle sur la base de l'expérience clinique du prestataire de soins ;
- Évaluation en fonction de la présence ou l'absence de facteurs de risque spécifiques. C'est la stratégie la plus couramment utilisée dans les guidelines nationaux et régionaux ;
- Évaluation en fonction d'une pondération appliquée à chaque facteur de risque en fonction du niveau potentiel d'impact dudit facteur sur la mère et l'enfant. Les outils utilisant cette troisième stratégie sont communément appelés *scoring systems*. On peut y inclure les outils basés sur l'intelligence artificielle (IA) utilisés dans certaines applications. Cette nouvelle forme d'évaluation des risques n'est pas encore implémentée dans la pratique clinique quotidienne, mais certaines applications sont en phase de test.

3.1. Les facteurs de risque identifiés dans la littérature

Afin d'élaborer un outil de référencement belge, objet de la présente étude, nous avons d'abord effectué une revue de littérature pour établir une liste de situations cliniques à risques pouvant servir de base à ce travail. La méthodologie détaillée de cette recherche de littérature est décrite dans le chapitre 4 du rapport scientifique.

Nous avons établi une liste de 153 situations cliniques, regroupées en 8 catégories :

- Informations générales (âge, index de masse corporelle...)
- Mode de vie (tabagisme, alcool...)
- Antécédents médicaux personnels (diabète, hypertension...)
- Antécédents gynécologiques (endométriase, antécédents de grossesse extra-utérine, mutilations génitales...)
- Facteurs psychosociaux (violence conjugale, handicap, antécédents de dépression du post-partum...)
- Antécédents de chirurgie majeure (chirurgie cardiaque, chirurgie bariatrique...)
- Antécédents obstétriques (antécédents de fausse couche, de pré-éclampsie, de béance du col...)
- Grossesse actuelle (grossesse multiple, pertes de sang prolongées, IST...)

La liste complète des situations cliniques se trouve en annexe du rapport scientifique.



3.2. Élaboration d'un outil de référencement belge

L'objectif de cette étape était de construire un outil de référencement consensuel qui pourrait guider les prestataires de soins primaires belges (sages-femmes et médecins généralistes) impliqués dans le suivi prénatal sur le moment et la manière d'orienter vers des soins spécialisés (gynécologues), au départ de la liste de situations cliniques présélectionnées dans la littérature.

3.2.1. Pourquoi la méthode Delphi ?

Pour ce faire, nous avons eu recours à une « méthode Delphi », méthode considérée comme un moyen efficace de déterminer un consensus entre experts sur des questions pour lesquelles il existe peu ou pas de données probantes et où intervient l'expérience clinique. Il s'agit d'un processus itératif lors duquel on soumet aux participants des propositions à amender, par tours de scrutin successifs, chaque tour s'appuyant sur les résultats anonymes du tour précédent.

Nous avons choisi d'utiliser cette méthode parce que nous souhaitons parvenir à un consensus entre les représentants de différentes professions de santé historiquement liées par un déséquilibre dans les dynamiques de pouvoir et dont les divergences d'opinions datent de bien avant notre projet. Il est scientifiquement admis que la méthode Delphi facilite l'émergence de l'intelligence collective, c'est-à-dire la capacité combinée d'un groupe d'experts à produire conjointement de meilleurs résultats que ceux produits par chaque expert seul.

Nous avons utilisé la méthode Delphi avec un panel de 30 prestataires de soins prénatals (10 gynécologues, 10 sages-femmes et 10 médecins généralistes). Dans chaque catégorie, il y avait 5 francophones et 5 néerlandophones. Le déroulement et les résultats des différentes étapes sont décrits en détail dans le chapitre 5 du rapport scientifique.

3.2.2. Objectifs et résultats du panel Delphi

Il a été demandé au panel Delphi de se prononcer sur :

- **la définition des différentes actions de référencement possibles ;**
- **la pertinence de chacune des 153 situations cliniques de départ (Doit-elle être incluse dans l'outil ou non ? Doit-elle être reformulée ? (p. ex. en ajoutant différents degrés de gravité)) ;**
- **la nécessité d'ajouter ou de supprimer certaines situations cliniques de l'outil de référencement ;**
- **l'action de référencement qui doit faire suite à chaque situation clinique sélectionnée par le panel.**

Au terme de cinq tours, le panel Delphi est parvenu à un accord sur la définition de **quatre possibilités d'action de référencement** à effectuer par les prestataires de soins primaires lors de l'identification d'une situation clinique à risques :

- **Suivi prénatal en soins primaires** : le suivi peut continuer en soins primaires. Néanmoins, comme le prévoit la loi, deux « évaluations médicales » sont obligatoires lors d'un suivi par une sage-femme, l'une au premier et l'autre au dernier trimestre de la grossesse. De plus, trois échographies sont recommandées dans les guidelines. Une échographie peut être considérée comme une « évaluation médicale » si elle est réalisée par un gynécologue et associée à une consultation.
- **Avis d'un spécialiste** : le prestataire de soins primaires doit envisager une consultation pour avis auprès d'un gynécologue ou d'une consultation multidisciplinaire incluant au moins un gynécologue. La raison de cette consultation doit être expliquée à la femme enceinte. Ensuite, le gynécologue décidera, en dialogue avec le prestataire de soins initialement choisi par la femme enceinte et la femme enceinte elle-même, si le suivi prénatal sera poursuivi en soins primaires ou en soins spécialisés.



- **Référencement vers des soins spécialisés** : la femme enceinte doit être orientée vers un gynécologue, qui assume la coordination de suivi prénatal. Le gynécologue décidera, en dialogue avec le prestataire de soins primaires et la femme enceinte elle-même, si le suivi devra être poursuivi (entièrement ou partiellement) en soins spécialisés. Si le gynécologue juge que la situation clinique est résolue, la coordination du suivi prénatal peut être renvoyée aux soins primaires.
- **Référencement d'urgence** : la femme enceinte doit être immédiatement orientée vers un gynécologue.

En ce qui concerne **les situations cliniques à risques**, au final des ajouts et des exclusions, la liste comprenait **un total de 211 situations** (dont la liste complète se trouve en annexe du rapport scientifique). Parmi celles-ci :

- Pour 99 situations cliniques, une action de référencement est recommandée (consensus) ;
- Pour 67 situations cliniques, plusieurs options de référencement peuvent être considérées car il n'y a pas de consensus sur une action unique ;
- Pour 23 situations cliniques, le consensus a été atteint pour les considérer comme non pertinentes pour un outil de référencement ;
- Pour 22 situations cliniques il n'y a pas de consensus quant à la pertinence de leur inclusion dans un outil de référencement.

Dans la majorité des 67 cas où le consensus sur l'action à mettre en œuvre n'est pas atteint, il s'agit principalement de situations cliniques pour lesquelles les participants hésitent entre « Demande d'avis à un spécialiste » et « Référencement vers des soins spécialisés ».



Figure 4 – Exemple de table de référencement à l'issue de l'exercice Delphi

INFORMATIONS GÉNÉRALES ET MODE DE VIESituations cliniques pour lesquelles il y a un **CONSENSUS** parmi les professionnels consultés

Description de la situation clinique	Action de référencement
Âge de 40 ans ou plus	Avis d'un spécialiste
Âge inférieur à 18 ans	Avis d'un spécialiste (NB : 9/27 participants considèrent qu'il faut référer vers un spécialiste)
IMC inférieur ou égal à 18	Avis d'un spécialiste
IMC supérieur ou égal à 35	Avis d'un spécialiste
Consommation problématique d'alcool	Avis d'un spécialiste

Situations cliniques pour lesquelles **UN CHOIX DOIT ÊTRE POSÉ** en accord avec les partenaires de votre réseau professionnel

Description de la situation clinique	Actions de référencement possibles	Votes des participants
Consommation de drogues récréatives (marijuana, héroïne, cocaïne (y compris crack), amphétamines ('ice'), ecstasy)	☐ Référencement vers des soins spécialisés	☐ 19/ 27
	☐ Avis d'un spécialiste	☐ 11/27
Tabagisme lors de la première visite prénatale	☐ Suivi prénatal en soins primaires	☐ 17/ 27
	☐ Avis d'un spécialiste	☐ 12/27
Comportements sexuels à risque	☐ Suivi prénatal en soins primaires	☐ 15/ 27
	☐ Avis d'un spécialiste	☐ 12/27



4. CONCLUSION

4.1. Vers un référencement sur mesure, adapté aux réalités locales ?

Au terme de notre exercice Delphi, nous avons atteint un consensus sur les actions de référencement à mettre en œuvre face à 99 situations cliniques et sur l'absence d'intérêt à en inclure 23 autres dans un outil de référencement. **Notre travail doit donc encore être poursuivi sur certains points** sur lesquels il n'y a pas encore de vision commune qui permettrait d'arriver à des règles de référencements consensuelles et complètes. Un tel consensus est en effet souhaitable car il serait un **garant d'équité dans l'accès à des soins sûrs et de qualité pour chaque femme enceinte**, en fonction de ses propres besoins.

Les résultats de notre panel Delphi pourraient toutefois constituer une **base de travail commune pour des accords de pratique à adapter en fonction des niveaux d'expérience locaux**. Ils pourraient à ce titre être utilisés par les acteurs de terrain pour donner une impulsion locale à leurs collaborations interprofessionnelles. Ces collaborations peuvent également être formalisées dans des protocoles, des parcours de soins ou d'autres formes d'accords de pratique déclinés au niveau local. De tels accords de collaboration existent déjà ici ou là dans le système actuel de soins prénatals belges. **Les professionnels de terrain devraient donc être encouragés à développer leur propre façon d'organiser la collaboration interprofessionnelle et les procédures de référencement en tenant compte des professionnels disponibles localement et de leur historique de collaborations**.

Ces initiatives impliqueront nécessairement la participation active de tous les professionnels locaux, ce qui sera bénéfique pour la communication et la collaboration entre eux, et donc pour l'implémentation de l'outil. En outre, l'harmonisation des pratiques – à quelque niveau que ce soit – est également de nature à clarifier les responsabilités médico-légales de chaque professionnel.

Si la forme d'accord choisie comprend une liste de situations cliniques dans lesquelles il est prévu de référencer une femme enceinte des soins primaires vers des soins spécialisés, la prise en compte des résultats de notre panel Delphi peut contribuer à enrichir la procédure. **À cet effet, vous trouverez sur notre site web un résumé complet de ces situations cliniques et actions de référencement qui vous est proposé sous la forme d'une « [Base de travail pour le développement d'un outil de référencement local pour le suivi des grossesses en soins primaires](#) ».**

4.2. Quelques préalables concrets

La présente étude a également permis de mettre en lumière **quelques éléments préalables essentiels à l'établissement du maillage interprofessionnel** recommandé par le rapport KCE 326. En effet, lors de notre enquête, 63 % des sages-femmes et 28 % des gynécologues ont estimé que leur réseau professionnel était insuffisant, ce qui suggère qu'ils ne sont pas toujours en mesure de fournir une réponse adéquate et opportune à un besoin. Cela semble être particulièrement le cas pour les problèmes de santé mentale où le manque de professionnels spécialisés dans les questions prénatales a été signalé. La création de **bases de données locales sur l'offre de soins de santé** pourrait aider les prestataires de soins à développer leur réseau.

Toutefois, créer un réseau ne consiste pas seulement à identifier des partenaires potentiels, mais aussi à **créer les conditions de bonne collaboration**, c'est-à-dire un **partenariat**. À cet effet, la littérature indique qu'il faut s'extraire de la vision en silo des différentes professions, clarifier les responsabilités respectives et les limites de chaque profession, partager les visions sur les pratiques de suivi prénatal et construire des relations de confiance basées sur le respect mutuel, la volonté de collaborer et la confiance dans les compétences. Les mêmes éléments sont ressortis des réponses à notre enquête auprès des professionnels belges impliqués dans le suivi prénatal. Mais ces derniers ont également ajouté comme obstacles le manque de communication et les effets pervers de certains financements.

Lorsqu'il leur a été demandé de formuler des suggestions pour améliorer la collaboration interprofessionnelle, les répondants à l'enquête ont proposé une série de pistes concrètes intéressantes :



- **Créer des partenariats**

Créer un partenariat, c'est relier les membres d'un réseau mais aussi définir leurs rôles et responsabilités. Un partenariat peut prendre plusieurs formes (formelles ou informelles) et varier en fonction de ses membres et du contexte local. L'avantage des partenariats formels est qu'ils peuvent fournir un cadre juridique à leurs membres, de même qu'une définition claire des rôles de chacun et des limites de leurs activités respectives (p. ex. via l'utilisation d'un outil de référencement établi ensemble) ou des accords financiers.

- **Mieux communiquer et partager les informations**

En 2019, le Plan eHealth a lancé des initiatives prometteuses pour faciliter le partage, l'uniformisation et l'accès sécurisé aux données de santé. Ces initiatives ont été complétées par la feuille de route (roadmap) eHealth 3.0 approuvée par la Conférence Interministérielle Santé. Elle porte notamment sur l'échange d'informations, le soutien à la collaboration entre les prestataires de soins, la généralisation du dossier électronique du patient à l'hôpital et son accessibilité pour les soins de première ligne et l'accès des patients à leurs données. La mise en œuvre de cette feuille de route est malheureusement très lente, ce qui n'est pas de nature à créer un climat de collaboration entre prestataires de soins, de façon générale et en particulier lors du suivi prénatal. La feuille de route eHealth 4.0 sera bientôt lancée.

- **Définition des rôles et des responsabilités**

La nécessité d'une définition claire des rôles et des responsabilités de chaque intervenant des soins prénatals a été suffisamment soulignée. La loi organisant les professions de santé définit les soins que les sages-femmes sont autorisées à effectuer durant le suivi prénatal, mais elle ne définit pas le rôle des médecins (gynécologues ou généralistes). L'identification des facteurs de risque de la femme enceinte et de son enfant est mentionnée

comme faisant partie des activités autonomes des sages-femmes, mais la loi ne décrit pas les modalités de cette identification, ni les mesures de référencement qui doivent suivre l'identification d'un risque. Ceci peut être considéré comme logique étant donné qu'il s'agit d'un domaine qui évolue rapidement, et qu'une loi risquerait de les définir de façon trop rigide. Néanmoins, ces questions devraient être abordées et régulièrement remises à jour dans les guides de pratique clinique nationaux, régionaux ou professionnels. De plus, de tels documents tenus à jour peuvent contribuer à une harmonisation des avis d'experts en cas de litige médico-légal.^k

- **Formation**

Une bonne collaboration interprofessionnelle nécessite que les participants soient préparés aux pratiques collaboratives, c'est-à-dire qu'ils aient appris à travailler en équipe interprofessionnelle et qu'ils détiennent les compétences que l'on attend d'eux. Ce que l'on appelle « formation interprofessionnelle » repose sur le principe que les apprenants apprennent les uns des autres afin de mieux se connaître et de parvenir à collaborer efficacement. Ce type de formation peut être organisé pendant la formation de base ou la formation continue.

Dans le contexte de la collaboration entre gynécologues et sages-femmes lors du suivi prénatal, la formation interprofessionnelle devrait permettre de lutter contre l'effet de silo signalé à la fois dans la littérature et dans notre enquête comme un obstacle notoire à la collaboration. Elle pourrait également aider à comprendre les limites des pratiques de chacun et à renforcer la confiance, le respect mutuel et la volonté de collaborer.

Enfin, la création d'une culture positive de l'évaluation et d'une plateforme d'échange d'expériences, comme cela est recommandé pour les soins intégrés, est également nécessaire pour l'intégration des soins primaires et secondaires dans le suivi prénatal.

^k Une analyse détaillée des questions de responsabilité lors du suivi prénatal peut être trouvée dans le supplément du rapport 326 du KCE.



■ RECOMMANDATIONS^I

Aux professionnels de la santé impliqués dans le suivi prénatal

1. Construire un réseau multidisciplinaire de professionnels pour pouvoir assurer un référencement adéquat, en définissant les rôles de chaque partenaire du réseau et les modalités de collaboration, y compris les règles de référencement.
2. Adapter les règles de référencement au contexte local et à l'offre de soins disponible. Ces règles peuvent prendre plusieurs formes, dont celle d'un outil de référencement. Dans ce cas, les résultats de la consultation Delphi réalisée dans le cadre de cette étude peuvent servir de base à son élaboration. Ces règles de référencement doivent faire l'objet d'une mise à jour régulière à la lumière des évolutions scientifiques récentes.
3. Chaque réseau devrait prévoir des moments de concertation multidisciplinaire en fonction des besoins spécifiques de chaque femme enceinte.

Au ministre fédéral en charge de la Santé publique et des Affaires sociales, aux ministres compétents des entités fédérées ainsi qu'à leurs administrations

4. Prévoir un groupe de travail à l'INAMI avec les prestataires de soins prénatals pour étudier et évaluer les conditions d'un système de rémunération qui favorise la collaboration, essentielle à un bon système de référencement. Cette évaluation devrait inclure le financement de concertations multidisciplinaires.
5. Renforcer et accélérer les initiatives actuelles du plan eHealth en vue de la création d'un dossier patient intégré unique, afin de permettre une consultation de données structurées et synthétiques concernant la femme enceinte pour faciliter le partage d'information lors du référencement, et développer une communication sécurisée entre tous les professionnels de la santé faisant partie du réseau encadrant la femme enceinte.

^I Le KCE reste seul responsable des recommandations.

***Aux organisations scientifiques des différentes professions concernées***

6. Lors de la mise à jour des guides de pratique clinique relatifs aux soins prénatals, clarifier les rôles de chaque professionnel pour toutes les interventions recommandées.
7. Organiser une veille de la littérature scientifique afin de porter à la connaissance des professionnels, d'une part, les derniers développements en matière d'identification des risques cliniques et psychosociaux, incluant la précarité, et d'autre part, les évolutions en matière de référencement.

Aux ministres en charge de l'éducation et aux établissements de formation

8. Renforcer la formation de base et la formation continue des professionnels de soins impliqués dans les soins prénatals en les sensibilisant à la pratique interdisciplinaire, par exemple :
 - Au cours de la formation de base, y compris lors des stages cliniques, proposer des moments de formation sur le suivi anténatal dans un contexte professionnel interdisciplinaire ;
 - Dans le cadre de la formation continue et afin de promouvoir la collaboration interdisciplinaire, proposer des formations aux bonnes pratiques de collaboration interprofessionnelle, y compris les bonnes pratiques de référencement.



COLOPHON

Titre :	Le référencement lors du suivi des grossesses à bas risque – Synthèse
Auteurs :	Elena Costa (KCE), Wendy Christiaens (KCE), Renate Zeevaert (KCE), Nadia Benahmed (KCE)
Spécialiste de l'information :	Nicolas Fairon (KCE)
Facilitateur de projet :	Els Van Bruystegem (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Diego Castanaras-Zapatero (KCE), Célia Primus (KCE), Marijke Eyssen (KCE)
Delphi panel membres :	Gynécologues: Sophie Alexander (ULB - Université libre de Bruxelles), Patricia Barlow (CHU Saint-Pierre, Bruxelles), Tom Bovyn (VVOG - Vlaamse vereniging voor obstetrie en gynaecologie, Voorzitter beroepsbelangencommissie), Gilles Ceysens (ONE - Office de la naissance et de l'enfance), Frédéric Chantraine (CHU Liège, Hôpital Citadelle), Luc De Catte (VVOG), Frédéric Debiève (CRGOLFB - Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique, UCLouvain - Université catholique de Louvain), Wilfried Gyselaers (Universiteit Hasselt), Griet Vandenberghe (UZ Gent, B.OSS - Belgian Obstetric Surveillance System), Guy Verhulst (Algemeen Stedelijk Ziekenhuis – ASZ Aalst, VVOG) Sages-femmes : Eva Bruneel (VBOV - Vlaamse beroepsorganisatie van vroedvrouwen), Murielle Conradt (UPSfB - Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges), Alexandra Denys (Werkgroep Vroedvrouwgeleide geboorte, VBOV, BMA - Belgian Midwives Association), Charlotte Gijsens (VBOV), Ana Hernandez (ONE), Sarah Michel (UPSfB), Kelly Schoonbaert (CHU-Brugmann, Erasmushogeschool Brussel), Maity Van Rillaer (Vzw De Bakermat), Sabine Van Vyver (VBOV), Michèle Warnimont (Le Cocon, Hôpital Erasme) Médecins généralistes : Carmen Binst (Domus medica), Ester Blomme, Camille Dubus, Céline Gortz, Madieke Maseman, Olivier Montigny, Davina Paredis (KU Leuven), Muriel Quisquater (SSMG – Société Scientifique de Médecine Générale), Eline Sinnaeve, Alexandra Sousa (Maison Médicale, Saint Leonard)
Experts externes :	Patricia Barlow (CHU Saint-Pierre, Bruxelles), Katrien Beeckman (VBOV, VUB, Vrije Universiteit Brussel, UZ Brussel), Carmen Binst (Domus medica), Tom Bovyn (VVOG), Eva Bruneel (VBOV), Gilles Ceysens (ONE), Frédéric Chantraine (CHU Liège, Hôpital Citadelle), Murielle Conradt (UPSfB), Luc De Catte (VVOG), Frédéric Debiève (CRGOLFB, UCLouvain), Marlies Eggermont (Universiteit Gent, FLOW law advocaten), Charlotte Gijsens (VBOV), Wilfried Gyselaers (Universiteit Hasselt), Ana Hernandez (ONE), Sarah Michel (UPSfB), Muriel Quisquater (SSMG), Kelly Schoonbaert (CHU-Brugmann, Erasmushogeschool Brussel), Sabine Van Vyver (VBOV), Griet Vandenberghe (UZ Gent, B.OSS), Guy Verhulst (ASZ, VVOG), Michèle Warnimont (Le Cocon, Hôpital Erasme)
Stakeholders :	Elisabeth Coppens (VBOV), Mickael Daubie (INAMI – RIZIV - Institut national d'assurance maladie-invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), Katelijne De Koster (VBOV), Toenga De Vos (VVOG), Alexandra Denys (Werkgroep Vroedvrouwgeleide geboorte, VBOV, BMA - Belgian Midwives Association), Liesbeth



Lewi (College Moeder kind, geneesheer specialist), Anne Niset (AFSFC - Association Francophone des Sages-femmes Catholiques), Christian Norgaard (CRGOLFB, HEAL Clinic, CHIREC), Marlene Reyns (VBOV), Anke Thaens (VVOG), Elke Van Den Bergh (Zwanger in Brussel), Patrick Verliefde (RIZIV – INAMI), Lies Versavel (VBOV), Valerie Wijckmans (VBOV), Vanessa Wittvrouw (UPSfB)

Validateurs externes :

Bahareh Goodarzi (Vrije Universiteit Amsterdam, Rijksuniversiteit Groningen, Pays-Bas), Sophie Thunus (Professor, PhD, UCLouvain), Gian Carlo Di Renzo (Centre for Perinatal and Reproductive Medicine, University of Perugia, Perugia Italie, Wayne State University Medical School, Detroit, USA)

Remerciements :

Marie Decourt, Amélie Delafaille, Sara Derisbourg, Lise Engels, Perrine Van Exaerde, Siham Zaytouni

Intérêts déclarés KCE:

Le KCE est une institution fédérale financée par l'INAMI, par le Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, et par le Service public fédéral Sécurité sociale. La mission du KCE est de conseiller les décideurs politiques sur les décisions relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie sur la base de recherches scientifiques et objectives. Il doit identifier et mettre en lumière les meilleures solutions possibles, dans le cadre d'un système de soins de santé accessible et de qualité, en tenant compte de la demande croissante et des contraintes budgétaires.

Le KCE n'a aucun intérêt dans les entreprises (commerciales ou non commerciales, c'est-à-dire les hôpitaux et les universités), les associations (par exemple les associations professionnelles, les syndicats), les individus ou les organisations (par exemple les groupes de pression) qui pourraient être affectés positivement ou négativement (financièrement ou de toute autre manière) par la mise en œuvre des recommandations. Tous les experts ayant participé à la rédaction du rapport ou au processus d'examen par les pairs ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts. Les informations relatives aux conflits d'intérêts potentiels sont publiées dans le colophon du présent rapport. Tous les membres de l'équipe d'experts du KCE remplissent des déclarations d'intérêts annuelles et de plus amples détails à ce sujet sont disponibles sur demande.

Intérêts déclarés externes :

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

Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Katrien Beeckman (VBOV), Elisabeth Coppens (membre du conseil d'administration de la VBOV), Katelijne De Koster (VBOV), Toenga De Vos (VVOG), Marlies Eggermont (Conseillère juridique de la VBOV), Liesbeth Lewi (président du groupe de travail obstétrique VVOG), Anne Niset (Association des sages-femmes), Valerie Wijckmans (VBOV), Vanessa Wittvrouw (UPSfB)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Liesbeth Lewi (En tant que membre du personnel d'obstétrique, je suis chercheur



principal et co-investigateur de plusieurs études jumelles, mais celles-ci ne font pas l'objet de la directive actuelle - je reçois une bourse du FWO mandat postdoctorale clinique)

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Gian Carlo Di Renzo (Honoraires occasionnels pour la participation à des congrès internationaux), Toenga De Vos (Via VVOG), Liesbeth Lewi (En tant que membre du personnel sage-femme, je suis sollicitée comme conférencière pour de multiples complications et mes frais de déplacement sont remboursés par l'organisation mais cela n'entre pas en conflit avec les directives en vigueur)

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Toenga De Vos (Trésorière VVOG), Liesbeth Lewi (Voir ci-dessus - président du groupe de travail obstétrique du VVOG), Anke Thaens (Secrétaire VVOG), Valerie Wijckmans (Vice-président VBOV), Vanessa Wittvrouw (Présidente de UPSfB)

Layout :

Ine Verhulst

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 l'unanimité 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 :

23 janvier 2023 (2nd print ; 1st print : 20 janvier 2023)

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Prenatal Care, Referral and Consultation, Interprofessional Relations, Risk Assessment, Midwifery, Referral and Consultation, Interprofessional Relations

Classification NLM :

WQ100

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)



Dépot légal : D/2022/10.273/69

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 ?

Costa E, Christiaens W, Zeevaert R, Benahmed N. Le référencement lors du suivi des grossesses à bas risque – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2023. KCE Reports 363Bs. D/2022/10.273/69.

<https://doi.org/10.57598/R363BS>

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