

# & SANTÉ SOCIÉTÉ

Recherches et analyses du Service d'études  
de la Mutualité chrétienne

**04** Changement climatique et engagement

**30** Accessibilité du trajet de soins autour d'un accouchement

**58** Tendances en matière de recours aux médicaments  
chez les moins de 18 ans

12

**Politiser  
la santé**

janvier 2025

# Politiser la santé

## Edito



On considère généralement que la politique est une notion qui concerne les élus, leurs débats au Parlement ou à la télévision, et qui porte globalement sur la manière dont les pouvoirs publics agissent. On parle alors de « telle mesure politique en matière d'enseignement », des « programmes politiques des partis », ou encore des « petits jeux politiques ». Il est d'ailleurs aussi courant de vouloir « dépolitiser » ; ce serait signe de vertu. « Dépolitiser les nominations », ou encore « dépolitiser l'administration ». Cette idée est très liée à la partitocratie et ses vicissitudes.

Et pourtant, une autre conception de la politique existe. Celle-ci considère plus originellement que la politique est ce qui a trait au pouvoir et son expression. S'intéresser à la politique consisterait alors à s'intéresser à la manière dont nos conduites quotidiennes sont encadrées, structurées et façonnées. Dans cette compréhension que détaille le philosophe Michel Foucault notamment, la politique recouvre plus que des aspects communs liés aux partis par exemple, et porte à la fois sur la manière dont les gouvernements structurent le champ d'action des citoyen·nes, mais aussi la manière dont les citoyen·nes s'inscrivent dans des relations de pouvoirs les uns avec les autres au quotidien. Plutôt que de s'attacher à l'idée institutionnelle ou partitocratique de la politique, on verra alors « de la politique » là où une forme de pouvoir s'exerce et s'exprime. S'intéresser à

cette conception semble opportun au moment d'entamer la lecture des articles du présent numéro de *Santé et Société*. Elle permet d'apprécier la façon dont ces textes contribuent à repolitiser le domaine des soins de santé ; c'est-à-dire à considérer les relations de pouvoirs qui s'y jouent, les inégalités qui s'y expriment, ou encore les ressorts des modes d'action qui s'y profilent.

Les ressorts des modes d'action sont précisément au cœur de l'article *Changement climatique et engagement* de ce numéro. Dans celui-ci, nous proposons un éclairage neuf sur le triptyque « connaissance – préoccupation – action » quand il s'agit des conséquences du dérèglement climatique. Nos analyses, fondées sur les réponses données à un questionnaire diffusé à grande échelle, mettent en évidence qu'il ne suffit sans doute pas d'informer les citoyen·nes sur la portée des dérèglements climatiques pour initier des comportements vertueux en la matière ; tout comme il ne suffit sans doute pas de pointer des comportements néfastes pour la santé pour que mécaniquement la société les abandonne. Mais un des résultats les plus frappants de notre étude est que si les personnes plus vulnérables d'un point de vue économique ou de santé semblent être moins informées sur le dérèglement climatique, leur niveau d'inquiétude serait plus élevé que chez les personnes plus aisées. Cette observation devrait susciter des implications importantes sur la manière d'élaborer la politique en matière de changement climatique et des questions importantes au moment d'identifier les leviers de changements profonds qui seraient collectivement portés et assumés. Nous en concluons notamment que si les conséquences du dérèglement climatique touchent aussi à des questions de santé, les mutualités ont probablement un rôle de premier plan à prendre : faire circuler l'information, mettre en débat, vulgariser, lier, collectiviser l'action... Bref, entrer dans ce champ politique !

Plus encore, si on considère comme politiques l'ensemble des dispositifs (réglementaires, technologiques, voire même architecturaux) qui structurent nos conduites, l'objet de l'étude *L'accessibilité du trajet de soins autour d'un accouchement apparaît* alors – lui aussi – éminemment politique. Il s'agit d'une étude quantitative réalisée via un questionnaire auquel plus de 2.900 mères ont répondu, combinés aux données de facturation à disposition de la MC. Nous y détaillons les différences de parcours pré et postnataux vécus par les femmes en fonction des cadres qui leur sont imposés – notamment en fonction de leur niveau socio-économique. Si notre système de sécurité sociale est indéniablement performant, force est de constater que les règles qui le structure et sa mise en œuvre dans une société inégalitaire conduira par exemple une femme bénéficiant de l'intervention majorée à vivre son accouchement bien différemment d'une autre, plus confortable financièrement. Séjours raccourcis, soins postnataux plus sommaires ; charge financière relative plus importante. La politique au sens foucauldien du terme s'exprime et s'analyse donc jusque dans la chambre des maternités.

Enfin, dans ce numéro, nous contribuons également à une étape préliminaire de toute entrée en politique : la documentation. En effet, pour comprendre les ressorts de nos consommations de médicaments et leur inscription dans un cadre réglementaire et sociétal, il faut avant toute chose suivre, décrire et documenter l'évolution de ces consommations dans le temps. S'inscrivant donc dans cette logique, l'article *Tendances en matière de recours aux médicaments chez les moins de 18 ans*, dont l'analyse est basée sur les données de facturation de la MC de 2013 à 2023, propose des réponses aux trois questions suivantes : (1) quelle est l'évolution de la consom-

mation des médicaments auprès des moins de 18 ans, (2) quels médicaments sont les plus consommés, en fonction de l'âge, et (3) ceux-ci sont-ils enregistrés comme adaptés à l'utilisation par des enfants ? Deux résultats retiennent notre attention plus particulièrement. D'une part, l'augmentation observée de la consommation de médicaments en réponse à des troubles mentaux est préoccupante et de plus amples investigations seront nécessaires à l'avenir pour détailler cette hausse et en comprendre les ressorts. D'autre part, la baisse du recours à la pilule contraceptive chez les jeunes est interpellante. Il sera important de clarifier cette observation dans le cadre plus général des modes de contraception utilisés par les jeunes, de leurs pratiques et de leur santé sexuelle. Et plus généralement, fort de ces constats chiffrés, il sera utile à l'avenir de resituer ces résultats dans le champ collectif - et donc politique - de la santé. Les données de cet article invitent à de plus amples travaux pour ce faire.

Le mot « politique » a mauvaise presse. Il faudrait – selon certain-es – tout dépolitiser. C'est d'ailleurs un mouvement communément observé alors qu'un vocabulaire managérial soi-disant neutre prolifère dans de nombreuses sphères de la société. Et pourtant, se contraindre à lire les problématiques – même celles qui apparaissent comme étant les plus techniques – à travers le prisme de la politique permet de les éclairer sous un angle différent, mettant en lumière les principes qui s'y expriment, les relations de pouvoir qui s'y jouent et les inégalités qu'elles révèlent. Cela ne peut que nous inviter à poursuivre une analyse politisée de la santé !

Nicolas Rossignol  
Responsable du Service d'Études MC-CM

# Changement climatique et engagement

**Enquête sur les relations entre la connaissance, les comportements et les préoccupations relatives au changement climatique parmi les membres de la MC, et l'impact sur l'action et l'engagement à l'égard du climat**

**Ann Morissens, Stijn Vos, Mattias Van Hulle** — Service d'études MC-CM

En remerciant Hervé Avalosse et Hélène Henry

## Résumé

Le changement climatique constitue un défi pour notre planète et ses habitant-es, mais aussi pour les acteurs et actrices politiques. Des politiques fortes sont nécessaires pour que les conséquences restent maîtrisables. Cela nécessite le soutien de l'ensemble de la population, ainsi que la volonté d'agir.

Dans cette étude, nous avons examiné les connaissances, les comportements et les préoccupations des répondant-es à l'égard du changement climatique et de ses conséquences potentielles. Pour cela, nous avons mené une enquête en ligne au début de l'année 2024 auprès des membres de la Mutualité chrétienne (MC). Il en ressort qu'une meilleure connaissance du changement climatique est associée à de plus grandes inquiétudes, indépendamment de différences démographiques et socio-économiques entre les personnes.

En tant que mutualité santé, nous avons également étudié le rôle que joue la santé dans la perception des conséquences du changement climatique. Les effets négatifs sur la santé sont un facteur d'inquiétude important, en particulier chez les personnes souffrant des maladies chroniques.

L'un des résultats les plus frappants de notre étude est qu'en dépit du fait que les personnes confrontées à des problèmes financiers et de santé semblent être moins informées sur le changement climatique en général, leur niveau d'inquiétude est plus élevé que celui des personnes aisées. Cette découverte est relativement nouvelle et a des implications importantes sur la manière d'élaborer la politique en matière de changement climatique.

Mots-clés : Changement climatique, environnement de vie, préoccupation, enquête, étude quantitative

## Introduction

Le changement climatique est loin d'être une nouvelle encore méconnue. Depuis plusieurs années, les climatologues publient des rapports pour inciter à prendre des mesures urgentes. Dans un premier temps, ils ont fixé un objectif concret de limitation du réchauffement climatique à 1,5°C, repris dans l'Accord de Paris sur le climat en 2015 (GIEC, 2018). Entre-temps, il est apparu clairement que cet objectif n'était plus envisageable. Ainsi, des rapports alarmants nous parviennent sur le fait que le réchauffement en Europe se développe beaucoup plus rapidement que prévu. Après des températures records en 2023, des records de chaleur ont été battus à nouveau en 2024. Les températures des océans augmentent également (Copernicus Climate Change Services, 2024). Alors que des records de chaleur sont battus dans de nombreuses régions du monde, notre pays a été confronté en 2024 à des conditions météorologiques extrêmes et très variables, et à des précipitations particulièrement élevées, qui sont également des conséquences du changement climatique.

En conséquence, les rapports sur le climat du GIEC et d'autres organismes mettent en garde avec de plus en plus d'insistance contre les conséquences naturelles, matérielles, économiques et financières du changement climatique. Les effets sur la santé ont également fait l'objet d'une attention accrue ces dernières années (Rocque et al., 2021 ; Romanello et al., 2022). Ces conséquences deviennent également de plus en plus concrètes. Un exemple récent au niveau national concerne le débordement de la Vesdre en 2021. Avec 39 morts à déplorer, les conséquences ont été désastreuses et les répercussions ont également été très importantes. On estime que les dégâts matériels ont coûté plus de 2,5 milliards d'euros, sans oublier le fait que les personnes qui survivent à une inondation sont plus exposées aux maladies infectieuses et aux infections gastro-intestinales (Mulder, et al., 2019). L'inondation de 2021 est un exemple spécifique et perturbateur, mais ce n'est malheureusement qu'une des nombreuses façons, dont le changement climatique peut se manifester concrètement dans notre pays.

On estime que rien qu'en Belgique, on assistera à une augmentation générale du nombre de maladies infectieuses, d'allergies et de maladies dues à la chaleur, conséquence directe du changement climatique (Van de Vel, et al., 2021). À l'échelle internationale, cette liste est aggravée par une augmentation attendue des taux de mortalité et des maladies respiratoires, cardiovasculaires et neurologiques (Rocque, et al., 2021). D'après ces projections, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) décrit le changement climatique comme

« le plus grand défi pour la santé humaine au XXI<sup>e</sup> siècle » (OMS, 2018). En 2021, le *Lancet* a publié une lettre ouverte rédigée par les responsables de plusieurs revues de santé de premier plan parlant d'une « alerte rouge pour l'avenir de notre santé » et appelant les dirigeant-es politiques à prendre le plus rapidement possible des mesures décisives pour arrêter le changement climatique (Romanello & et al, 2022).

Ces mesures semblent jusqu'à présent se concentrer principalement sur la sensibilisation et l'information du public. En effet, ces dernières années, les gouvernements de notre pays ont travaillé avec des instituts scientifiques, des organisations de la société civile et des acteur-riche privé-es et ensemble, ils ont lancé des sites web (Climat.be), des campagnes de sensibilisation ('*Dikke truiendag*' – journée du gros pull), des campagnes d'actions ('*Klimaatwijken*' – quartiers durables), ont créé des expositions (*SOS-Planet*), des brochures et du matériel éducatif ('*Het Klimaat, dat zijn wij*' – Le climat, c'est nous). Il s'agit d'une approche politique qui s'inscrit dans ce que les spécialistes de la communication appellent le « modèle du déficit d'information », dans lequel les citoyen-nes sont implicitement considérés comme des « consommateurs et consommatrices d'information » passifs, censés être en mesure de prendre de meilleures décisions à mesure qu'ils et elles sont mieux et davantage informé-es (Irwin, 2014). Plus précisément, on suppose que la sensibilisation finirait par entraîner un changement de comportement qui, à son tour, se traduirait par une amélioration systématique du problème.

Aujourd'hui, nous pouvons cependant constater que cela ne marche pas. D'une part, le thème du changement climatique est bien connu. Une étude sur le climat réalisée par la Banque européenne d'investissement (BEI) a révélé que 82% des personnes interrogées considèrent le changement climatique et ses conséquences comme le plus grand défi de l'humanité au XXI<sup>e</sup> siècle (Parijs & Smit, 2021). Dans le même temps, des changements profonds et des bouleversements à grande échelle n'ont pas toujours eu lieu. Selon le philosophe et sociologue des sciences Bruno Latour, « si l'on résume la situation actuelle, on peut dire que tout le monde a maintenant compris qu'il fallait une action décisive pour contrer la catastrophe, mais que manquent les relais, la motivation, la direction qui permettraient d'agir » (Latour & Schultz, 2022, p.19).

Ce constat est l'un des sujets brûlants aujourd'hui dans le contexte du changement climatique : comment la *connaissance* s'articule-t-elle avec l'engagement et l'*action* (De Meyer, Coren, McCaffrey, & Slean, 2021) ? Un évènement de grande envergure a été organisé à la Bibliothèque Sol-

vay à Bruxelles fin septembre 2024. Des journalistes, des expert-es en communication, des climatologues et d'autres chercheurs et chercheuses se sont réunis pour réfléchir sur la question de savoir si la communication concernant le changement climatique est confrontée à un « problème de mauvaises nouvelles ». Ils-elles en ont conclu qu'une plus grande attention devrait être accordée à la manière dont la sensibilisation peut être liée à des modèles d'action plus durables (Vattenfall, 2024). Dans la littérature scientifique, la communication et le transfert de connaissances sur le changement climatique ont également fait l'objet d'une attention accrue au cours des dernières années (Guenther, Jörges, Mahl, & Brüggeman, 2024). Cependant, la question de savoir comment cette connaissance sur le sujet du climat est liée aux opinions, aux comportements et à l'engagement n'a pas encore de réponse univoque.

C'est pourquoi il convient tout d'abord de mieux comprendre les liens complexes qui existent entre les connaissances, les comportements et les préoccupations. Nous souhaitons également examiner de plus près, dans le cadre de cette étude, la manière dont tous ces facteurs sont liés à l'engagement personnel et au passage (ainsi que la volonté de passer) à l'action. La recherche psychologique a déjà largement mis en lumière ces thèmes indépendamment l'un de l'autre. Mais la recherche sur la relation entre tous ces facteurs dans un contexte spécifique de changement climatique semble encore largement inexplorée. Ainsi Zwickle et Jones (2018) écrivent que l'essentiel de la recherche sur le climat ou la durabilité répertorie principalement les comportements observables, mais ne sonde que rarement les « forces latentes » associées aux décisions et aux comportements. Selon les auteurs, cela est dû au fait que les actions directement observables sont plus faciles à mesurer que des aspects tels que les connaissances, les comportements et les préoccupations.

## 1. De la connaissance à l'engagement : plus complexe qu'il n'y paraît

### 1.1. Connaissances, comportements et préoccupations

Le premier objectif de cette étude est de sonder **les connaissances et les comportements des personnes** à l'égard du changement climatique et de ses impacts. Ensuite, nous

voulons examiner comment ces variables **sont liées aux préoccupations** concernant le changement climatique.

Les connaissances et les comportements ont déjà été largement répertoriés dans des recherches antérieures. Des études internationales indiquent une tendance à la baisse du nombre de personnes qui nient absolument le changement climatique (Milfont, Zubielevitch, & Milojev, 2021). Il y a toutefois toujours un groupe important de personnes selon qui l'activité humaine n'en constitue pas la cause, et les effets des changements climatiques ne seront pas néfastes (Leiserowitz, et al., 2023; Sorvali, Kaseva, & Peltonen-Sainio, 2021). Il semble cependant qu'il s'agisse d'une forte minorité en Belgique. À la demande du Service public fédéral Santé publique et Environnement, un dernier ensemble de trois études a été publié en 2013 pour répertorier les connaissances et les émotions de la population de la Belgique à l'égard du changement climatique. Selon cette enquête, 80% des personnes interrogées se sont déclarées préoccupées par le changement climatique. Seuls 12% considèrent qu'il s'agit d'un processus purement naturel, et 7% affirment qu'il n'y a pas de changement climatique du tout (Dienst Klimaatverandering, 2013).

À la suite de ces observations, notre étude a cherché à répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les opinions et les comportements des personnes interrogées à l'égard du changement climatique ?
- Dans quelle mesure les personnes interrogées sont-elles au courant des différentes conséquences possibles du changement climatique (connaissance) ?

En ce qui concerne les opinions, le contexte social y joue évidemment un rôle important. Par exemple, la prise de conscience ou la surestimation du nombre de climatosceptiques peut amener même les individus convaincus du changement climatique à choisir de ne pas aborder le sujet dans les conversations (Geiger et Swim, 2016). Ce phénomène est également connu sous le nom d'effet d'« auto-restreinte » (*self-silencing*) (Geiger et Swim, 2016). Or, de nombreuses publications montrent que les conversations et la communication sur le changement climatique peuvent contribuer à la connaissance, à la confiance et à la capacité d'action d'un individu (*agency*) (Beery et al., 2021 ; Ettinger, McGivern, et al., 2023 ; Kelly et al., 2020). Cela permet de faire le lien entre les expériences locales des personnes et des communautés et les connaissances scientifiques, ce qui favorise une meilleure compréhension du sujet. En effet, les connaissances sur le changement climatique aug-

mentent la volonté et la capacité individuelle à s'engager confortablement dans des discussions sur le changement climatique (Geiger et al. 2017 ; Beery et al. 2021).

Des recherches antérieures ont également montré que la connaissance tend à être positivement associée à la perception du risque et à l'inquiétude (Milfont, 2012). Sur cette base, nous nous attendons à ce que plus les connaissances sur le changement climatique et ses impacts potentiels sont élevées, plus l'inquiétude soit grande. En effet, des recherches antérieures ont déjà montré que les personnes sont plus préoccupées par le changement climatique lorsqu'elles pensent que les activités humaines en sont la cause première (Lee et al., 2015 ; Shi et al., 2016). Elles sont également plus réceptives aux informations et aux recommandations lorsqu'elles sont convaincues que les impacts du changement climatique seront graves (Mayer et Smith, 2019).

C'est pourquoi nous voulons poser la question suivante :

- Quels sont les liens entre les (différents types de) connaissances sur le changement climatique, d'une part, et les comportements et préoccupations à l'égard du climat, d'autre part ?

## 1.2. La relation avec l'engagement

**Deuxièmement**, nous voulons examiner de quelle manière **les facteurs mentionnés plus tôt** (connaissances, comportements, préoccupations) sont liés à **l'engagement** personnel et au fait de (à la volonté de) passer à l'action.

On pourrait s'attendre à ce qu'une meilleure connaissance du changement climatique conduise à une plus grande prise de conscience des risques, et donc à une plus grande volonté d'agir de la part du grand public. On entend par là un lien personnel avec le thème du changement climatique qui comprend des aspects cognitifs, affectifs et comportementaux (Kumpu, 2022). Des recherches antérieures confirment le lien entre la connaissance, la conscience du risque et la volonté d'agir (Van Valkengoed, Perlaviciute & Steg, 2024). L'explication semble évidente : ceux et celles qui ne croient pas au changement climatique sont plus susceptibles de ne pas adopter de comportements respectueux du climat et *vice versa*. En d'autres termes, les attitudes à l'égard de la thèse de l'existence du changement climatique devraient, en théorie, être liées au comportement d'une personne.

Nous constatons cependant que, dans la pratique, la situation est souvent plus complexe que cela. D'un point de vue

psychologique, il y a plusieurs explications à cela. Il n'est pas rare que la communication sur le changement climatique adopte un ton résolument pessimiste. On estime que 98% des messages médiatiques sur le sujet seraient de nature manifestement négative (De Meyer, Coren, McCaffrey, & Slean, 2021). Le changement climatique peut donc alimenter des sentiments de peur et même de culpabilité. Or, si une certaine dose de peur et de culpabilité peut déboucher sur une action positive à l'égard du problème, cela peut aussi conduire les personnes à se fermer aux problèmes pour se protéger émotionnellement. Dans ce cas, le changement de comportement devient peu probable (Clayton, 2024).

Pepermans et Maesele (2017) ont dégagé des recherches antérieures quelques obstacles supplémentaires susceptibles d'entraver le passage de la connaissance à l'engagement. Premièrement, ils décrivent la distance spatiale et temporelle par rapport aux impacts perçus du changement climatique. Selon une enquête réalisée en 2013 par le Service Changement Climatique, une majorité des personnes vivant en Belgique ne s'attend pas à ce que le changement climatique ait un impact sur leur vie quotidienne (Dienst Klimaatverandering, 2013). Selon les chercheurs, le manque de connaissances sur les causes, la portée et l'urgence du changement climatique est le deuxième obstacle. Ils se réfèrent à l'étude de 2013 susmentionnée qui montre, entre autres, que seule une minorité de la population reconnaît que la consommation de viande contribue au changement climatique.

Un troisième obstacle, identifié par Pepermans et Maesele (2017), est celui de « l'identité et de la vision du monde ». Ils entendent par là une association entre les opinions idéologiques et les perceptions du climat. Ainsi les personnes ayant une vision du monde plus ouvertement conservatrice, individualiste et autoritaire seraient moins susceptibles de penser qu'il s'agit du changement climatique anthropique, c'est-à-dire directement ou indirectement causé ou influencé par l'activité humaine. Ces personnes prendraient également le changement climatique moins au sérieux et seraient donc moins enclines à agir.

Le quatrième obstacle consiste dans le sentiment d'impuissance. Celui-ci peut prendre deux formes : le sentiment de ne pas pouvoir influencer les politiques et les organisations pour qu'elles prennent des mesures (collectives), ou le sentiment que les politiques et les organisations sont incompetents pour prendre des mesures décisives. Enfin, les chercheurs affirment également que les structures sociales et la routine jouent un rôle. Ils font ainsi référence à l'hypothèse selon laquelle les personnes dont la réalité quotidienne les rend moins aptes à adopter des compor-

tements ou des actions durables « ignoreront » facilement les informations sur le changement climatique.

Différencier et conceptualiser des obstacles spécifiques (comme l'ont fait Pepermans et Maesele) dépasse le cadre de notre étude actuelle. Mais en nous inspirant de ces recherches, nous voulons examiner comment les différentes formes de connaissances, de comportements et de préoccupations sont statistiquement liées ou non à l'engagement et à la volonté d'agir. De cette manière, nous pouvons faire un pas en avant pour mieux comprendre la relation complexe entre ces différentes variables. C'est pourquoi nous rechercherons spécifiquement :

- Dans quelle mesure les (différentes formes de) connaissances, comportements et préoccupations contribuent-ils à l'engagement personnel en faveur d'un comportement respectueux du climat ?

### 1.3. Groupes confrontés à des problèmes de santé et difficultés socio-économiques

Nous aimerions également réfléchir au cinquième et dernier obstacle formulé par Pepermans et Maesele (2017) qui consiste dans le manque d'engagement à l'égard des questions qui concernent le dérèglement climatique chez certains groupes de population.

D'une manière générale, la littérature ne s'est pas encore penchée sur les différences entre les groupes en ce qui concerne la connaissance et l'engagement par rapport au climat. Dans le peu de recherches existantes, les auteurs ont souligné l'importance d'accorder plus d'attention à cette question. Par exemple, Kirby et Zwickle (2021) écrivent que les étudiants et les étudiantes universitaires font état d'un plus grand nombre de comportements durables, de croyances plus fortes et de niveaux de connaissances plus élevés par rapport à un échantillon de la population générale. Ils en concluent que les variables (socio)démographiques sont importantes et utiles à inclure dans les études sur la connaissance au sujet des problèmes climatiques et l'engagement.

Dans cette étude, nous souhaitons mettre l'accent sur deux groupes particulièrement vulnérables au changement climatique : **les personnes ayant des problèmes de santé** et **les personnes rencontrant des difficultés financières**. Le groupe ayant des problèmes de santé est plus vulnérable face aux risques sanitaires accrus posés par le changement climatique, tel qu'un risque plus élevé de maladies in-

fectieuses, d'allergies et de maladies liées à la chaleur (Van de Vel et al., 2021). Le second groupe est quant à lui plus vulnérable, car ses conditions de vie l'empêchent de faire des questions climatiques une priorité, alors qu'il risque davantage de subir l'impact des conséquences négatives dues au changement climatique. Par exemple, ce groupe est plus susceptible de vivre dans des habitations plus sensibles aux effets du changement climatique. Par exemple, une mauvaise isolation peut augmenter les coûts énergétiques en hiver, tandis qu'en cas de chaleur prolongée en été, la maison ne se refroidit pas à temps. Les risques sont donc à la fois sanitaires et financiers, une combinaison malheureusement courante dans la réalité.

Il nous semble d'autant plus important de nous concentrer sur ces deux groupes dans le cadre de cette étude qu'ils sont souvent sous-représentés dans la recherche. En outre, les questions telles que le changement climatique, l'environnement et la biodiversité sont souvent considérées comme des sujets qui concernent principalement les personnes plus aisées. Les arguments les plus courants sont que les personnes ayant des ressources financières limitées ou des problèmes de santé se préoccupent principalement de leur survie, n'ont pas le temps ou l'énergie de prêter attention au climat, ou s'en préoccupent, mais pas suffisamment. C'est un argument dont nous entendons les échos dans l'obstacle formulé par Pepermans et Maesele (2017). Cet argument pourrait néanmoins être fondé sur un préjugé. C'est ce qu'indique le rapport biennal du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale : « On entend souvent dire que les personnes en situation de pauvreté ne se préoccupent pas de durabilité, qu'elles essaient toutes de survivre et que cela en reste là. C'est absolument faux ! Nous devons revendiquer notre place dans ce débat et y apporter notre contribution. Nous savons en effet à quoi conduit le modèle de croissance actuel, car nous en subissons les conséquences et nous en souffrons » (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2019, p.1, notre traduction).

C'est pourquoi, en troisième temps, nous voulons examiner la relation entre **les connaissances, les comportements et les préoccupations des personnes ayant des problèmes de santé et des personnes rencontrant des difficultés financières**, et examiner de quelle manière ces variables sont liées à **l'engagement**. Plus précisément, nous essaierons de vérifier statistiquement :

- Existe-t-il des différences entre les personnes financièrement vulnérables et celles qui ne le sont pas, ainsi qu'entre les personnes ayant un problème de santé et celles qui n'en ont pas ?

Dans la section suivante, nous expliquerons notre méthode en détail. Nous décrivons en détail les aspects (socio)démographiques que nous avons examinés et la manière dont nous avons opérationnalisé les variables « connaissances », « comportements », « préoccupation » et « engagement ». Ensuite suivront un examen détaillé des principaux résultats et une discussion dans laquelle nous synthétisons les résultats et les mettons en relation avec la littérature discutée ci-dessus. L'article se termine par une série de recommandations.

L'invitation avec le lien vers l'enquête en ligne a été envoyée le 7 février 2024 à 50.000 membres de la MC âgés de 18 à 85 ans (30.000 néerlandophones et 20.000 francophones), avec un e-mail de rappel au cours de la semaine du 19 février. L'enquête a été clôturée le 5 mars 2024. Les participant-es ont reçu l'explication nécessaire et le contexte de l'étude et ont donné leur consentement éclairé. 910 personnes ont rempli le questionnaire dans son intégralité.

## 2. Méthode

### 2.1. Questionnaire en ligne

Nous avons organisé une **enquête en ligne** auprès d'un échantillon stratifié de membres de la MC. Dans ce questionnaire, nous avons sondé leurs connaissances et leurs préoccupations concernant le changement climatique et ses impacts. Le questionnaire a été conçu sur la base des questions de recherche et des objectifs de notre étude.

### 2.2. Analyse de régression multivariée

#### 2.2.1. Opérationnalisation des variables dépendantes

Afin d'identifier les facteurs qui contribuent à la connaissance ou à l'inquiétude d'une personne, nous avons effectué plusieurs analyses statistiques. Pour ce faire, nous avons utilisé plusieurs modèles de régression pour lesquels nous avons créé plusieurs variables dépendantes (scores) basées sur les réponses à un certain nombre de questions concernant les préoccupations, les connaissances, les comportements et l'engagement personnel (voir Tableau 1).

Tableau 1 : Composition des différents éléments d'analyse (Source : MC)

Éléments d'analyse	Questionnaire
<b>Préoccupations</b>	
<b>Préoccupation relative aux conséquences du changement climatique</b> <i>score sur les différents items de la colonne de droite sur une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout préoccupé(e)) à 5 (extrêmement préoccupé(e))</i>	Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé(e) par les effets possibles du changement climatique <ul style="list-style-type: none"> <li>• En général ?</li> <li>• Pour vous-mêmes ?</li> <li>• Les implications financières possibles pour vous-même et/ou votre famille ?</li> </ul>
<b>Préoccupations concernant l'environnement de vie</b> <i>score sur les différents items de la colonne de droite sur une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout préoccupé(e)) à 5 (extrêmement préoccupé(e))</i>	Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé(e) par <ul style="list-style-type: none"> <li>• La pollution de l'environnement (par exemple, le déversement de substances dangereuses dans les rivières, PFOS) ?</li> <li>• La pollution de l'air ?</li> <li>• L'utilisation de pesticides (par exemple, des substances utilisées pour tuer les mauvaises herbes ou les insectes) ?</li> <li>• La biodiversité (les différentes espèces présentes sur Terre) ?</li> </ul>
<b>Préoccupation pour la santé en raison du changement climatique</b> <i>score sur les différents items de la colonne de droite sur une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout préoccupé(e)) à 5 (extrêmement préoccupé(e))</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation des risques sanitaires pour la population belge à l'avenir en raison du changement climatique.</li> <li>• L'augmentation du nombre de jours de chaleur liée aux canicules risque d'entraîner un plus grand nombre de décès.</li> <li>• L'arrivée d'espèces de moustiques susceptibles de propager des maladies telles que la dengue en raison du changement climatique.</li> <li>• Impact sur la santé des générations futures (enfants et jeunes).</li> </ul>

Éléments d'analyse	Questionnaire
<b>Comportements</b>	
<b>Attitude à l'égard de l'impact climatique</b> <i>score sur les différents items de la colonne de droite sur une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout) à 5 (très fortement)</i>	<p>Dans quelle mesure pensez-vous que le changement climatique aura un impact sur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous-même et votre famille proche ?</li> <li>• Les générations futures (enfants et jeunes) ?</li> <li>• Les habitants de la Belgique ?</li> <li>• Les habitants des Pays du sud ?</li> </ul>
<b>Attitude à l'égard de l'impact des mesures climatiques</b> <i>score sur l'ensemble des items de la colonne de droite sur une échelle de Likert allant de 1 (très négatif) à 5 (très positif)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les mesures visant à réduire les émissions de gaz à effet de serre (et donc à lutter contre le réchauffement climatique) pourraient avoir un impact sur l'économie (par exemple, moins de croissance, moins de création d'emplois dans le secteur automobile, mais en contrepartie de nouveaux emplois dans le secteur des énergies renouvelables, etc.).</li> <li>• Les mesures prises pour lutter contre le changement climatique (atténuation) ou pour s'adapter à ses conséquences (adaptation) peuvent avoir des implications financières pour les ménages (par exemple, coûts d'isolation, factures d'énergie moins élevées).</li> </ul>
<b>Attitude à l'égard des mesures d'adaptation par rapport aux mesures d'atténuation</b> <i>score sur les différents items de la colonne de droite en utilisant une échelle de Likert de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord)</i>	<p>Les mesures visant à nous adapter aux conséquences du changement climatique (adaptation) sont plus importantes que les mesures visant à réduire les émissions de gaz à effet de serre pour ralentir le changement climatique (atténuation).</p>
<b>Connaissances</b>	
<b>Connaissances sur les effets possibles du changement climatique</b> <i>score sur les différents items de la colonne de droite en utilisant une échelle de Likert de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord)</i>	<p>Le changement climatique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmente les risques d'inondations.</li> <li>• Entraîne de plus longues périodes de sécheresse et, par conséquent, des risques de pénuries d'eau.</li> <li>• Augmente la vitesse de fonte des glaciers.</li> <li>• Augmente le nombre de canicules.</li> <li>• Augmente le risque de conditions météo extrêmes (par exemple plus de tempêtes, plus de fortes précipitations).</li> </ul>
<b>Connaissances sur les effets possibles du changement climatique sur la santé</b> <i>score sur une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout assez informé) à 5 (tout à fait assez informé)</i>	<p>Dans quelle mesure pensez-vous être suffisamment informé-e sur les conséquences/impacts possibles du changement climatique sur votre santé ?</p>

Éléments d'analyse	Questionnaire
<p><b>Connaissances sur les effets possibles du changement climatique sur la santé</b></p> <p><i>score pour les différents éléments de la colonne de droite cochez si vous avez déjà entendu parler de ces conséquences (plusieurs réponses possibles)</i></p>	<p>Avez-vous entendu parler des effets possibles du changement climatique sur la santé et sur le secteur des soins de santé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du nombre de décès liés à la chaleur ?</li> <li>• Plus d'hospitalisations à cause de la chaleur ?</li> <li>• Impact sur le bien-être mental (nous entendons par là l'inquiétude pour les générations futures, l'anxiété climatique personnelle, l'expérience d'un évènement traumatisant (par exemple une inondation ou un feu de forêt)) ?</li> <li>• Augmentation des pathogènes à transmission vectorielle (moustiques, tiques, etc.) ?</li> </ul> <p>Augmentation des agents pathogènes dans l'eau ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du nombre de jours avec des concentrations élevées de pollen ?</li> <li>• Moins bonne qualité de l'air ?</li> <li>• Risque accru de conditions météo extrêmes (tempêtes violentes, inondations, crues) ?</li> <li>• Augmentation de la pression sur les services et le personnel de santé (par exemple pendant les périodes de conditions météo extrêmes, d'inondations ou de canicules) ?</li> <li>• Risque accru de maladies liées à la malnutrition (en raison de la sécheresse) ?</li> </ul>
<b>Engagement personnel</b>	
<p><b>Degré de volonté de prendre soi-même certaines mesures</b></p> <p><i>score sur les différents items de la colonne de droite en utilisant une échelle de Likert de 1 (jamais) à 5 (tout le temps)</i></p>	<p>Vous trouverez ci-dessous un certain nombre de choses que vous pouvez faire vous-même pour le climat. Pour chacune d'entre elles, pouvez-vous indiquer si vous ne les faites jamais (score 1) ou tout le temps (score 5) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser moins la voiture (pour les trajets courts)</li> <li>• Manger moins de viande</li> <li>• Avoir une consommation d'énergie aussi basse que possible en y prêtant activement attention (par exemple en baissant le chauffage d'un degré, en éteignant les appareils lorsqu'ils ne sont pas utilisés, etc.)</li> <li>• Choisir des produits locaux (par produits locaux, nous entendons des produits qui sont fabriqués à proximité et qui n'ont donc pas parcouru de longues distances - par exemple, des haricots de Belgique et non de Tanzanie).</li> </ul>
<p><b>Trois questions sur les activités auxquelles on peut répondre par oui ou par non</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Êtes-vous membre d'une ou plusieurs organisations de protection de la nature ?</li> <li>• Avez-vous dans les cinq dernières années <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participé à une marche pour le climat ?</li> <li>- Signé une pétition liée à une question environnementale ?</li> </ul> </li> </ul>

### 2.2.2. Analyses statistiques

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique SAS 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, North-Carolina, USA). Nous avons utilisé des modèles de régression linéaire multivariés pour examiner les relations entre les différentes composantes « connaissances », « préoccupations », « comportements » et « engagement personnel ». Dans chacun de ces modèles, l'un des éléments a été prédit à l'aide d'un autre élément. Tous les modèles multivariés ont été corrigés pour les covariables suivantes (choisies *a priori*) : l'âge, le sexe, le niveau d'études (diplôme le plus élevé obtenu), la province, la réponse à la question « Dans

quelle mesure votre famille ou vous-même pouvez-vous joindre les deux bouts avec le revenu familial disponible ? » (les réponses possibles s'étalent sur cinq niveaux, de « très facilement » à « très difficilement ») et la réponse à la question « Dans quelle mesure vous sentez-vous anxieux, en général ? » (les réponses en termes de fréquence qui consistent en un éventail de cinq niveaux allant de « jamais » à « très souvent »). Les effets des covariables sur les différents éléments ont également été déterminés à l'aide de modèles de régression linéaire multivariés similaires (l'élément étant chaque fois la variable dépendante). Les conditions du modèle ont été vérifiées par une inspection visuelle des *residual plots*. Un niveau de confiance à 95% a

été utilisé pour interpréter les résultats (en d'autres termes, les effets ayant une valeur p inférieure à 0,05 ont été considérés comme des résultats significatifs).

Un autre test a été effectué sur la relation entre les différents éléments et les actions personnelles liées au climat et à l'environnement de vie, à savoir la probabilité d'être membre d'une association de protection de la nature, d'avoir participé à une marche pour le climat et d'avoir signé une pétition liée au climat ou à des questions environnementales. Un modèle logistique binomial corrigé des mêmes covariables a été utilisé pour calculer ces probabilités.

Pour vérifier si les différentes composantes diffèrent de manière significative entre les membres financièrement vulnérables et les membres non vulnérables, le *test T de Student* a été utilisé. À cette fin, la population étudiée a été divisée en deux groupes en fonction de la réponse à la question « Dans quelle mesure votre famille ou vous-même pouvez-vous joindre les deux bouts avec le revenu familial disponible ? » (vulnérable = « Très difficilement » et « Difficilement », non vulnérable = « Ni facilement ni difficilement », « Facilement » et « Très facilement »). Lorsque la condition d'égalité des variances n'était pas remplie, la méthode *Satterthwaite* a été choisie pour déterminer la valeur p.

Une analyse similaire a été effectuée sur la base de la question « Souffrez-vous d'une ou de plusieurs des affections suivantes ? (Asthme, diabète, hypertension artérielle, problèmes rénaux, problèmes cardiaques, rhume des foins/allergie aux graminées ou au pollen, bronchite chronique, rhumatisme, autre (préciser) ». Les participant-es ayant indiqué une ou plusieurs réponses ont été comparés aux participant-es n'ayant indiqué aucun problème de santé.

### 2.3. Limites de cette étude

Le questionnaire a été envoyé à 50.000 membres de la MC, dont 910 ont répondu à l'intégralité du questionnaire. Ce taux de réponse indique un risque significatif de *non-response bias* (le risque que les répondant-es soient significativement différents des non-répondant-es). Il y a également une légère surreprésentation des personnes âgées de plus de 55 ans et, par conséquent, de personnes qui sont à la retraite. Il y a également une surreprésentation des personnes ayant fait de longues études. Les personnes qui déclarent avoir plus de difficultés financières sont moins représentées, mais sont en même temps clairement présentes dans la population étudiée (n=197 ; 21,9%). En raison de la nature digitale de l'enquête, il convient éga-

lement de noter que les personnes qui ont moins de compétences numériques sont susceptibles d'être sous-représentées dans la population étudiée. Enfin, la conception de l'étude (étude observationnelle transversale) et la relation inhérente entre les mesures de connaissances, de comportements et de préoccupations utilisées, font qu'il n'est pas possible de faire des interprétations causales.

## 3. Résultats

### 3.1. Profil des répondants et répondantes

La population étudiée était composée de 910 répondants et répondantes (voir Tableau 2). En ce qui concerne les

**Tableau 2 : Caractéristiques de la population étudiée (Source : MC)**

<i>Caractéristiques</i>	<b>Moyenne (+- SD) / Nombre (%)</b>
<b>Âge moyen</b>	59.8 (±15,1)
<b>Groupe d'âge</b>	
• 19-25 ans	10 (1,1%)
• 26-35 ans	68 (7,5%)
• 36-45 ans	86 (9,5%)
• 46-55 ans	121 (13,3%)
• 56-65 ans	235 (25,8%)
• 66-75 ans	278 (30,5%)
• 76-85 ans	111 (12,2%)
• 86 ans et plus	1 (0,1%)
<b>Sexe</b>	
• Homme	497 (54,6%)
• femme	412 (45,3%)
• X	1 (0,1%)
<b>Diplôme</b>	
• Enseignement supérieur type court	352 (38,7%)
• Enseignement supérieur type long	258 (28,4%)
• Enseignement primaire	35 (3,8%)
• Enseignement secondaire	265 (29,1%)
<b>Joindre les deux bouts</b>	
• Très difficilement	52 (5,7%)
• Difficilement	145 (15,9%)
• Ni difficilement, ni facilement	365 (40,1%)
• Facilement	262 (28,8%)
• Très facilement	86 (9,5%)

caractéristiques démographiques, on constate que plus d'hommes (54,6%) que de femmes (45,3%) ont participé. Les personnes titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur sont les plus représentées. 38,7% sont titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type court et 28,4% d'un diplôme de l'enseignement supérieur de type long. Seuls 3,8% des participant-es n'ont qu'un diplôme d'enseignement primaire.

43,3% des personnes interrogées vivent avec leur partenaire, 29,3% sont célibataires et 4,9% vivent uniquement avec leurs enfants. En ce qui concerne la situation professionnelle, 33,1% des personnes interrogées travaillent. Compte tenu de l'âge moyen plus élevé (59,8 ans), il n'est pas surprenant que 50,3% des participant-es soient en (pré)pension et que le nombre de répondant-es travaillant soit donc plutôt limité.

En ce qui concerne la situation financière des répondant-es, 5,7% ont déclaré avoir beaucoup de mal à joindre les deux bouts et 15,9% ont déclaré avoir du mal à joindre les deux bouts. Pour 40,1%, il n'était ni difficile ni facile de joindre les deux bouts. En ce qui concerne le lieu de résidence, la plus grande partie des répondant-es (36%) vit dans un village, 30% dans une ville et 16% à la campagne. Les participant-es sont répartis de manière assez homogène entre les provinces.

## 3.2. Statistiques descriptives

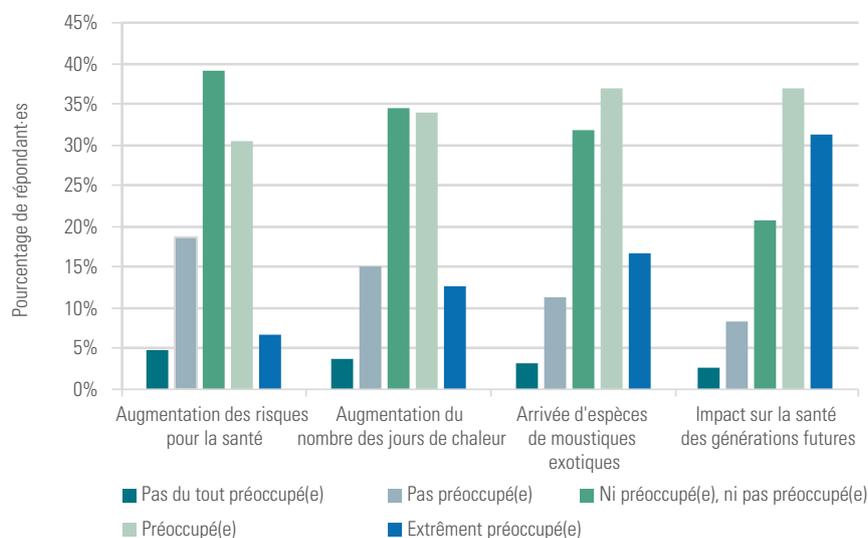
### 3.2.1. Préoccupations concernant les risques sanitaires liés au changement climatique

Les personnes interrogées ont été invitées à indiquer dans quelle mesure elles étaient préoccupées par une liste de risques pour la santé liés au changement climatique. Si l'on additionne les scores « préoccupé(e) » et « extrêmement préoccupé(e) », le top 3 est constitué de l'impact sur la santé des générations futures (68,4%), l'arrivée d'espèces de moustiques exotiques (53,6%), et l'augmentation du nombre de jours de chaleur (46,4%), suivie de l'augmentation des risques pour la santé avec 37,4% en quatrième position (voir Figure 1).

À la question de savoir qui est le mieux placé pour informer le grand public des conséquences potentielles du changement climatique sur la santé, 72,3% pensent que ce sont les scientifiques et les universitaires. En deuxième et troisième position, on trouve le gouvernement avec 49,6% et les médias avec 44,3%. L'enseignement (41,5%) et les médecins généralistes et spécialistes (39,6%) suivent de près. Les mutualités atteignent 36,7%.

Lorsqu'on leur demande dans quelle mesure nos membres considèrent qu'il est important d'inclure la question du changement climatique et de la santé dans les activi-

Figure 1 : Répartition des réponses concernant les préoccupations des personnes interrogées sur les risques sanitaires liés au changement climatique (Source : MC)



tés des mutualités, 48,5% des personnes interrogées répondent qu'elles considèrent que c'est important. 17,5% des personnes interrogées pensent que c'est très important. Seuls 11,1% pensent qu'il n'est pas (du tout) important que les mutualités incluent ce sujet.

### 3.2.2. Préoccupation relative aux thèmes sociaux

Les personnes interrogées se sont vu présenter une liste de différents problèmes sociaux pour lesquels elles pouvaient indiquer dans quelle mesure ces problèmes constituaient pour elles une source de préoccupations (voir Figure 2). Si l'on additionne les scores « préoccupé(e) » et « extrêmement préoccupé(e) », on constate que les principales préoccupations concernent la biodiversité (66,9%), la pollution atmosphérique (65,4%) et les perturbateurs endocriniens (59,3%). Le changement climatique arrive en quatrième position avec 53,7%, suivi par les préoccupations concernant les pesticides avec 50,4%. En résumé, les thèmes environnementaux et le changement climatique obtiennent tous deux un score élevé.

### 3.2.3. Cause du changement climatique

82,5% des personnes interrogées pensent que le changement climatique est dû aux activités humaines, tandis que 15,7% indiquent que les processus naturels en sont la cause. Enfin, 1,8% des personnes interrogées pensent qu'il n'y a pas de changement climatique. L'analyse statistique (modèle de régression linéaire) montre que les individus qui attribuent le changement climatique à des processus naturels se sentent beaucoup moins responsables sur le plan personnel ( $\beta = -2,09$  ;  $p < 0,01$ ). Pour les personnes qui pensent qu'il n'y a pas de changement climatique, cet effet est encore plus prononcé ( $\beta = -4,50$  ;  $p < 0,01$ ).

### 3.2.4. Préoccupation relative aux conséquences du changement climatique

Nous constatons que l'inquiétude (scores « préoccupé(e) » et « extrêmement préoccupé(e) ») à l'égard du changement climatique et de ses effets est la plus faible lorsqu'il s'agit de l'impact sur soi-même (voir Figure 3). La préoccupation pour la postérité est nettement plus élevée, avec 37,1% de personnes préoccupées et 27,8% de personnes extrêmement préoccupées. Les inquiétudes relatives aux conséquences financières sont également relativement élevées, mais moins que les préoccupations relatives à l'impact sur les générations futures.

Figure 2 : Répartition des réponses concernant les préoccupations des personnes interrogées sur les thèmes environnementaux liés à la santé (Source : MC)

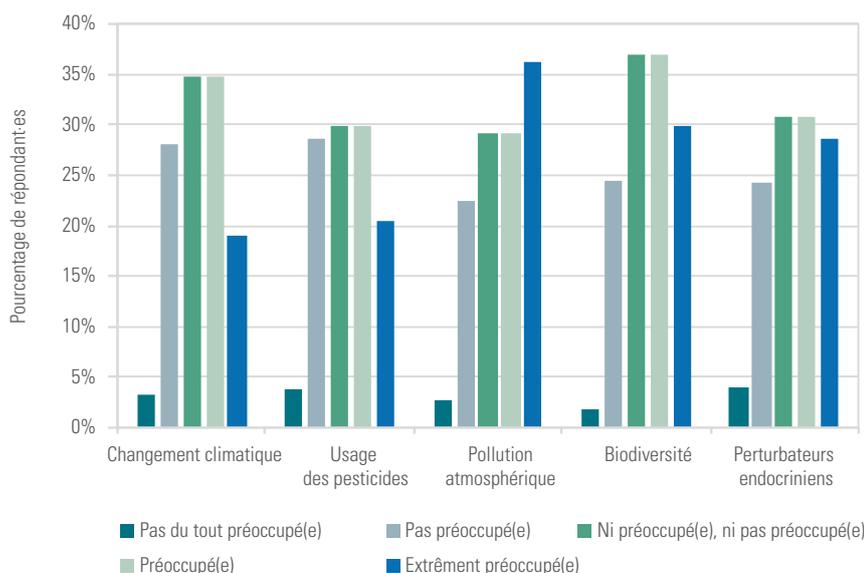
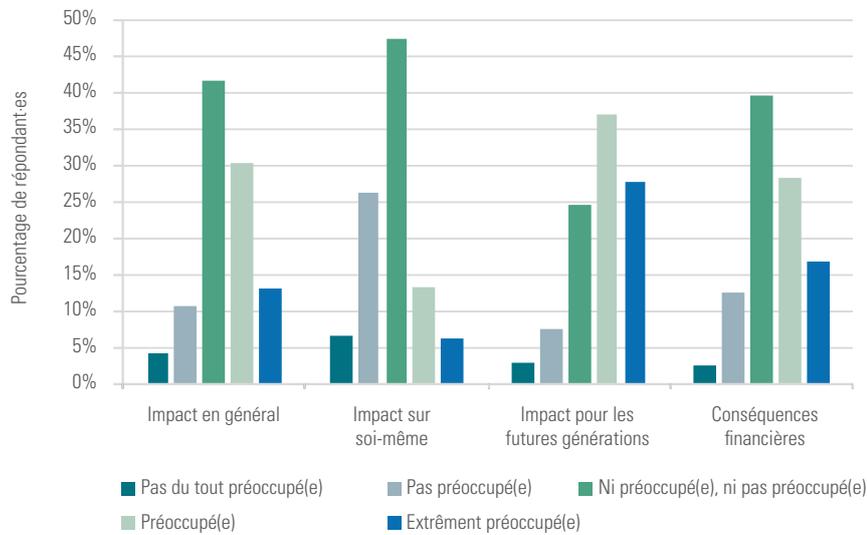


Figure 3 : Répartition des réponses concernant la préoccupation des personnes interrogées au sujet des conséquences du changement climatique (Source : MC)



### 3.3. Liens entre les connaissances, les comportements et les préoccupations

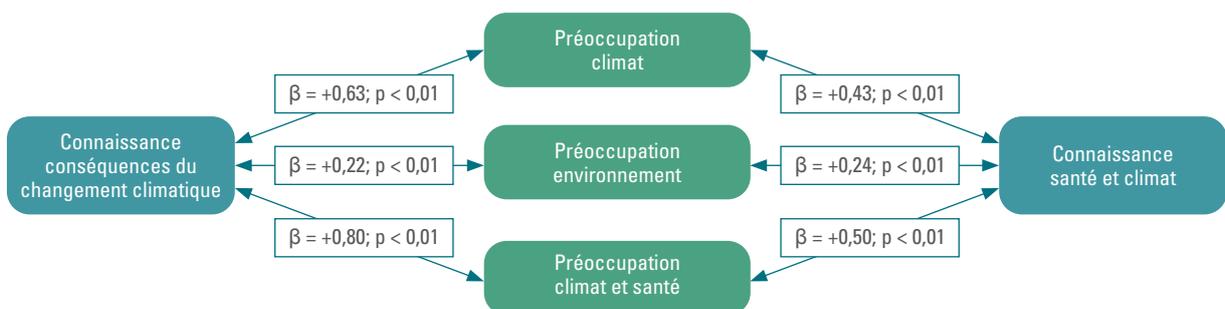
#### 3.3.1. Relation entre la connaissance et la préoccupation

Dans un premier modèle, nous testons l'hypothèse selon laquelle les inquiétudes augmentent à mesure que les connaissances sur les effets du changement climatique augmentent. Les résultats montrent que **la connaissance des impacts du changement climatique est un indicateur important de l'inquiétude face au changement climatique** (voir Figure 4). Lorsque la connaissance des conséquences

augmente, les préoccupations relatives au changement climatique augmentent également ( $\beta = +0,63$  ;  $p < 0,01$ ), indépendamment des autres variables du modèle multivarié. Il en va de même pour les préoccupations concernant l'environnement de vie, bien que l'association soit moins forte ( $\beta = +0,22$  ;  $p < 0,01$ ). L'effet d'une augmentation de la connaissance est le plus important pour les préoccupations liées à la santé ( $\beta = +0,80$  ;  $p < 0,01$ ).

Ensuite, nous examinons les **connaissances sur les conséquences potentielles du changement climatique sur la santé** et la manière dont elles affectent les préoccupations. Une fois de plus, nous constatons qu'une meilleure

Figure 4 : Associations entre les connaissances et les préoccupations relatives au changement climatique (Source : MC)



connaissance de ces impacts entraîne une augmentation des préoccupations, bien que les associations soient moins fortes pour les préoccupations liées au climat et à la santé. La relation entre la connaissance et la préoccupation pour l'environnement ne diffère guère du résultat que nous avons trouvé pour la connaissance des impacts du changement climatique ( $\beta = +0,22$  contre  $\beta = +0,24$ ). Il est intéressant de noter qu'une augmentation des connaissances sur les conséquences du changement climatique sur la santé entraîne une augmentation moins importante des préoccupations en matière de santé qu'une augmentation des connaissances sur le changement climatique en général ( $\beta = +0,50$  contre  $\beta = +0,80$ ).

En d'autres termes, lorsque les gens en apprennent davantage sur les effets du changement climatique, ils se préoccupent davantage du climat et de l'environnement. Cet effet est le plus marqué lorsqu'il s'agit de préoccupations relatives à la santé. Lorsque les gens apprennent spécifiquement comment le changement climatique peut affecter leur santé, ils s'inquiètent également davantage, mais cet effet est moins marqué que lorsqu'ils sont informés sur le changement climatique en général. Les préoccupations environnementales restent à peu près les mêmes, que les gens soient informés des effets généraux du changement climatique ou des effets spécifiques sur la santé. En bref, plus les gens en savent, plus ils s'inquiètent, mais le degré d'inquiétude dépend de ce qu'ils apprennent exactement.

### 3.3.2. Relation entre les connaissances et les comportements

Nous avons étudié les relations entre les connaissances sur les impacts du changement climatique et les différents comportements à l'égard du climat. Nous constatons

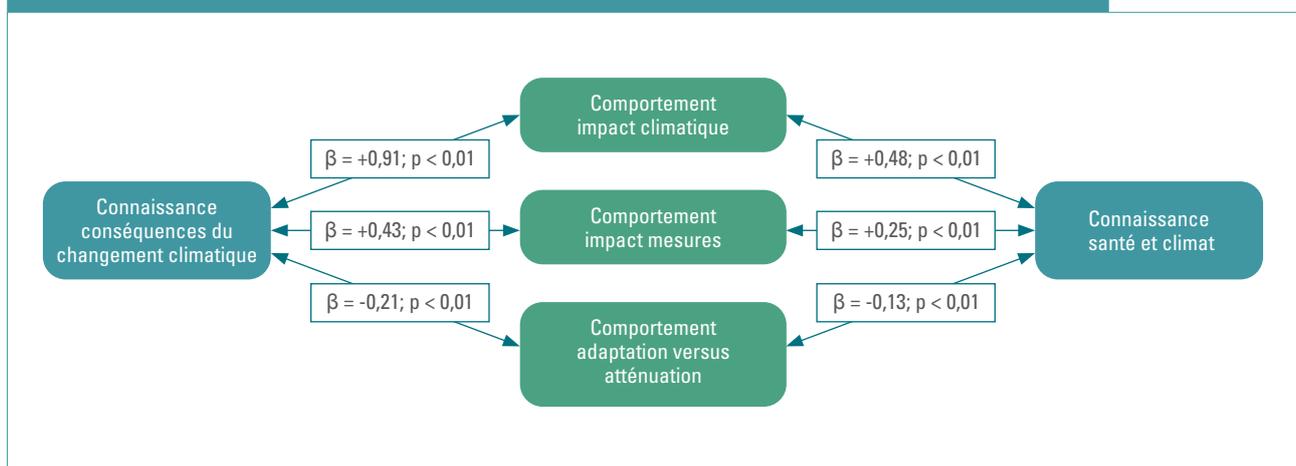
qu'une meilleure connaissance des conséquences se traduit également par une meilleure estimation des conséquences du changement climatique, indépendamment des autres variables du modèle multivarié ( $\beta = +0,91$ ,  $p < 0,01$ ) (voir Figure 5). En ce qui concerne l'association entre la connaissance des conséquences et l'impact des mesures prises (sur l'économie et les éventuelles conséquences financières pour les ménages), on constate également que l'impact est estimé plus important à mesure que la connaissance augmente ( $\beta = +0,43$ ;  $p < 0,01$ ). Toutefois, cette augmentation est nettement inférieure à celle que nous avons trouvée pour l'impact du changement climatique en général ( $\beta = +0,43$  contre  $\beta = +0,91$ ).

En ce qui concerne l'estimation des mesures d'adaptation au climat par rapport aux mesures d'atténuation du climat, nous trouvons une association négative ( $\beta = -0,21$ ;  $p < 0,01$ ). Plus précisément, les mesures d'adaptation sont jugées moins importantes à mesure que les connaissances sur les effets du changement climatique augmentent. En d'autres termes, les mesures d'atténuation (mesures visant à ralentir le changement climatique) sont considérées comme plus importantes que les mesures d'adaptation au fur et à mesure que les connaissances augmentent. Le même exercice pour les connaissances sur les effets du changement climatique sur la santé aboutit à des résultats similaires, mais l'ampleur de l'effet est plus faible.

### 3.3.3. Relation entre les comportements et la préoccupation

En ce qui concerne l'impact du changement climatique en général, nous constatons une association positive avec la préoccupation pour le climat, indépendamment des autres variables du modèle multivarié (voir Figure 6) ( $\beta = +0,87$  ;

Figure 5 : Associations entre les connaissances et les comportements à l'égard du changement climatique (Source : MC)



$p < 0,01$ ). En faisant le même exercice pour la préoccupation pour l'environnement, nous constatons qu'une augmentation de l'estimation de l'impact entraîne une augmentation des inquiétudes ( $\beta = +0,41$  ;  $p < 0,01$ ). En ce qui concerne les préoccupations relatives aux effets sur la santé, la relation avec les comportements à l'égard de l'impact climatique est la plus prononcée ( $\beta = +1,01$  ;  $p < 0,01$ ).

Il existe une relation positive similaire entre l'évaluation de l'impact des mesures politiques prises et l'inquiétude, mais l'effet est limité ( $\beta = 0,18$ ,  $p < 0,01$ ). Plus les gens évaluent positivement les mesures, plus ils sont inquiets. Il en va de même pour les préoccupations relatives aux conséquences du changement climatique sur la santé, pour lesquelles la relation est plus prononcée ( $\beta = 0,32$  ;  $p < 0,01$ ). Il n'y a pas de relation claire entre les comportements à l'égard des mesures politiques et les préoccupations concernant l'environnement de vie ( $p = 0,77$ ).

Nous constatons une tendance négative entre l'importance accordée aux mesures d'adaptation et les préoccupations.

Toutefois, les résultats de ces relations ne sont pas significatifs ( $p = 0,07$  pour les préoccupations liées au changement climatique en général, et  $p = 0,73$  pour les préoccupations liées à l'environnement de vie). Une exception, cependant, est l'association entre le fait de trouver les mesures d'adaptation plus importantes et les préoccupations en matière de santé, où nous observons une association négative limitée ( $\beta = -0,18$ ,  $p < 0,01$ ).

En d'autres termes, les personnes qui pensent que le changement climatique a un impact important se préoccupent davantage du climat, de l'environnement et surtout de leur santé. Si les gens pensent que les mesures de lutte contre le changement climatique fonctionnent bien, ils sont également plus inquiets, surtout en ce qui concerne leur santé. Cependant, il n'y a pas de lien clair entre ce que les gens pensent des mesures et leurs préoccupations environnementales. En outre, il semble que les personnes qui préfèrent les mesures d'adaptation aux mesures d'atténuation soient légèrement moins préoccupées, mais cette corrélation n'est pas aussi forte.

Figure 6 : Associations entre les comportements et les préoccupations à l'égard du changement climatique (Source : MC)

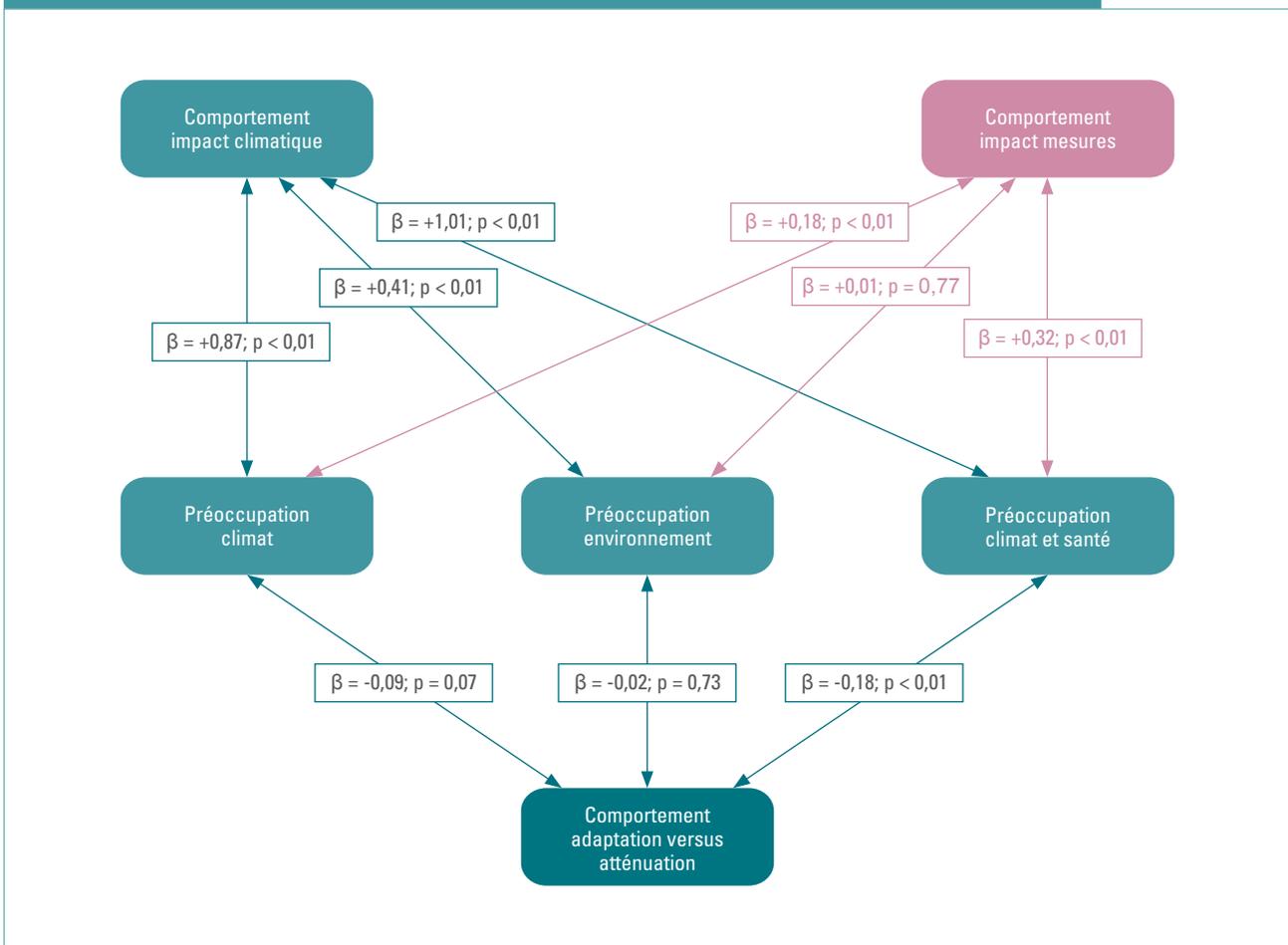
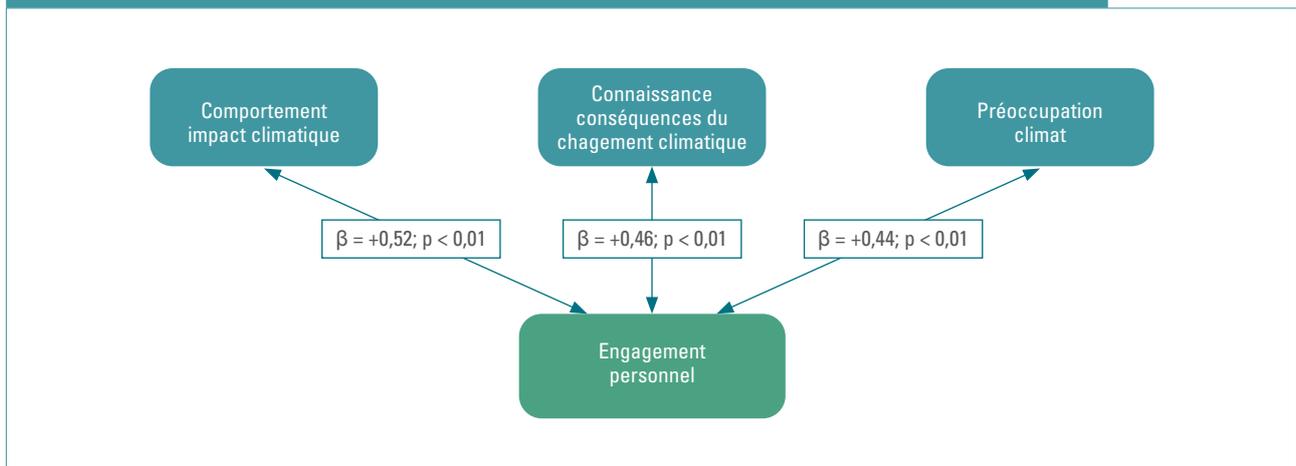


Figure 7 : Associations entre les comportements, les préoccupations et l'engagement personnel (Source : MC)



### 3.3.4. Relation entre les connaissances, les comportements et les préoccupations et l'engagement personnel

Enfin, nous constatons des liens clairs entre les comportements, les connaissances et les préoccupations et l'engagement personnel (voir Figure 7). Il existe une association positive entre l'attitude à l'égard de l'impact sur le climat et l'engagement personnel ( $\beta = +0,52$  ;  $p < 0,01$ ). En ce qui concerne les connaissances, nous constatons également une relation positive évidente ( $\beta = +0,46$  ;  $p < 0,01$ ). Nous constatons également que lorsque les préoccupations relatives au changement climatique augmentent, l'engagement personnel augmente ( $\beta = +0,44$  ;  $p < 0,01$ ). Les échelles d'effet sont du même ordre de grandeur pour les trois relations.

En d'autres termes, les personnes qui croient que le changement climatique a un impact majeur sont plus susceptibles de passer à l'action. Plus les gens en savent sur le changement climatique et la science derrière celui-ci, plus ils sont enclins à s'impliquer personnellement. Les personnes les plus préoccupées par les conséquences du changement climatique, telles que les phénomènes météorologiques extrêmes ou la perte de biodiversité, sont également plus susceptibles d'agir.

### 3.3.5. Lien entre les connaissances, les comportements, les préoccupations et la volonté de passer à l'action

Nous avons examiné si l'attitude d'une personne à l'égard du changement climatique est liée à sa volonté d'agir en faveur de l'environnement, de la nature ou du climat. La régression logistique binomiale a été utilisée pour déter-

miner les *Odds Ratios* (OR) et les intervalles de confiance à 95% correspondants (95%IF) pour la participation à un certain nombre d'activités liées aux questions climatiques et environnementales.

Nous avons observé que les personnes qui avaient une plus grande estimation de l'impact du changement climatique étaient également plus susceptibles d'être membres d'une association de protection de la nature (OR = 1,63, 95%IF : 1,24 - 2,15), d'avoir participé à une marche pour le climat (OR = 2,52, 95%IF : 1,57 - 4,06) ou d'avoir signé une pétition sur la nature ou le climat (OR = 2,48, 95%IF : 1,90 - 3,24). Ces résultats montrent que l'attitude d'une personne à l'égard du changement climatique et de l'environnement est fortement associée à la volonté personnelle d'agir en faveur de la nature et du climat.

La connaissance des effets du changement climatique est également associée à l'engagement personnel à participer à des actions. Les résultats obtenus diffèrent peu de ceux obtenus pour l'estimation des impacts du changement climatique. Le *Odds Ratio* est plus élevé pour les membres d'une association de protection de la nature ou les participants et participantes à une marche pour le climat. Cela signifie que plus la connaissance des impacts est élevée, plus une personne est susceptible d'être membre d'une association de protection de la nature (OR = 1,82, 95%IF : 1,39 - 2,38) ou d'avoir déjà participé à une marche pour le climat (OR = 2,76, 95%IF : 1,64 - 4,64), et ces probabilités sont plus élevées que celles que nous avons trouvées pour l'estimation de l'impact.

Quant à la préoccupation, on constate qu'elle est également associée positivement à la volonté d'agir. Plus une

personne se préoccupe des conséquences, plus il est probable qu'elle s'engage également en faveur de l'environnement et du climat. Cependant, nous constatons que l'association ici est un peu moins prononcée que les associations que nous avons trouvées pour les comportements à l'égard de l'impact et pour les connaissances sur l'impact. Le *Odds Ratio* pour la signature d'une pétition est de 1,81 (95%IF : 1,44 - 2,27), celui pour la participation à une marche pour le climat de 1,80 (95%IF : 1,26 - 2,56). Là encore, l'OR pour l'appartenance à une association de protection de la nature est le plus faible (OR = 1,40, IC 95%IF : 1,10 - 1,78).

En d'autres termes, les personnes qui considèrent que l'impact du changement climatique est élevé sont plus susceptibles d'être membres d'une association de protection de la nature, de participer à des marches pour le climat et de signer des pétitions sur la nature et le climat. Leur connaissance des effets du changement climatique renforce encore cette volonté d'agir. Les préoccupations relatives au changement climatique sont également liées à l'action, mais de manière un peu moins forte. En bref, plus une personne est informée sur le changement climatique et s'en préoccupe, plus elle participe à des activités liées à l'environnement.

### 3.3.6. Relation entre les caractéristiques socio-démographiques et les connaissances

Plusieurs indicateurs démographiques et socio-économiques sont associés à la connaissance des effets du changement climatique (voir Tableau 3). Les femmes semblent généralement mieux informées que les hommes sur les conséquences et le lien entre la santé et le climat ( $p < 0,01$ ). Un niveau d'éducation plus élevé est associé à une meilleure connaissance du lien entre la santé et le climat ( $p = 0,05$ ), mais pas à une meilleure connaissance générale des effets du changement climatique. Le fait de s'en sortir financièrement est associé à la meilleure connaissance des conséquences globales ( $p < 0,01$ ), mais pas à la meilleure connaissance du lien entre la santé et le climat. L'anxiété générale est également fortement associée aux deux variables de connaissance ( $p < 0,01$ ). Nous n'avons pas observé de relation avec l'âge.

En d'autres termes, différents facteurs tels que le sexe, le niveau d'éducation, la situation financière et l'anxiété influencent le degré de connaissance des impacts du changement climatique. Dans l'ensemble, les femmes en savent plus que les hommes sur les effets du changement climatique et son lien avec la santé. Les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé comprennent mieux com-

Tableau 3 : Résultats des analyses de régression sur la connaissance de l'impact du changement climatique et les covariables incluses dans le modèle (Source : MC)

	Connaissance des conséquences	Connaissance santé et climat
<b>Âge</b>	Référence	0,01
<b>Anxiété générale</b>	0,76*	0,24*
<b>Sexe</b>		
• Homme (référence)	Référence	Référence
• Femme	1,11*	0,38
<b>Formation</b>		
• Enseignement primaire (référence)	Référence	Référence
• Enseignement secondaire	-0,82	0,50
• Enseignement supérieur type court	-0,42	1,26*
• Enseignement supérieur type long	0,09	1,36*
<b>Joindre les deux bouts</b>		
• Très difficilement (référence)	Référence	Référence
• Difficilement	0,13	-0,88
• Ni difficilement, ni facilement	1,46*	-0,11
• Facilement	1,99*	-0,17
• Très facilement	2,49*	0,47

$N = 910$ . Les valeurs présentées sont les coefficients de régression standardisés ( $\beta$ ). \* $p < 0,05$ .

ment le changement climatique affecte la santé, mais cela ne signifie pas qu'elles en savent plus sur les effets généraux du changement climatique. Les personnes en situation de financière stable ont une meilleure connaissance des effets généraux du changement climatique. En outre, il apparaît que les personnes souvent anxieuses sont plus conscientes des conséquences globales et de l'impact sur la santé. L'âge ne semble pas être en corrélation avec les connaissances sur le changement climatique.

### 3.3.7. Relation entre les caractéristiques socio-démographiques et les préoccupations

En ce qui concerne les préoccupations relatives au climat, à la santé et à l'environnement de vie, il existe également plusieurs liens avec les facteurs démographiques et socio-économiques (voir Tableau 4). Les femmes sont généralement plus préoccupées par le climat, les conséquences du climat sur la santé et l'environnement de vie que les hommes ( $p < 0,01$ ). Le niveau d'éducation est moins fortement associé à la préoccupation. Ce n'est que pour les préoccupations environnementales que nous avons observé qu'un niveau d'éducation plus élevé était associé à une moindre préoccupation ( $p = 0,02$ ). Enfin, il existe une relation négative entre la facilité de s'en sortir financièrement et la préoccupation à l'égard du changement clima-

tique en général ( $p < 0,01$ ). L'anxiété générale est fortement associée à toutes les préoccupations ( $p < 0,01$ ). En ce qui concerne l'âge, nous avons observé qu'un âge élevé est associé à la préoccupation environnementale ( $p < 0,01$ ), bien que l'ampleur de l'effet soit plutôt limitée.

En d'autres termes, plusieurs facteurs influencent le degré d'inquiétude des personnes à l'égard du changement climatique, de la santé et de leur environnement. Les femmes sont généralement plus préoccupées par ces questions que les hommes. Le niveau d'éducation a moins d'influence sur les préoccupations, sauf que les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé sont moins préoccupées par leur environnement de vie. Les personnes financièrement stables s'inquiètent moins du changement climatique en général. Les personnes fréquemment anxieuses s'inquiètent davantage de tous les problèmes mentionnés. Les personnes âgées sont légèrement plus préoccupées par leur environnement de vie, bien que cet effet ne soit pas très fort.

### 3.3.8. Relation entre les caractéristiques socio-démographiques et les comportements

En ce qui concerne les comportements à l'égard de l'impact du climat, de l'impact des mesures et des mesures

Tableau 4 : Résultats des analyses de régression sur les préoccupations liées au changement climatique et les covariables incluses dans le modèle (Source : MC)

	Préoccupation climat	Préoccupation climat et santé	Préoccupation environnement de vie
<b>Âge</b>	0,00	0,00	0,04*
<b>Anxiété générale</b>	0,92*	1,15*	0,72*
<b>Sexe</b>			
• Homme (référence)	Référence	Référence	Référence
• Femme	0,35*	0,88*	0,58*
<b>Formation</b>			
• Enseignement primaire (référence)	Référence	Référence	Référence
• Enseignement secondaire	-0,67	-0,76	-0,20*
• Enseignement supérieur type court	-0,61	-0,93	-1,17*
• Enseignement supérieur type long	-0,43	-0,58	-1,40*
<b>Joindre les deux bouts</b>			
• Très difficilement (référence)	Référence	Référence	Référence
• Difficilement	-1,11*	-0,72	-0,20
• Ni difficilement, ni facilement	-0,78*	0,39	-0,23
• Facilement	-1,13*	0,52	-0,14
• Très facilement	-1,43*	0,08	-0,92

$N = 910$ . Les valeurs présentées sont les coefficients de régression standardisés ( $\beta$ ). \* $p < 0.05$ .

d'adaptation par rapport aux mesures d'atténuation, il existe également divers liens avec les facteurs démographiques et socio-économiques (voir Tableau 5). Les femmes ont généralement des estimations plus élevées de l'impact du climat et de l'impact des mesures climatiques que les hommes ( $p < 0,01$ ). L'anxiété est associée aux mêmes variables ( $p < 0,01$ ). S'en sortir plus facilement financièrement est associé à une plus haute estimation de l'impact des mesures ( $p < 0,01$ ) et au fait de privilégier l'atténuation par rapport à l'adaptation ( $p < 0,01$ ). En revanche, l'âge et le niveau d'éducation ne sont pas associés aux comportements.

En d'autres termes, plusieurs facteurs influencent la façon dont les gens pensent à l'impact du changement climatique, à l'efficacité des mesures et à la préférence pour l'ajustement (adaptation) ou la limitation (atténuation) du changement climatique. Les femmes estiment l'impact du changement climatique et l'efficacité des mesures plus fortement que les hommes. Les personnes qui rapportent d'avoir des problèmes d'anxiété ont la même estimation plus élevée. Les personnes qui n'éprouvent pas de difficultés financières estiment que les mesures sont plus efficaces et préfèrent les mesures d'atténuation du changement climatique aux mesures d'adaptation. L'âge et le niveau d'éducation n'ont pas d'incidence sur ces attitudes.

### 3.4. Rôle de la vulnérabilité financière

Sur la base des données de notre questionnaire, nous avons effectué une analyse comparant les personnes ayant indiqué avoir des difficultés, voire de très grandes difficultés à joindre les deux bouts avec les autres participants et participantes. Nous avons examiné s'il existait des différences entre les deux groupes, et ce tant pour les connaissances sur les effets du changement climatique que pour les préoccupations à ce sujet. En termes de **connaissances sur les effets du changement climatique en général**, le groupe qui a du mal à joindre les deux bouts obtient un score inférieur à celui du groupe qui n'a pas de difficulté à joindre les deux bouts, les scores moyens étant respectivement de 20,98 contre 22,10 ( $p < 0,01$ ). En ce qui concerne les **connaissances sur les conséquences du changement climatique sur la santé**, le groupe financièrement vulnérable a également obtenu un score un peu plus faible, avec un score moyen de 8,87 contre 9,50 ( $p < 0,01$ ) pour les personnes financièrement non vulnérables.

Cependant, si l'on examine les **préoccupations**, on constate qu'elles sont plus élevées chez les personnes financièrement vulnérables. En ce qui concerne les préoccupations relatives aux conséquences du changement climatique, le score moyen est de 10,34 contre 9,50 ( $p < 0,01$ )

**Tableau 5 : Résultats des analyses de régression sur les comportements concernant les impacts du changement climatique, les mesures et l'adaptation par rapport à l'atténuation, et les covariables incluses dans le modèle (Source : MC)**

	Comportement impact climatique	Comportement impact mesures	Comportement adaptation vs. atténuation
<b>Âge</b>	0,00	0,00	0,00
<b>Anxiété générale</b>	0,91*	0,12*	-0,00
<b>Sexe</b>			
• Homme (référence)	Référence	Référence	Référence
• Femme	0,50*	0,42*	0,10
<b>Formation</b>			
• Enseignement primaire (référence)	Référence	Référence	Référence
• Enseignement secondaire	-0,32	-0,33	0,10
• Enseignement supérieur type court	0,00	-0,22	0,08
• Enseignement supérieur type long	0,60	-0,38	-0,20
<b>Joindre les deux bouts</b>			
• Très difficilement (référence)	Référence	Référence	Référence
• Difficilement	-0,20	-0,04	-0,10
• Ni difficilement, ni facilement	-0,23	0,52	-0,20
• Facilement	-0,14	0,92*	-0,29
• Très facilement	-0,92	0,99*	-0,65*

$N = 910$ . Les valeurs présentées sont les coefficients de régression standardisés ( $\beta$ ). \* $p < 0.05$ .

pour le groupe plus aisé. Pour **l'environnement**, l'inquiétude est plus forte que pour le climat et nous observons la même tendance : plus d'inquiétude chez les personnes financièrement vulnérables (15,61) que chez les personnes non financièrement vulnérables (14,66 ;  $p < 0,01$ ).

En ce qui concerne **le comportement face à l'impact du changement climatique**, les personnes sans difficultés financières obtiennent à nouveau un score plus élevé, soit 5,87 ( $p < 0,01$ ) contre 5,25. Les personnes ayant de difficultés à joindre les deux bouts, quant à elles, obtiennent en moyenne un score plus élevé lorsqu'on leur demande si les mesures d'adaptation sont plus importantes que les mesures d'atténuation. Cependant, les adaptations de l'environnement visant à atténuer les conséquences du changement climatique sont souvent des mesures auxquelles les personnes financièrement vulnérables ont beaucoup plus de mal à accéder. En termes d'**engagement personnel**, ce groupe a obtenu un score **inférieur** : un score moyen de 14,49 comparé à un score moyen de 15,03 pour le groupe n'ayant pas de difficultés financières ( $p = 0,02$ ).

### 3.5. Rôle des problèmes de santé chronique

Nous avons comparé le groupe ayant déclaré avoir au moins un problème de santé chronique (asthme, diabète, hypertension artérielle, problèmes rénaux, problèmes cardiaques, rhume des foins/allergie aux graminées ou au pollen, bronchite chronique, rhumatisme, autre) avec le groupe sans problème de santé chronique.

En ce qui concerne les **connaissances sur les effets du changement climatique**, le groupe de répondants et de répondantes ayant au moins un problème de santé chronique a un score moyen plus élevé (22,01) que le groupe n'ayant pas de problème de santé chronique (21,52). Cependant, la différence entre les deux groupes n'est pas significative. Il y a des différences significatives pour la **préoccupation** et, comme prévu, nous trouvons un score moyen plus élevé pour la préoccupation dans le groupe ayant au moins un problème de santé chronique. C'est le cas pour les préoccupations relatives au changement climatique (9,83 contre 9,38,  $p < 0,01$ ), pour les préoccupations relatives à l'environnement de vie (15,5 contre 14,28,  $p=0,01$ ) et pour les préoccupations relatives aux effets du changement climatique sur la santé (14,12 contre 13,47,  $p=0,01$ ). En d'autres termes, les personnes souffrant d'un problème de santé chronique sont plus préoccupées par les effets du changement climatique que celles qui n'ont pas de problème de

santé chronique. Les inquiétudes sont plus fortes en ce qui concerne les effets sur la santé et l'environnement de vie que pour le changement climatique en général.

À l'aide d'un modèle d'interaction, nous avons étudié le rôle des connaissances dans la relation entre la santé et l'anxiété. Ce modèle montre que la connaissance influence la relation entre la santé et la préoccupation, et que cette relation est plus forte pour les personnes en bonne santé que pour celles en mauvaise santé ( $p$ -value interaction = 0,03).

## 4. Discussion

Dans cette étude, nous avons examiné, à l'aide d'une enquête, les connaissances, les comportements et les préoccupations des personnes concernant le changement climatique et ses implications pour la santé. **Les résultats montrent que les risques du changement climatique pour la santé constituent une préoccupation majeure pour de nombreuses personnes. Les trois préoccupations principales liées à la santé et au climat sont l'impact sur la santé des générations futures, l'arrivée d'espèces exotiques de moustiques et l'augmentation du nombre de jours de chaleur.** Les thèmes liés à l'environnement sont également très préoccupants, la biodiversité, la pollution de l'air et les perturbateurs endocriniens étant les principales préoccupations. Les personnes interrogées ont également exprimé leur inquiétude quant aux effets du changement climatique, en particulier sur leurs enfants et petits-enfants. Ces conclusions sont cohérentes avec les résultats d'enquêtes antérieures montrant que la majorité des personnes habitant en Belgique reconnaissent clairement l'urgence du problème ainsi que la nécessité de prendre des mesures (Dienst Klimaatverandering, 2013; Pepermans & Maesseele, 2017). Nos résultats sont également cohérents avec une étude canadienne qui a démontré l'existence du phénomène de distanciation psychologique (*psychological distancing*) (Cameron, Rocque, Penner, & Mauro, 2021), à savoir le fait que les individus évaluent les risques liés au changement climatique comme étant éloignés dans le temps, géographiquement et socialement et s'inquiètent davantage des générations futures que par rapport à eux-mêmes.

Nous avons également étudié l'interaction complexe entre les connaissances, les comportements et les préoccupa-

tions liés au changement climatique en contrôlant pour l'influence de facteurs tels que l'âge, le sexe, la stabilité financière et l'anxiété générale. Il en ressort que les connaissances sur les effets du changement climatique sont fortement associées aux préoccupations concernant les effets sur la santé en particulier. En outre, les connaissances des effets du changement climatique sont liées aux préoccupations environnementales (pollution de l'air, utilisation de pesticides, etc.), bien que ce lien soit moins prononcé. **Les résultats suggèrent donc que la connaissance des impacts du changement climatique joue un rôle crucial dans la formation des préoccupations, indépendamment de facteurs tels que l'âge, le sexe et l'anxiété générale.** Cela montre que les personnes qui en savent plus sur les effets du changement climatique sont également plus inquiètes à ce sujet. Ces conclusions sont conformes aux études antérieures et internationales qui montrent que les connaissances jouent un rôle important dans le développement des préoccupations liées au changement climatique (Milfont, 2012). Cela montre que l'éducation climatique et les campagnes de sensibilisation aux impacts du changement climatique peuvent être efficaces pour augmenter la préoccupation et influencer les comportements des personnes. Nos résultats montrent également que cela peut encourager l'engagement personnel. Aussi, cela souligne l'importance de fournir des informations accessibles concernant les effets du changement climatique sur la santé afin d'avoir un impact plus important sur les perceptions et les attitudes de la population.

Il existe en outre des liens clairs entre les préoccupations relatives au climat et à l'environnement de vie et les comportements que les personnes adoptent relativement à ce problème. Une plus grande estimation de l'impact du changement climatique est fortement associée à des préoccupations concernant ce dernier, l'environnement de vie et les effets sur la santé. Le lien avec les préoccupations relatives aux effets sur la santé est particulièrement prononcé. **En d'autres termes, si les personnes pensent que l'impact du changement climatique sera important, elles sont particulièrement préoccupées par ce que cela signifie pour la santé.** Cette observation est importante, car cela souligne à nouveau l'importance de l'information sur les effets possibles du changement climatique sur la santé. Par ailleurs, cela peut indiquer que la communication concernant le fait que le changement climatique impactera chaque personne peut susciter une plus grande préoccupation. Cette étude montre que cela pourrait également entraîner un engagement plus important. En effet, des études antérieures ont montré que la distance spatiale et temporelle perçue par rapport aux impacts du change-

ment climatique peut produire un décalage entre la prise de conscience du problème et le passage à l'action et l'engagement (Pepermans & Maesele, 2017). Une communication claire sur les effets réels du changement climatique sur la santé peut permettre de remédier à ce décalage.

**Les participant-es qui considèrent que l'atténuation du climat (s'attaquer aux causes du changement) est plus importante que l'adaptation au climat (s'adapter aux effets du changement) sont plus préoccupés par la situation et ses conséquences sur la santé.** Cette conclusion implique que les personnes qui se concentrent sur les causes (comme la réduction des émissions de gaz à effet de serre) sont plus conscientes et plus préoccupées par la gravité du changement climatique et son impact sur la santé. Elles peuvent également être plus conscientes des limites des mesures d'adaptation au climat, car elles considèrent qu'il est plus important de s'attaquer de manière proactive à la racine du problème, plutôt que de se contenter de réagir passivement aux conséquences. Une partie de l'explication pourrait être recherchée dans les convictions idéologiques des individus. En effet, des recherches antérieures ont montré que les personnes ayant une vision plus conservatrice du monde semblent moins enclines à croire aux causes d'origine anthropique du changement climatique. De même, ces personnes considèrent que les effets du changement climatique ont également moins d'impact (Pepermans & Maesele, 2017).

Les résultats montrent des différences de perception du changement climatique chez les personnes ayant des difficultés financières. Parmi les répondants et répondantes ayant indiqué qu'il leur était difficile ou très difficile de joindre les deux bouts, les connaissances sur ce sujet et les effets sur la santé sont plus basses que chez les autres répondant-es. Cependant, **en dépit de leur faible niveau de connaissances, les personnes financièrement vulnérables se montrent plus préoccupées par le changement climatique et leur environnement.** En même temps, leur attitude à l'égard de l'impact du changement climatique et leur engagement personnel pour y faire face sont moins forts. Cela peut s'expliquer par leurs moyens limités (et donc les possibilités limitées d'agir personnellement) et la nécessité de faire des choix moins durables dans certains cas. Nos résultats confirment ce qui a été cité dans le rapport du Service de lutte contre la pauvreté. On entend souvent que les personnes en situation de pauvreté ne se préoccupent pas de durabilité, parce qu'elles essaient juste de survivre et que cela en reste là. Mais il s'avère que ce n'est pas le cas. Le rapport établit : « Nous devons revendiquer notre place dans ce débat et y apporter notre contribution.

Nous savons en effet à quoi conduit le modèle de croissance actuel, car nous en subissons les conséquences et nous en souffrons » (Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, 2019, notre traduction). Nous considérons donc que le gouvernement, mais aussi d'autres acteurs et actrices publics, ont pour mission de veiller à ce que ce groupe puisse également transformer ses préoccupations en un engagement à faire quelque chose pour le climat. Ce n'est qu'ainsi que l'action collective est possible. Nous pensons également qu'il est important de souligner que ce sont principalement les personnes les plus riches qui sont à l'origine des plus grandes émissions de gaz à effet de serre (Wallenborn & Dozzi, 2007), il ne faudrait donc pas cibler principalement les personnes pauvres lorsqu'il s'agit du climat.

**En ce qui concerne les répondant-es souffrant d'un problème de santé chronique, leurs connaissances sur le changement climatique sont en moyenne légèrement plus élevées que celles des personnes qui ne sont pas des malades chroniques, mais cette différence n'est pas significative. Ils se montrent cependant plus préoccupés par la situation, son impact sur leur santé et leur environnement de vie.** Une analyse des interactions a montré que les connaissances jouent un rôle dans la relation entre la santé et les préoccupations. Cette relation est plus forte chez les personnes qui n'ont pas de problème de santé chronique. Cela peut indiquer que les personnes, au contraire, affectées par des problèmes de santé sont déjà plus sensibilisées et préoccupées, quel que soit leur niveau de connaissances sur les impacts du changement climatique.

**En résumé, les personnes financièrement vulnérables et celles souffrant d'un problème de santé chronique sont plus préoccupées par les impacts du changement climatique, en particulier par les effets sur leur santé. Il s'agit d'un point de vue intéressant et nouveau.** Comme l'a souligné le rapport du Service de lutte contre la pauvreté (2019), beaucoup partent simplement du principe que les personnes dont la réalité quotidienne les rend moins aptes à adopter des comportements ou des actions durables - par exemple, en raison de problèmes de santé ou de difficultés financières - « ignoreront » plus facilement les informations sur le changement climatique. Notre étude montre que cela ne semble pas être le cas et que la réalité pourrait être plus complexe.

**À la lumière de ces constatations, il nous semble logique et nécessaire de souligner que le modèle du déficit d'information, largement appliqué aujourd'hui pour obtenir un changement de comportement, n'est pas suffisant.** Ce mo-

dèle est fondé sur la conviction implicite que la sensibilisation collective conduit à un changement de comportement individuel (Pepermans & Maesele, 2017). Cependant, les résultats de notre étude montrent que les personnes ayant des problèmes de santé ou financiers *veulent* mais *peuvent* beaucoup plus difficilement changer de comportements individuels, car malgré le fait que leur niveau de connaissance soit en moyenne inférieur à celui des personnes plus aisées, leurs préoccupations n'en sont pas moins fortes. Ainsi, l'accent mis sur la responsabilisation individuelle risque d'avoir un effet stigmatisant, en particulier chez ces groupes de population. Les gouvernements et la gouvernance pourraient donc être plus ambitieux, et même fournir plus activement un cadre structurel dans lequel chacun et chacune - selon ses propres capacités - peut s'engager afin d'aller vers plus de durabilité.

La communication et la démocratisation des connaissances sur le changement climatique restent évidemment très importantes. Notre étude le confirme également. Toutefois, des observations récentes montrent qu'il ne suffit pas de pousser à l'action (individuelle). Nous souhaitons également souligner la nécessité d'adapter la communication sur le climat aux différents groupes cibles. Avant tout, il est important d'inspirer et de montrer *comment* nous pouvons d'agir concrètement (De Meyer, Coren, McCaffrey, & Sleat, 2021). Kris De Meyer, neuroscientifique et membre de l'*UCL Climate Action Unit*, souligne que les idées reçues sur les convictions et les comportements sont souvent erronées. En réalité, c'est souvent l'inverse qui se produit : **les convictions ne mènent pas aux actions, mais les actions, à travers un processus de réflexion et d'autojustification, mènent à de nouvelles convictions.** Une source importante de la volonté et de la capacité d'agir (*agency*) est donc d'apprendre les actions des autres et de les inciter à participer à l'action. Pour que la communication sur le climat soit efficace, il est donc essentiel de mettre en lumière la grande variété d'histoires positives concernant les actions qui existent déjà dans le but de lutter contre le changement climatique. Il peut s'agir d'une première étape dans la construction d'une communauté qui s'appuie sur une approche large et nouvelle.

Cette étude fournit des informations précieuses sur les connaissances, les comportements et les préoccupations des membres de la MC concernant le changement climatique et son impact sur la santé. **L'un des points forts de cette étude est l'examen approfondi des relations complexes entre différents facteurs tels que les connaissances, les comportements et les préoccupations. Cela permet de mieux comprendre comment ces facteurs**

**s'influencent mutuellement et comment, ensemble, ils façonnent les perceptions du changement climatique.** Divers facteurs démographiques et socio-économiques ont également été pris en compte. Il y a également plusieurs limites. Bien que cette étude montre des associations claires entre différents facteurs, il est important de souligner que **corrélation n'est pas synonyme de causalité**. La complexité et l'interconnexion inhérente des comportements, des connaissances, des préoccupations et de l'engagement à l'égard du climat rendent impossible l'établissement de relations de cause à effet dans le cadre de cette étude. En outre, notre étude repose sur des données autodéclarées, qui peuvent être influencées par un comportement socialement souhaitable et/ou des *recall bias*.

## 5. Recommandations

Sur la base de nos résultats, nous formulons quelques recommandations. La plupart d'entre elles s'adressent aux décideurs et décideuses politiques, mais les mutualités, la société civile, les médias et l'enseignement peuvent également prendre des mesures pour mieux faire connaître les effets du changement climatique.

### 5.1. Veiller à la communication efficace et le transfert de connaissances

Nos résultats montrent que plus les personnes sont informées sur les impacts du changement climatique, plus leurs inquiétudes augmentent, ce qui les conduit à vouloir adapter leur comportement. En outre, à mesure que les gens prennent conscience de l'impact direct du changement climatique sur leur santé, leur volonté d'agir s'accroît. Ce constat invite à réfléchir au fait de lier plus encore action climatique et bienfait pour la santé, par exemple en promouvant des mesures visant à l'amélioration de la qualité de l'air (et donc de la santé) grâce à l'élimination progressive des processus de combustion polluants. **Une histoire positive peut être persuasive.** Il serait donc essentiel de présenter la gravité du problème, tout en montrant les différentes façons dont ce problème peut être résolu afin que les gens restent motivés pour contribuer eux-mêmes à la solution.

En outre, une communication efficace sur le climat nécessite **une approche ciblée vers des groupes spécifiques**. Il

est important d'adapter les informations aux normes, aux valeurs et à l'état de santé des différents groupes de la société. Les personnes en bonne santé réagissent autrement à l'information que celles qui ont des problèmes de santé. En personnalisant le message et en fournissant des conseils pratiques et sur mesure, nous pouvons convaincre un large public et l'inciter à agir.

Outre les efforts individuels, **plusieurs acteurs et actrices peuvent jouer un rôle crucial dans la promotion de la sensibilisation environnementale et de l'action en faveur du climat.** Les organisations de la société civile telles que les mutualités, les syndicats, les associations environnementales, les mouvements de jeunesse et les initiatives citoyennes peuvent mobiliser et informer les gens par le biais de campagnes, d'ateliers et d'événements. Ils servent de **lien entre la science et le grand public**, et peuvent rendre accessibles des informations complexes. Les mutualités peuvent également apporter une contribution importante en informant leurs membres de l'importance des mesures luttant contre le changement climatique pour la santé. Elles peuvent également promouvoir des programmes de santé préventive pour un mode de vie plus durable et plus sain. En outre, les autorités locales et les établissements d'enseignement peuvent fournir une plateforme pour l'éducation et la participation en incluant le thème de changement climatique dans les programmes scolaires et en soutenant les initiatives locales. La collaboration entre ces acteurs et actrices peut conduire à une approche personnalisée, coordonnée et donc plus efficace, où chacun et chacune se sentent impliqué-e et bien informé-e.

### 5.2. Travailler à une transition juste

Il est essentiel que tout le monde soit impliqué dans la politique climatique, y compris les personnes financièrement vulnérables. Cette étude montre que ce groupe est préoccupé par le changement climatique (même plus que les personnes aisées), mais qu'il dispose de moins de connaissances et de ressources pour agir. Il est également nécessaire d'inclure les personnes en situation de pauvreté dans les politiques climatiques, étant donné qu'elles sont les premières victimes du changement climatique tandis qu'elles y contribuent le moins. Dans l'ensemble, elles sont également souvent sous-représentées en tant que groupe. En tant que société, nous devons donc **élaborer des politiques qui transforment les préoccupations des personnes vulnérables en actions réalisables** en tenant compte des obstacles financiers auxquels ces personnes sont confrontées.

**Le principe d'universalisme proportionné** (Marmot, 2010) peut aider à ce sujet. Cela signifie que les mesures s'appliquent à tous et à toutes, mais qu'elles varient en intensité pour répondre aux besoins des plus vulnérables. Sans cette variation, ce sont principalement les personnes les plus aisées qui bénéficient des mesures de soutien, tandis que les personnes les plus pauvres restent sans soutien. Il est important de veiller à ce que les mesures climatiques soient efficaces et accessibles à tous et à toutes. Un exemple est la végétalisation des espaces publics, où la priorité peut être donnée aux quartiers qui disposent de peu d'espaces verts et où vivent des personnes financièrement vulnérables. En outre, les investissements dans des logements de qualité et des rénovations abordables pour les personnes financièrement vulnérables sont cruciaux, car ils rendent non seulement la transition énergétique plus équitable, mais apportent également des avantages pour la santé.

### 5.3. Promouvoir une gouvernance inclusive autour des politiques environnementales

Dans le contexte du changement climatique, il est essentiel de repenser les modèles traditionnels de prise de décision. Comme le soulignent depuis longtemps les philosophes et les sociologues des sciences (Latour, 1991; Callon, Lascoumes, & Barthe, 2001), **le modèle unidirectionnel selon lequel les expert-es informent les citoyen-nes et les politiques de leurs analyses, les citoyen-nes recevant passivement cette information, et les politiques s'en servant pour prendre des décisions, est obsolète. Particulièrement dans le monde complexe que nous connaissons, il importe plutôt de mettre en place une collaboration dynamique entre les expert-es, les politiques et la société.** Cela signifie que les connaissances scientifiques et les expériences des citoyen-nes se rejoignent dans un dialogue, toutes les parties prenantes participant activement au processus de problématisation et de résolution des problèmes. Grâce à cette approche inclusive, nous pouvons élaborer des décisions politiques plus efficaces et plus soutenues pour relever les défis complexes du changement climatique.

Un exemple concret est l'élaboration d'un plan d'action climat au niveau local. Toutes les parties prenantes, y compris les scientifiques, les habitant-es et les autorités locales, participent à l'identification des risques et à la formulation de mesures. Grâce à des consultations publiques et à un processus décisionnel transparent, la société civile

est non seulement informée, mais aussi activement impliquée dans la mise en œuvre et le suivi du plan. Cela garantit un soutien plus large et accroît l'efficacité des mesures, ce qui est crucial pour le succès à long terme de l'adaptation aux changements climatiques.

## Conclusion

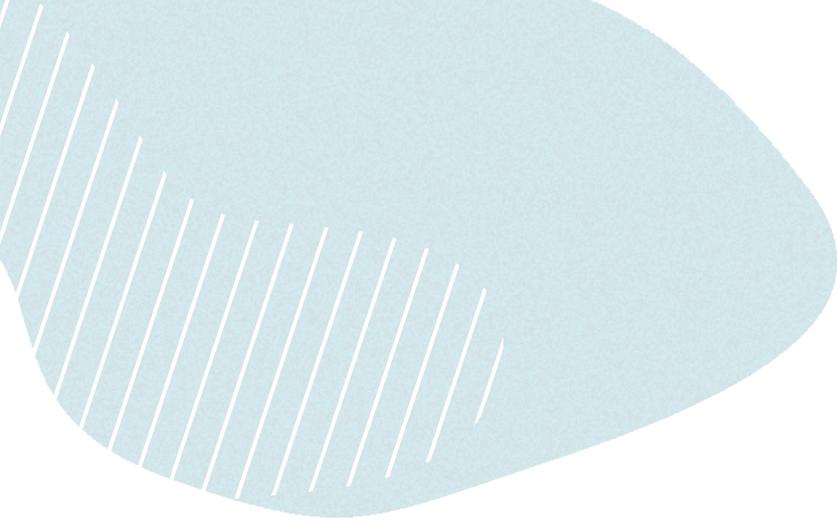
Cette étude démontre que les connaissances et les comportements à l'égard du changement climatique sont fortement associés aux préoccupations concernant ses conséquences sur la santé et l'environnement, indépendamment des facteurs démographiques. Les personnes qui en savent plus sont plus préoccupées et plus susceptibles de s'engager personnellement. Ces résultats soulignent l'importance des campagnes d'éducation et de sensibilisation au climat pour susciter la préoccupation et l'action. Les personnes financièrement vulnérables sont moins bien informées, mais sont plus préoccupées, ce qui indique la nécessité d'une information accessible et d'un soutien pour accroître leur engagement. Une communication claire sur les effets personnels et les conséquences du changement climatique sur la santé peut contribuer à remédier au décalage entre la prise de conscience et l'action, ce qui est essentiel pour une atténuation et une adaptation efficace au problème.

Les résultats de cette étude constituent une bonne base pour de futures recherches sur les perceptions du changement climatique et son impact sur la santé. Il serait intéressant d'étudier davantage l'évolution de ces perceptions au fur et à mesure que le changement climatique progresse et que ses effets deviennent de plus en plus évidents. En outre, il serait utile d'étudier, par le biais d'études d'intervention, comment différents modes de communication et d'éducation peuvent influencer les connaissances, les comportements et les préoccupations relatives au changement climatique. Cela pourrait aider à l'élaboration de stratégies plus efficaces en matière d'éducation et de sensibilisation au climat. Nous avons besoin d'une compréhension plus profonde et plus large de la manière dont les gens perçoivent le changement climatique et ses effets sur la santé, et de la manière dont nous pouvons influencer ces perceptions pour encourager un engagement et une action plus importants.

## Bibliographie

- Beery, T., Schmitt, K., McDonnell, J., & Moore, T. (2021). Community climate conversations: Engaging and empowering local action in a changing world. *Journal of Extension, 57*(6).
- Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain: Essai sur la démocratie technique*. Paris: Seuil.
- Cameron, L., Rocque, R., Penner, K., & Mauro, I. (2021). Public perceptions of Lyme disease and climate change in southern Manitoba, Canada: making a case for strategic decoupling of climate and health messages. *BMC Public Health, 21*.
- Clayton, S. (2024). Climate anxiety: Psychological responses to climate change. *Journal of Anxiety Disorders, 74*, 102263.
- Copernicus Climate Change Services. (2024). Récupéré sur <https://climate.copernicus.eu/climate-indicators/temperature>.
- De Meyer, K., Coren, E., McCaffrey, M., & Slean, C. (2021). Transforming the stories we tell about climate change: From 'issue' to 'action'. *Environmental Research Letters, 16*(1).
- Dienst Klimaatverandering. (2013). *Klimaatenquête 2013. Eindrapporten Besluiten*. Brussel: Dienst Klimaatverandering.
- Ettinger, J., Walton, P., Painter, J., Flocke, S., & Otto, F. (2023). Extreme Weather Events as Teachable Moments: Catalyzing Climate Change Learning and Action Through Conversation. *Environmental Communication, 17*(7), 828-843.
- Geiger, N., Swim, J., & Fraser, J. (2017). Creating a climate for change: Interventions, efficacy and public discussion about climate change. *Journal of Environmental Psychology, 51*, 104-116.
- Guenther, L., Jörges, S., Mahl, D., & Brüggeman, M. (2024). Framing as a Bridging Concept for Climate Change Communication: A Systematic Review Based on 25 Years of Literature. *Communication Research, 51*(4), 367-391.
- IPCC. (2022). *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Cambridge University Press.
- Irwin, A. (2014). From deficit to democracy (re-visited). *Public Understanding of Science, 23*(1), 71-76.
- Kirby, C., & Zwickle, A. (2021). Sustainability behaviors, attitudes, and knowledge: comparing university students and the general public. *Journal of Environmental Studies and Sciences, 11*, 639-647.
- KNAW. (2023). *Planetary Health, an emerging field to be developed*. Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen.
- Kumpu, V. (2022). What is Public Engagement and How Does it Help to Address Climate Change? A Review of Climate Communication Research. *Environmental Communication, 16*(3), 304-316.
- Latour, B. (1991). *Nous n'avons jamais été modernes: Essai d'anthropologie symétrique*. Paris: La Découverte.
- Latour, B., & Schultz, N. (2022). *On the Emergence of an Ecological Class: A Memo*. Cambridge: Polity Press.
- Lee, T., Markowitz, E., Howe, P., Ko, C., & Leiserowitz, A. (2015). Predictors of public climate change awareness and risk perception around the world. *Nature Climate Change, 5*, 1014-1020.
- Leiserowitz, A., Maibach, E., Rosenthal, S., Kotcher, J., Goddard, E., Carman, J., . . . Thier, K. (2023). *Climate Change in the American Mind: Beliefs & Attitudes*. Yale Program on Climate Change Communication.
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: The Marmot review*. London: The Marmot Review.
- Mayer, A., & Smith, E. (2018). Unstoppable climate change? The influence of fatalistic beliefs about climate change on behavioural change and willingness to pay cross-nationally. *Climate Policy, 19*(4), 511-523.
- Milfont, T., Zubielevitch, E., & Milojev, P. &. (2021). Ten-year panel data confirm generation gap but climate beliefs increase at similar rates across ages. *Nature Communications, 12*.
- Milfont, T. (2012). The Interplay Between Knowledge, Perceived Efficacy, and Concern about Global Warming and Climate Change: A One-Year Longitudinal Study. *Risk Analysis, 32*(6), 1003-1020.
- Mulder, A., Pijnacker, R., de Man, H., van de Kassteele, J., van Pelt, W., Mughini-Gras, L., & Franz, E. (2019). "Sickenin' in the rain" – increased risk of gastrointestinal and respiratory infections after urban pluvial flooding in a population-based cross-sectional study in the Netherlands. *BMC Infectious Diseases, 19*, 377.
- OMS. (2018). *COP24 Special Report: Health and Climate Change*. Geneva: World Health Organization.
- Parisse, S., & Smit, T. (2021). *75% van de Belgen meent dat zij zich meer zorgen maken over de klimaatnoodtoestand dan de Belgische regering*. Récupéré sur <https://www.eib.org/en/press/all/2021-369-75-van-de-belgen-meent-dat-zij-zich-meer-zorgen-maken-over-de-klimaatnoodtoestand-dan-de-belgische-regering?lang=nl>.
- Pepermans, Y., & Maesele, P. (2017). Climate Change Communication in Belgium. In *The Oxford Research Encyclopedia of Climate Science*. Oxford: Oxford University Press.
- Rocque, R. J., Baudoin, C., Ndjaboue, R., Cameron, L., Poirier-Bergeron, L., Poulin-Rheault, R. A., . . . Wittman, H. O. (2021). Health effects of climate change: an overview of systematic reviews. *BMJ open, 11*(6), e046333.
- Romanello, M., & et al. (2022). The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *The Lancet, 400*(10363), 1619-1654.
- Shi, J., Visschers, V., Siegrist, M., & Arvai, J. (2016). Knowledge as a driver of public perceptions about climate change reassessed. *Nature Climate Change, 6*, 759-762.

- Sorvali, J., Kaseva, J., & Peltonen-Sainio, P. (2021). Farmer views on climate change – a longitudinal study of threats, opportunities and action. *Climate Change*, 164(50), 1-19.
- Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. (2019). *Duurzaamheid en Armoede, Een bijdrage aan politiek debat en politieke actie, Tweejaarlijks verslag 2018-2019*. Brussel: Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting.
- Van de Vel, K., Vandenberghe, D., Bruffaerts, N., De Clercq, E., De Ridder, K., Devleeschauwer, B., . . . Willen, P. (2021). *Impact of Climate Change on the Healthcare System in Belgium. Study commissioned by the federal public service health, food chain safety and environment*. Mol: VITO.
- Vattenfall. (2024). *Can climate communication overcome the bad news problem?* Récupéré sur <https://group.vattenfall.com/what-we-do/climate-communication-event>.
- Wallenborn, G., & Dozzi, J. (2007). Du point de vue environnemental, ne vaut-il pas mieux être pauvre et mal informé que riche et conscientisé ? In P. Cornut, T. Bauler, & E. Zaccàï, *Environnement et inégalités sociales* (S. 47-59). Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles.
- Zwickle, A., & Jones, K. (2018). Sustainability Knowledge and Attitudes—Assessing Latent Constructs. In W. Leal Filho, R. Marans, & J. Callewaert, *Handbook of Sustainability and Social Science Research. World Sustainability Series* (S. 435-451). Springer.



# L'accessibilité du trajet de soins autour d'un accouchement

**Enquête auprès des membres MC ayant accouché en 2022-2023**

**Sigrid Vancorenland, Hervé Avalosse, Gauthier Vandeleene** — Service d'étude MC-CM

Nous remercions chaleureusement toutes les participantes à l'enquête pour les informations et les riches témoignages qu'elles nous ont transmis

## Résumé

Il est largement établi que la situation de vulnérabilité économique a un impact important sur la manière dont le trajet de soins autour d'un accouchement se déroule. Des études MC antérieures ont également montré que la situation socio-économique de la mère, déterminée sur la base du droit à l'intervention majorée, a ici une influence majeure. Les mères bénéficiant de l'intervention majorée (BIM), par rapport aux mères n'en bénéficiant pas, ont moins recours aux soins avant et après l'accouchement et restent moins longtemps à la maternité. Sur la base des données disponibles, ces résultats n'ont pas pu être expliqués de manière suffisante. Il a donc été décidé de mener une enquête sur l'accessibilité du trajet de soins autour d'un accouchement.

En septembre 2023, une enquête en ligne a été envoyée aux mères ayant accouché en 2022 ou 2023. La méthode de recherche a combiné des analyses quantitatives (questions fermées) et qualitatives (questions ouvertes) des informations provenant de l'enquête, avec des analyses quantitatives des bases de données MC.

L'enquête, à laquelle ont répondu 2.943 mères, a permis d'identifier les problèmes d'accessibilité du trajet de soins autour d'un accouchement, et ce, sur les quatre dimensions suivantes : sensibilité, disponibilité, accessibilité financière et acceptabilité.



Le manque d'information sur les soins existants avant et après l'accouchement empêche les femmes d'identifier leur besoin de soins. Ce manque de connaissance étant encore plus important chez les femmes bénéficiant de l'intervention majorée, cela explique qu'elles recourent moins aux soins pré et postnatals. Par manque de temps, en raison de leur travail, de leurs obligations familiales ou des soins à leur enfant, les mères n'ont pas le temps de s'occuper d'elles-mêmes. Le coût élevé, en particulier pour les gynécologues et les kinésithérapeutes, entrave également l'accès des femmes aux soins pré et postnatals.

Un obstacle financier existe aussi pour les séjours à l'hôpital. Étant donné qu'une chambre individuelle est coûteuse et que les mères BIM disposent moins souvent d'une assurance hospitalisation pour compenser partiellement ce coût, elles séjournent plus souvent en chambre double. Elles y trouvent moins le repos. Elles se sentent moins à l'aise à l'hôpital, ont moins confiance dans le personnel hospitalier et redoutent des frais d'hospitalisation élevés. Elles quittent donc l'hôpital plus rapidement.

Les résultats de cette étude contribuent à démontrer la complexité des trajets de soins au regard des situations de vie, et permettent de formuler des recommandations tendant à une meilleure accessibilité de ceux-ci dans le contexte belge.

Mots-clés : Accouchement, grossesse, intervention majorée, gynécologue, chambre individuelle, accessibilité, enquête, étude quantitative

## Introduction

Quels soins les femmes utilisent-elles avant, pendant et après leur accouchement ? Telle était la question de départ d'une étude MC en 2021 (Vandeleene & Avalosse, 2021a). À partir des chiffres objectifs provenant des bases de données MC, le trajet de soins des mères autour de l'accouchement a été étudié. Comme toujours, les chiffres révèlent beaucoup de choses, mais pas tout. Ils n'offrent aucune explication et ne donnent aucun aperçu de la manière dont les femmes ont vécu cette période. Ils n'expliquent pas pourquoi certaines femmes utilisent moins de soins ou quittent l'hôpital plus tôt. Ils n'indiquent pas davantage dans quelle mesure tous ces soins autour de l'accouchement sont considérés comme abordables ou non.

Pour cela, nous devons donner la parole aux femmes qui ont accouché. C'est pourquoi l'étude a été complétée par une enquête en ligne. Dès le départ, le statut socio-économique des mères a été pris en compte pour répondre à la question d'éventuelles inégalités dans l'accès aux soins prodigués aux mères au cours de leur trajet de soins.

Dans cet article, la revue de la littérature que nous avons menée souligne la faible connaissance existante quant au recours différencié aux soins liés à un accouchement. Ceci justifie que nous ayons alors choisi de réaliser une enquête en ligne auprès des membres de la MC ayant accouché en 2022-2023. Nous complétons l'analyse des résultats de cette enquête par l'analyse de données de facturation de la MC, de façon à avoir des repères objectifs par rapport à l'utilisation et au coût des soins. Tous les aspects méthodologiques de notre démarche sont d'abord présentés, puis nous passons en revue les résultats globaux autour de trois grandes thématiques : les raisons de non-recours aux soins pré et postnatals, la durée du séjour de la mère à l'hôpital et le caractère abordable des soins. Ensuite, les raisons rendant compte de problèmes d'accès aux soins et du fait que certaines femmes retournent rapidement à la maison sont discutées autour des quatre dimensions de l'accessibilité : sensibilité aux besoins, disponibilité, accessibilité financière et acceptabilité des soins. Enfin, avant de conclure, nous formulons quelques recommandations.

## 1. Revue de la littérature

### 1.1. Durée de séjour et précarité

La littérature montre bien un lien entre la durée de séjour en maternité et le statut socio-économique de la mère : par exemple, une étude menée au Royaume-Uni montre que les mères habitant une région plus pauvre ont une plus grande probabilité de sortir tôt de l'hôpital, toutes choses étant égales par ailleurs (Oddie, Hammal, Richmond, & Parker, 2005). Pour la Belgique, nous avons mis en évidence que **les mères bénéficiant de l'intervention majorée<sup>1</sup> (BIM) retournent plus vite à la maison que les mères ne bénéficiant pas de ce statut**, quel que soit le type de chambre ou d'accouchement (Vandeleene & Avalosse, 2021b). Une étude de l'Agence Intermutualiste (AIM) montre des tendances similaires (Moreau, et al., 2013).

Cet état de fait paraît paradoxal. On s'attendrait à ce que les courts séjours en maternité concernent les familles à faible risque, y compris sociaux. En France, c'est d'ailleurs ce que la Haute Autorité de la Santé (HAS) prévoit dans ses critères de retour précoce à la maison, à savoir : l'« absence de situation de vulnérabilité psychique, sociale<sup>2</sup>, de conduites d'addictions et de dépendances sévères » (HAS, 2014, p. 8). Et pourtant, comme le précise une étude menée aux États-Unis : « prises ensemble, les caractéristiques sociodémographiques des groupes à durée de séjour plus courte ne décrivent pas les mères à faible risque pour lesquelles les programmes de sortie précoce étaient initialement prévus » (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004, p. 99, notre traduction).

La littérature ne donne pas d'explication à ce paradoxe. Quelques hypothèses sont, toutefois, avancées. Par exemple, des mères, pensant être moins couvertes, quittent plus tôt l'hôpital de peur de voir leur facture augmentée par nuit supplémentaire passée à l'hôpital (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004). Pour information, l'AIM a réalisé en 2023 un baromètre sur les coûts hospitaliers à charge des patient-es : les factures médianes pour les accouchements varient de 94 à 2.134 euros, selon le statut BIM et le type de chambre (Bruyneel, et al., 2023). La grande variabilité des coûts, la difficulté à les anticiper peuvent donc jouer un rôle.

1 Ce statut dénote de faibles revenus.

2 Par vulnérabilité sociale, l'HAS entend le fait pour la mère d'être mineure, d'être dans la précarité ou d'avoir logement non adéquat.

Pour un accouchement, la qualité du séjour doit certainement jouer un rôle. En Belgique, les mères BIM séjournent plus souvent dans une chambre à deux lits (Vandeleene & Avalosse, 2021b). Vu l'évidente perte de confort par rapport à la chambre individuelle, il semble logique qu'elles y restent, en moyenne, moins longtemps. Mais cette hypothèse n'est pas la seule, car, au vu de nos analyses, le statut BIM aurait une influence majeure, peu importe le type de chambre ou le type d'accouchement.

Enfin, au-delà du coût et de la qualité ressentie d'un séjour en maternité, d'autres considérations sont à prendre en compte. Par exemple, qui prend la décision de quitter la maternité ? Ici, la littérature met en avant le fait que ce sont en général les membres de l'équipe médicale qui décident d'autoriser les mères à quitter la maternité (et non la mère qui prend la décision) (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004).

**Vu cette complexité, et en l'absence d'explication univoque dans la littérature, il nous a semblé particulièrement opportun de tenter d'éclaircir les raisons à l'origine de la sortie de la maternité en interrogeant directement les femmes qui ont accouché.** Comment s'est passé leur séjour en maternité ? Que pensent-elles de leur durée de séjour, de son coût ? Qui a pris la décision de rentrer à la maison ?

## 1.2. Non-recours aux soins pré- et postnatals

### 1.2.1. Les soins prénatals

La littérature montre depuis longtemps les effets positifs des soins prénatals, tant sur la santé de l'enfant (Conway & Deb, 2005) que sur celle de la mère (Yan, 2017). Si le suivi prénatal est généralement bien répandu, il n'en reste pas moins vrai qu'il peut être insuffisant pour certaines femmes. Une étude, couvrant dix pays de l'Union européenne, a montré que les mères ayant eu un suivi prénatal inadéquat étaient plus susceptibles d'avoir moins de vingt ans, d'avoir plusieurs enfants, d'être de nationalité étrangère, célibataires, avec une grossesse non planifiée, **sans revenus réguliers et avec un moins bon niveau d'étude**. De plus, elles avaient des difficultés à organiser les contacts avec les services de santé en général et les services de l'enfance en particulier (Delvaux, Buekens, Godin, &

Boutsen, 2001). Une autre étude, menée aux États-Unis, constate que les conditions suivantes réduisent la probabilité de recevoir des soins adéquats : les femmes plus jeunes (en particulier les adolescentes), **ayant un moins bon niveau d'étude** (en particulier celles qui n'ont pas fait d'études secondaires), **ayant une situation économique précaire**, ayant des temps de déplacement plus long, bénéficiant de Medicaid<sup>3</sup> et vivant en milieu rural. Même après avoir pris en compte toutes les variables ci-dessus, **vivre dans un quartier mal connecté, pauvre ou dans un milieu rural est significativement associé au fait d'avoir des soins inadéquats** (McDonald & Coburn, 1988).

Pour la Belgique, nous avons montré que toutes les mères ne sont pas suivies de la même façon : d'un côté, beaucoup bénéficient de nombreux contacts si on prend en compte plusieurs spécialités (gynécologues, sages-femmes, kinésithérapeutes, etc.) ; d'un autre, une proportion non négligeable de mères sont trop peu suivies (dont beaucoup de mères BIM). Finalement, malgré une activité conséquente des prestataires, le suivi systématique n'est pas garanti en prénatal (Vandeleene & Avalosse, 2021a). Même constat de la part du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), suite à son analyse du suivi prénatal des futures mères ayant une grossesse à bas risque : « on constate une situation paradoxale, marquée à la fois par une sous-consommation des soins pour une partie de la population [précaire] et une surconsommation pour une autre » (Benahmed, Lefèvre, Christiaens, Devos, & Stordeur, 2019a, p. 2).

**Si la littérature analyse les différences de suivi selon divers paramètres** (le revenu, le niveau d'étude, etc.), **malheureusement elle en sait peu quant aux perceptions et motivations des unes et des autres, et ce en lien avec leur situation personnelle**. Quelles sont les raisons de ne pas faire appel à l'un-e ou l'autre prestataire ? Pourquoi moins de suivi prénatal parmi les femmes ayant des revenus limités ? Interroger les femmes à ce sujet permet d'obtenir certaines réponses à ces questions.

### 1.2.2. Les soins postnatals

À l'instar du prénatal, la littérature indique beaucoup d'effets positifs des soins postnatals : à court terme, il s'agit de prévenir et gérer les risques de morbidité et mortalité, tant maternelle qu'infantile (WHO, 2022). Un point d'attention particulier est la santé mentale des mères après leur

3 Programme fédéral américain qui permet de fournir une couverture des soins médicaux aux individus et familles ayant de faibles revenus, qui ne peuvent accéder à une assurance médicale auprès des assureurs privés.

accouchement (McArthur, et al., 2002). Celle-ci peut être considérablement améliorée lorsque le suivi est personnalisé, avec une attention particulière aux besoins de la mère.

Comme pour les soins prénatals, le suivi postnatal n'est toutefois pas toujours garanti. En France, une enquête d'opinion menée auprès de 1.000 femmes indique qu'« une femme sur cinq n'a pas bénéficié d'un suivi postnatal<sup>4</sup> de retour à son domicile » (CSA Research, 2024, p. 32). Une étude américaine montre l'inégalité d'accès au suivi postnatal : moins fréquent chez les personnes bénéficiant de Medicaid (faibles revenus), vivant en milieu rural, issues de minorités ethniques (Interrante, et al., 2023). Une méta-étude de Sacks et al. (2022) pointe divers facteurs influençant le recours aux soins postnatals : manque de disponibilité des services (offre limitée dans certaines régions, éloignement des zones rurales), problème d'accessibilité financière (avec des coûts cachés, comme les frais de déplacement, les frais de garde d'enfant), mais aussi des problèmes liés à l'influence de normes sociales (par exemple, dans certains milieux, on considère les soins postnatals comme n'étant pas nécessaires sauf si la mère ne se sent pas bien ou s'il y a un problème avec l'enfant).

Pour la Belgique, nous avons pu également constater que certaines mères sont peu suivies, surtout celles qui ont le statut BIM (Vandeleene & Avalosse, 2021a). Dans une étude sur l'organisation des soins postnatals en Belgique (Benahmed, et al., 2014), le KCE pointait une série de problèmes : le raccourcissement de la durée de séjour à l'hôpital a tendance à créer un vide dans la délivrance et le suivi des soins, car les structures de soutien et les soins à domicile sont fragmentés, peu connus des nouveaux parents et se caractérisent par de grandes disparités régionales et socio-économiques. Il est donc probable que les familles vulnérables abandonnent certains soins, en plus du fait qu'elles ont un accès limité aux réseaux de soutien informel.

**Si la littérature fournit bien quelques éléments explicatifs, il reste la question de savoir quelles sont les raisons principales que les femmes invoquent lorsqu'elles n'ont pas bénéficié d'un suivi postnatal (surtout pour les femmes disposant de revenus limités).** De plus, au-delà des éléments avancés par la littérature, peut-être y a-t-il encore d'autres éléments à prendre en compte ? À nouveau, interroger les femmes à propos de leur suivi postnatal permet d'apporter une partie des réponses à ces questions.

## 2. Méthode

Compte tenu des constats de l'analyse de la littérature, l'objectif de la présente étude était d'examiner dans quelle mesure le trajet de soins autour de la grossesse et de l'accouchement est accessible. Plus précisément, nous souhaitons répondre à la question de savoir pourquoi les mères BIM utilisent moins de soins et passent moins de temps à l'hôpital que les mères n'ayant pas le statut BIM.

La méthodologie de l'étude combine trois approches :

- Une analyse quantitative des questions fermées de l'enquête ;
- Une analyse qualitative des questions ouvertes de l'enquête ;
- Des analyses des bases de données MC.

### 2.1. Une enquête

Un **échantillon** des mères BIM (n=2.000) et non-BIM (n=25.200) a été constitué. De cette manière, il est possible de comparer les deux groupes de manière fiable. En effet, l'expérience montre que toutes les personnes ayant le statut BIM ne sont pas informées qu'elles ont ce statut. Toutes les mères ayant accouché en 2022 ou 2023 ont été reprises dans l'échantillon à condition de répondre aux critères suivants :

- La mère a donné son accord pour être contactée par courriel ;
- La mère était âgée d'au moins 18 ans au moment de l'accouchement ;
- La mère et son enfant sont membres de la MC et en vie au moment de l'enquête ;
- L'accouchement a eu lieu à l'hôpital. Les accouchements extrahospitaliers sont actuellement trop peu fréquents pour que l'on puisse se prononcer à ce sujet et il s'agit de situations très spécifiques.

Un **courriel d'invitation** a été **envoyé** à chaque personne de cet échantillon dans la deuxième quinzaine de septembre 2023. Une semaine plus tard, un courriel de rappel a été envoyé aux répondantes qui n'avaient pas encore ouvert le courriel d'invitation.

4 Le libellé de la question mentionnait les sages-femmes comme exemple. On peut supposer que les répondantes se sont exprimées surtout par rapport à ce type de suivi.

Le **questionnaire** porte notamment les informations suivantes :

- variables contextuelles telles que l'âge, la situation familiale, le niveau d'étude, la situation professionnelle, etc. ;
- le recours aux soins lors de l'accouchement (gynécologue, sage-femme, médecin généraliste, kinésithérapeute, etc. ) et les raisons d'un éventuel non-recours ;
- les expériences pendant l'accouchement et le séjour à l'hôpital (comment le séjour a-t-il été perçu, quelle durée d'admission, qu'a-t-on pensé de la durée, pourquoi a-t-on pensé qu'il était temps de rentrer à la maison / pourquoi aurait-on préféré rester plus longtemps, ...) ;
- le recours aux soins après l'accouchement (gynécologue, sage-femme, médecin généraliste, kinésithérapeute, etc. ) et les raisons d'un éventuel non-recours.

Le questionnaire a été élaboré sur la base des différentes étapes que parcourt une femme depuis le début de la grossesse jusqu'à la période postnatale. Il a été relu par des personnes ayant accouché afin de vérifier si elles se reconnaissaient dans le questionnaire, et si tout était clair et complet. Le questionnaire a également été relu par l'expert du vécu en matière de pauvreté travaillant à la MC afin que les expériences des femmes en situation de plus grande vulnérabilité soient également prises en compte. Le questionnaire contenait **des questions fermées et des questions ouvertes**.

Dans les **questions fermées**, un certain nombre de réponses préformulées ont été données, parmi lesquelles la répondante pouvait en choisir une ou plusieurs. L'option de réponse « Autre, spécifiez » était un champ textuel ouvert dans lequel la répondante pouvait indiquer sa réponse si elle ne la trouvait pas dans l'une des réponses préformulées. Les réponses données par les mères dans le champ « Autres, spécifiez » ont été recodées, si possible, en fonction des réponses existantes. Si ce n'était pas possible, une nouvelle réponse a été ajoutée.

Les résultats relatifs aux questions fermées sont donnés sous forme de fréquence (soit la proportion de répondantes par possibilité de réponse à une question). Afin de déterminer, si pour une même question, la fréquence observée chez les mères BIM **est significativement différente** de celle des mères non-BIM, on a calculé l'intervalle de confiance (à 95%) autour de ces fréquences. Pour ce faire, on applique la méthode de score de Wilson avec correction de continuité (Wilson, 1927; Yates, 1934; Ghosh, 1979). Si ces intervalles ne se chevauchent pas, on peut en déduire qu'il y a une différence significative entre mères BIM et non-BIM.

Dans les **questions ouvertes**, seule la question elle-même était affichée et la répondante était totalement libre de formuler sa propre réponse. Comme il s'agissait d'une enquête exploratoire, destinée à répondre à ce qui n'était pas connu à partir de l'analyse de la littérature, ces questions ouvertes étaient importantes pour acquérir de nouvelles connaissances. Elles ont parfois apporté des précisions sur les réponses données dans les questions fermées et ont parfois fourni de nouvelles informations qui n'avaient pas encore été abordées. Les réponses aux questions ouvertes ont été traitées de manière qualitative. Elles ont été codées thématiquement et analysées (Miles & Huberman, 2007). L'article donne des citations tirées de ces questions ouvertes.

4.170 mères ont rempli ou commencé à remplir le questionnaire. Pour le traitement des résultats, seules les **2.943 répondantes** ayant rempli le questionnaire jusqu'au bout ont été prises en compte, qu'elles aient ou non répondu à toutes les questions. Parmi les répondantes, 118 avaient le statut BIM (appelées mères BIM par la suite) et 2.825 n'avaient pas le statut BIM (appelées mères non-BIM). La proportion de mères BIM parmi les répondantes à l'enquête est donc plus faible que dans le groupe cible des membres MC ayant accouché. Les résultats ont donc été **repondérés** selon le statut BIM (mères avec et mères sans statut BIM) et la langue (néerlandophone ou francophone) afin d'être représentatifs de notre population d'étude sur ces deux variables. Cet article présente les pourcentages repondérés. Nous mentionnons à chaque fois le nombre non-pondéré de répondantes.

## 2.2. Analyse des bases de données MC

Pour certaines thématiques abordées dans le questionnaire, nous pouvons faire des comparaisons avec les données de soins de santé facturés aux membres de la MC, que cette dernière collecte dans le cadre de ses missions légales. En effet, grâce à ces données, il est possible de calculer divers indicateurs d'utilisation de soins (fréquence et volume de contacts avec un-e gynécologue, kinésithérapeute, sage-femme, avant et après l'accouchement ; durée de séjour à l'hôpital) et estimer le montant des frais restant à charge des personnes. Les données de facturation analysées dans le cadre de cet article sont relatives à l'ensemble des accouchements ayant eu lieu à l'hôpital (75.761) au cours de la période 2022 à 2023.

L'objectif de cette comparaison est de vérifier si ce que les répondantes ont rempli dans l'enquête correspond à ce que l'on peut trouver dans les bases de données MC.

Ces comparaisons sont faites dans la partie « résultats » : points 3.2 (utilisation des soins) et 3.4 (séjour à l'hôpital - spécifiquement pour la durée d'admission). Au point 3.5 (accessibilité financière des soins), nous estimons les coûts du trajet de soins autour de l'accouchement qui restent à **charge des mères**.

## 2.3. Limites

Une **enquête en ligne** signifie que les participantes avaient accès à un ordinateur, que nous disposions de leur adresse de courriel et qu'elles nous avaient autorisés à les contacter. La fracture numérique conduit donc à une sous-représentation des plus vulnérables (Faure, Brotcorne, Vendramin, Mariën, & Dedonder, 2022). Toutefois, il est important de noter que, quelle que soit la forme de l'enquête (en ligne ou sur papier), ce groupe de personnes les plus vulnérables est difficile à atteindre.

Le nombre **de répondantes avec statut BIM** à l'enquête, 118 personnes, n'est effectivement **pas élevé**. Néanmoins, il semble qu'il s'agit d'un échantillon solide. Les résultats de l'enquête (sur le recours aux soins pré et postnatals et sur la durée d'hospitalisation) correspondent beaucoup aux résultats des analyses des données MC, où les mères BIM (9.009 personnes) formaient un groupe beaucoup plus important (voir aussi point 3.2.). Les différences entre les mères BIM et non-BIM observées dans l'enquête sont également conformes à ce qui a été constaté dans les analyses de données.

Certaines répondantes se sont exprimées sur des événements qui ont eu lieu il y a plus d'un an (par exemple, un courriel envoyé en septembre 2023 à propos d'un accouchement qui a eu lieu au début de 2022). D'une façon générale, plus le temps passe, plus les souvenirs s'estompent ou se modifient, ce qu'on appelle un biais de mémoire ou **recall bias**. La littérature indique qu'une enquête portant sur un événement ayant eu lieu de trois à douze mois dans le passé est acceptable pour obtenir des résultats précis (Hamano, Morita, Mori, Igarashi, & Shima, 2017). Toutefois, la capacité à se souvenir d'un événement est également influencée par son importance pour la personne (Coughlin, 1990). Puisqu'on peut imaginer que mettre au monde un enfant est généralement un événement majeur, il semble que le risque que nos résultats soient fortement affectés par un biais de mémoire soit raisonnablement limité.

Les réponses au questionnaire sont une **évaluation des femmes** elles-mêmes. Par exemple, pour les questions sur

les grossesses à risque et les complications à l'accouchement, il s'agit d'une évaluation subjective de la mère, et non de l'évaluation objective d'un-e médecin. Le recours aux soins dépend également de ce que les mères ont dit. Le point 3.2 montrera toutefois que les résultats de l'enquête sont proches de ceux que nous avons trouvés dans les analyses de données. Les déclarations des mères contiennent donc des données fiables.

Dans les données de facturation des soins ambulatoires (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, kinésithérapeute), seules les données relatives au ticket modérateur sont complètes. Malheureusement, nous ne **connaissons pas tous les suppléments payés dans les soins de santé ambulatoires**. Par conséquent, les résultats concernant les restes à charge (tickets modérateurs et suppléments) payés dans le cadre des soins ambulatoires doivent être considérés comme un montant minimum.

## 3. Résultats

### 3.1. Profil des répondantes

**Les questionnaires de 2.943 répondantes ont été traités, dont 118 avec statut BIM et 2.825 sans statut BIM.** Le tableau 1 présente le profil de ces répondantes, y compris une comparaison entre le profil des mères BIM et non-BIM. Les pourcentages pour lesquels il existe une différence statistiquement significative entre BIM et non-BIM sont indiqués en couleur dans le tableau.

Dans le **groupe total**, près de la moitié des personnes interrogées avaient entre 30 et 34 ans au moment de l'accouchement (âge moyen 32 ans). La plupart des mères font partie d'un couple. La majorité des répondantes vivent en Flandre, ont un diplôme de l'enseignement supérieur, ont un emploi et sont Belges d'origine belge. Une minorité déclare avoir des difficultés à joindre les deux bouts avec le revenu familial.

Cependant, il existe des différences de profil significatives **entre les mères BIM et non-BIM**. La proportion de mères âgées de plus de 35 ans est plus élevée dans le groupe ayant le statut BIM. Les mères BIM habitent moins souvent en Flandre. Elles font plus souvent partie de familles monoparentales, disposent moins souvent d'un diplôme de l'enseignement supérieur. Elles ont moins souvent un emploi

et déclarent plus souvent avoir des difficultés à joindre les deux bouts avec le revenu familial. Elles sont également plus souvent d'origine étrangère.

Enfin, quelques données sur la **grossesse et l'accouchement**. Pour environ la moitié des mères, il s'agissait de leur premier accouchement. Les mères BIM mentionnent nettement plus souvent une grossesse à risque et des complications avant, pendant ou après l'accouchement. Une mère sur cinq accouche par césarienne, le mode d'accouchement (par voie basse ou par césarienne) ne diffère pas selon que la mère est BIM ou non-BIM.

Nous pouvons compléter certains résultats de l'enquête, qui sont des évaluations subjectives des mères, par certains résultats provenant de nos **bases de données MC** (données objectives).

- En ce qui concerne les grossesses à risque, nous retrouvons des niveaux comparables dans nos bases de données. Selon la méthode de détection développée par le KCE (Benhamed, Lefèvre, Christiaens, Devos, & Stordeur, 2019b), parmi les femmes ayant accouché en 2022 et 2023, 25% d'entre elles ont eu une grossesse à risque, un peu moins de 25% pour les non-BIM et 27% pour les BIM. Ces proportions sont cohérentes avec le profil des répondantes à notre enquête.

**Tableau 1 : Profil des répondantes à l'enquête sur l'accouchement, avec ou sans le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) (Source : MC)**

		<b>Total (n=2.943)</b>	<b>BIM (n=118)</b>	<b>Non-BIM (n=2.825)</b>
<b>Âge</b>	18-29	29%	30%	29%
	30-34	46%	37%	47%
	35 et plus	21%	28%	20%
	Moyenne	32 ans	32 ans	32 ans
	Médiane	31 ans	31 ans	31 ans
<b>Domicile</b>	Flandre	75%	68%	76%
	Wallonie	21%	26%	21%
	Bruxelles	3%	6%	3%
<b>Situation familiale</b>	Isolée + enfant(s)	7%	26%	5%
	Couple + enfant(s)	93%	72%	95%
<b>Niveau d'étude</b>	Pas de diplôme de l'enseignement secondaire	7%	27%	5%
	Diplôme de l'enseignement secondaire	18%	41%	15%
	Diplôme de l'enseignement supérieur	74%	33%	80%
<b>Nationalité<sup>5</sup></b>	Belge d'origine belge	86%	58%	90%
	Originaire d'un pays de l'Union européenne	7%	10%	6%
	Originaire d'un pays hors de l'Union européenne	7%	33%	4%
<b>Joindre les deux bouts avec les revenus</b>	Facilement	55%	15%	60%
	Neutre	32%	44%	30%
	Difficilement	14%	40%	10%
<b>Situation professionnelle</b>	Au travail	88%	48%	93%
	Pas au travail	10%	43%	5%
<b>Premier accouchement</b>	Oui	52%	45%	53%
<b>Grossesse à risque</b>	Oui	22%	29%	21%
<b>Complications</b>	Oui	34%	41%	33%
<b>Césarienne</b>	Oui	23%	23%	23%

*Chiffres en couleur: la différence entre BIM et non-BIM est statistiquement significative ( $p < 0.05$ ).*

5 Pour connaître la nationalité, le questionnaire posait deux questions. « Quelle est votre nationalité ? » avec comme possibilité de réponse 'non-Belge d'un pays de l'Union européenne', 'non-Belge d'un pays ne faisant pas partie de l'Union européenne' et 'Belge'. Les personnes ayant répondu 'Belge' se sont vu poser une question supplémentaire : « Etes-vous issue de l'immigration ? » avec comme possibilité de réponse : 'non', 'oui, d'un pays de l'Union européenne', 'oui, d'un pays ne faisant pas partie de l'Union européenne'.

- En ce qui concerne le type d'accouchement, l'analyse des données relatives aux accouchements à l'hôpital en 2022 et 2023 donne également des résultats cohérents avec le profil des répondantes : 23% de césariennes (25% pour les BIM et 23% pour les non-BIM).

### 3.2. Utilisation des soins

Le **questionnaire** demandait pour différent-es prestataires de soins (gynécologue, sage-femme, médecin généraliste, kinésithérapeute) si la répondante avait eu (au moins) un contact pendant la grossesse ou après l'accouchement, une fois qu'elle avait quitté l'hôpital. Cette question a été posée à l'aide de **questions fermées**. Nous disposons également de ces données dans les **bases de données MC**, sur la base des données de facturation. Dans le tableau 2, nous comparons l'utilisation des soins déclarée par nos répondantes avec l'utilisation des soins calculée à partir des données de facturation<sup>6</sup> pour 75.761 accouchements au cours de la période 2022-2023. Le tableau reprend les pourcentages de personnes ayant eu des contacts avec des prestataires de soins, durant la période pré et postnatale. À gauche, sont repris les résultats pour les 2.943 ré-

pondantes à l'enquête, à droite ceux obtenus suite à l'analyse des données de facturation.

Pour les **soins prénatals**, l'utilisation des soins déclarée par nos répondantes est comparable à celle de tous les membres de la MC ayant accouchée en 2022 ou 2023, à quelques nuances près. Ainsi, par rapport aux répondantes à l'enquête, les mères issues de nos données voient un peu plus les sages-femmes (86% versus 75%) et un peu moins les kinésithérapeutes (33% versus 39%). Selon le statut BIM, il existe aussi des différences, surtout pour les kinésithérapeutes où les mères BIM issues de l'enquête y recourent davantage.

Pour le suivi **postnatal**, le constat est identique : nos répondantes ont un suivi fort parallèle à celui de l'ensemble des membres de la MC ayant accouché en 2022 ou 2023, à quelques nuances près. Par exemple : le suivi des mères BIM. Ici, les répondantes à l'enquête font état d'un suivi plus important que ce que nous montrent nos données (par exemple : 89% de nos répondantes disent avoir vu un gynécologue après leur sortie de l'hôpital, nous n'en voyons que 71% dans nos données). Cependant, les différences BIM/non-BIM restent bien marquées.

Tableau 2 : Recours aux soins, comparaison entre les répondantes à l'enquête et l'ensemble des membres de la MC ayant accouché en 2022-2023, bénéficiant de l'intervention majorée (BIM) ou non (Source : MC)

	Enquête (n=2.943)			Analyse des données 2022-2023 (n=75.761)		
	Total	BIM	Non-BIM	Total	BIM	Non-BIM
<b>Soins prénatals</b>						
• Gynécologue	100%	99%	100%	100%	100%	100%
• Sage-femme	75%	63%	77%	86%	76%	88%
• Kinésithérapie	39%	34%	40%	33%	14%	35%
• Médecin généraliste	54%	44%	55%			
• Autres (diététicien, psychologue, ostéopathe)	37%	34%	37%			
<b>Soins postnatals</b>						
• Gynécologue	95%	89%	96%	86%	71%	88%
• Sage-femme	93%	82%	95%	92%	88%	93%
• Kinésithérapie	68%	43%	71%	71%	55%	73%
• Médecin généraliste	14%	22%	13%			
• Autres (diététicien, psychologue, ostéopathe)	34%	37%	33%			

*Chiffres en couleur: la différence entre BIM et non-BIM est statistiquement significative ( $p < 0.05$ ).*

6 Pour les analyses de données de facturation, nous n'avons pas de données complètes pour les autres soins reçus (psychologues, etc.). Nous avons laissé de côté le recours aux médecins généralistes en tant que suivi de la grossesse, car les données ne permettent pas de déterminer la raison d'un contact avec un généraliste.

### 3.3. Pourquoi est-ce que certains soins ne sont pas utilisés ?

Le **questionnaire** demandait aux femmes si elles avaient eu des contacts avec différent-es prestataires de soins (gynécologue, sage-femme, médecin généraliste, kinésithérapeute) avant et après l'accouchement. En fonction de la réponse, nous leur avons ensuite demandé pour quelle(s) raison(s) elles n'avaient pas été suivies. Des **questions fermées** ont été posées à ce sujet. Une **question ouverte** a été ajoutée à la fin de la partie sur les soins prénatals et de la partie sur les soins postnatals. Il a été demandé aux répondantes si elles souhaitaient ajouter quelque chose au sujet des soins prodigués avant ou après l'accouchement. Dans ce qui suit, nous décrivons les résultats de ces questions fermées et ouvertes.

#### 3.3.1. Soins prénatals

**Les mères sans contact prénatal avec une sage-femme** ont indiqué que cela était dû au fait que leur grossesse était suivie par leur gynécologue (93%). Une autre raison invoquée est que l'on n'a pas ressenti le besoin de le faire (37%). Cette dernière raison a été plus souvent avancée par les mères non-BIM (3% contre 24% chez les mères BIM). Enfin, 14% ont indiqué qu'elles ne savaient pas que c'était possible et 12% qu'elles ne savaient pas pour quelles raisons elles pouvaient consulter une sage-femme.

**Les mères sans contact prénatal avec un-e médecin généraliste** donnent comme raison que leur grossesse a été suivie par leur gynécologue (94%) ou une sage-femme (33%), ou qu'elles n'en ont pas ressenti le besoin (28%). 9% ont indiqué qu'elles ne savaient pas que c'était possible, mais cette raison est donnée significativement plus souvent par les mères BIM (17%) que par les mères non-BIM (7%).

**Les mères sans contact avec un-e kinésithérapeute** ont indiqué qu'elles ne le jugeaient pas nécessaire (44%), qu'on ne le leur avait pas proposé (29%) ou qu'elles ne savaient pas que cela existait (16%). Il est également frappant de constater que 12% des mères déclarent qu'elles n'avaient pas le temps. Pour 8% d'entre elles, il était trop difficile de se libérer au travail et pour 7% d'entre elles, il était difficile de se libérer pour des raisons familiales (soin des enfants, tâches ménagères). Ces trois catégories de réponses montrent clairement qu'il n'est pas facile pour les femmes enceintes de prendre le temps de s'occuper d'elles-mêmes. Les mères BIM indiquent significativement plus souvent qu'elles ne savaient pas que cela existait (27% contre 15% pour non-BIM). Les mères non-BIM déclarent plus souvent qu'elles ne trouvaient pas cela nécessaire (46% vs 31% BIM).

Dans une **question ouverte**, des mères ont noté des informations supplémentaires sur l'utilisation des soins prénatals.

Certaines mères ont indiqué **qu'en tant que femmes enceintes, elles doivent souvent se débrouiller seules** pour savoir quels soins existent et à qui s'adresser pour un suivi adéquat. Elles estiment qu'il serait préférable de centraliser ces informations afin que chaque femme enceinte y ait accès et qu'elles soient faciles à trouver. Elles indiquent également que les femmes enceintes devraient être mieux informées du fait qu'il n'est pas nécessaire de se rendre chez un-e gynécologue pour chaque suivi, mais que c'est également possible auprès d'une sage-femme ou d'un-e médecin généraliste. Dans l'ensemble, il est intéressant de savoir au minimum quels soins sont nécessaires et quels soins peuvent être sollicités sans que cela soit indispensable. Il existe un large éventail de soins possibles pour la grossesse et la préparation à l'accouchement, dont la nécessité absolue n'est pas toujours évidente pour les mères. Il n'est pas non plus toujours facile de trouver un-e kinésithérapeute spécialisé-e dans les soins prénatals et postnatals. Souvent, elles doivent également chercher par elles-mêmes des solutions pour que l'administration soit en ordre, des informations sur les soins qui sont remboursés.

*« Il est très difficile de trouver des informations sur les soins disponibles, l'information est éparpillée et les femmes sont quelque peu livrées à elles-mêmes ou doivent prendre de nombreuses initiatives pour obtenir les soins adéquats. Si une personne ose moins poser des questions, ou n'a pas/peu accès à l'internet, ou ne sait pas quelles instances consulter, elle risque de ne pas recevoir les soins adéquats/souhaités ».*

*« Je réalise seulement maintenant que certaines consultations (parfois chères) chez le-la gynécologue pourraient peut-être aussi être effectuées chez le-la médecin généraliste. Cette option devrait peut-être être indiquée plus clairement aux patientes. Mes gynécologues m'ont toujours donné l'impression qu'il fallait toujours venir chez eux-elles pour des consultations. Mais si vous recevez un rendez-vous dans leur cabinet privé (il n'y a souvent pas le choix), c'est souvent très cher. Alors qu'une consultation à l'hôpital est justement plus abordable ... ».*

#### 3.3.2. Soins postnatals

**Les femmes qui n'ont pas eu de contact postnatal avec un-e gynécologue** ont indiqué que leur sage-femme faisait le suivi (45%), qu'elles ne pensaient pas que c'était néces-

saire (30%), qu'elles ne savaient pas que c'était possible (17%) ou que le-la médecin généraliste avait fait le suivi (14%).

**Les mères qui n'ont pas eu de contact avec une sage-femme** n'en avaient pas besoin (63%), ne savaient pas que c'était possible (14%) ou voulaient vivre cette période en famille sans inconnus à la maison (12%). Les mères BIM donnent également comme raison le fait que leur maison n'était pas rangée (désordre, chambre du nouveau-né pas prête, gêne liée à l'état de la maison, etc.) (14%), ce qui est significativement plus fréquent que chez les mères non-BIM (2%).

**Les mères sans contact avec un-e médecin généraliste** pour un suivi après l'accouchement déclarent que c'est parce qu'elles ont été suivies par leur gynécologue (72%) ou par leur sage-femme (59%). Le suivi par une sage-femme est significativement moins souvent cité comme raison par les mères BIM (33% contre 62% chez les non-BIM).

**Les mères qui n'ont pas suivi de kinésithérapie postnatale après avoir quitté l'hôpital** pensaient que ce n'était pas nécessaire (39%), n'avaient pas le temps (32%), n'avaient personne pour s'occuper de leur enfant pendant qu'elles allaient chez le-la kinésithérapeute (17%) ou connaissaient encore les exercices des accouchements précédents (16%). Les mères BIM indiquent significativement plus souvent qu'elles ne savaient pas que cela existait (19% contre 6% pour non-BIM). Ne pas avoir le temps pour cela est évoqué moins souvent par les mères BIM (21%) que les mères non-BIM (35%).

Dans une **question ouverte, plusieurs mères ont donné des informations complémentaires relatives aux soins après l'accouchement.**

Certaines mères indiquent qu'**elles doivent tout découvrir par elles-mêmes**. Il y a un manque d'information concernant les soins existants. Les mères se sentent mal informées. En outre, elles doivent souvent organiser tous les soins avant l'accouchement pour s'assurer que les prestataires de soins dont elles ont besoin seront disponibles après l'accouchement (par exemple un-e kinésithérapeute et une sage-femme).

*« Une grande partie de l'initiative repose sur vous en tant que mère. Il faut trouver les bonnes instances/personnes pour trouver les bons soins qui répondent à vos besoins (cela vaut en fait pour les soins avant et pendant l'accouchement) ».*

Plusieurs mères indiquent qu'il **faut accorder plus d'attention et de repos aux mères (et aux pères)**. Après l'accouchement, l'attention se focalise principalement sur le nouveau-né et la mère est oubliée. À ce moment-là, il y a pourtant beaucoup de choses à régler, de sorte qu'il est difficile de se reposer. Les mères n'ont donc pas vraiment le temps de s'occuper d'elles-mêmes (par exemple, la kinésithérapie postnatale). Elles indiquent se sentir parfois très seules en tant que jeune mère. L'idée d'organiser des contacts avec d'autres mères leur plairait beaucoup. Des répondantes ont indiqué qu'il fallait également accorder plus d'attention aux pères, qui sont parfois oubliés lors de l'accouchement. Elles estiment également qu'elles doivent reprendre le travail beaucoup trop vite et demandent un congé de maternité plus long. Mais le congé accordé au père ou au coparent est également beaucoup trop court, de sorte que la mère se retrouve très vite seule avec son nouveau-né.

*« Il y a beaucoup de choses qui se passent, avec les visites de la sage-femme, l'enfant, la famille et une visite chez le-la pédiatre, alors que je voulais justement récupérer un peu ».*

Certaines mères **en Flandre** ont déclaré que **l'aide à la maternité<sup>7</sup> a été d'une grande aide après l'accouchement**. Elles ont beaucoup apprécié de se faire aider à la maison, de pouvoir dormir un peu ou de trouver une oreille attentive. Elles regrettent toutefois que l'aide à la maternité ne soit plus remboursée après trois mois. De ce fait, l'aide à la maternité disparaît souvent au moment où elles doivent reprendre le travail, alors qu'elles en ont vraiment besoin à ce moment-là.

*« J'ai eu beaucoup de mal à accepter l'arrêt (pour moi, trop tôt) de l'aide à la maternité. La société semble penser que vous êtes complètement revenue à la normale 3 mois après l'accouchement. L'aide à la maternité s'arrête juste au moment où vous devez également reprendre le travail. Ce sont en fait les semaines les plus*

7 L'aide à la maternité (kraamzorg) est disponible en Flandre et dans les services néerlandophones à Bruxelles. L'aide à la maternité comprend l'assistance médicale d'une sage-femme et l'aide domestique d'un-e assistant-e de maternité (kraamverzorg(st)er). Le coût de l'aide à la maternité dépend du revenu familial et est fixé par le gouvernement flamand. Certaines mutualités et assurances interviennent dans les coûts de l'aide à la maternité. On peut bénéficier de cette aide d'un mois avant à trois mois après l'accouchement (Parentia Vlaanderen, s.d.). En Belgique francophone, cette offre intégrée n'existe pas. Les mères peuvent faire appel à une sage-femme ou éventuellement à une aide familiale ou à une aide à domicile.

*difficiles et soudain, vous vous retrouvez seule. Il est très bizarre que l'aide à la maternité ne puisse pas être maintenue ... ».*

D'autres mères ont déclaré qu'elles **ont été très bien aidées par la sage-femme qui s'est rendue à leur domicile**. Cela a vraiment fait une différence pour elles et les a parfois aidées à traverser ces premiers mois. Les sages-femmes leur apportent également une aide précieuse en matière d'allaitement. Elles font parfois la différence et permettent de démarrer l'allaitement.

*« J'ai pris moi-même l'initiative de faire venir une sage-femme à la maison. Elle a suivi ma convalescence, ainsi que notre bébé (poids, taille, soin du nombril, alimentation, etc.). Je recommande à tout le monde, car dès que vous rentrez chez vous, vous n'avez plus d'aide ».*

### 3.4. Le séjour de la mère et de l'enfant à l'hôpital

Dans le **questionnaire**, plusieurs questions **fermées et ouvertes** ont été posées sur le séjour de la mère et de l'enfant à l'hôpital. Plusieurs questions fermées comportaient également une option « Autre, spécifiez » au cas où la répondante ne trouvait pas sa réponse parmi les options proposées. Le traitement de ces réponses « Autre, spécifiez » et des questions ouvertes permet de mieux comprendre les expériences des mères pendant leur séjour à l'hôpital après l'accouchement. Nous disposons également des données relatives à la durée de l'hospitalisation dans nos **bases de données MC** à partir des données de facturation. C'est pourquoi, le point 3.4.3 (durée du séjour) compare les résultats de l'enquête avec ceux des bases de données MC.

#### 3.4.1. Choix de la chambre de la mère et assurance hospitalisation

La plupart des répondantes (82%) ont séjourné dans une chambre individuelle à la maternité. Cependant, il existe un clivage social à ce niveau, puisque seulement 44% des mères BIM ont séjourné en chambre individuelle, ce qui est nettement moins que les 87% des mères non-BIM.

Le coût d'un séjour en chambre individuelle est plus élevé que celui d'un séjour en chambre à plusieurs lits<sup>8</sup>. Il est donc intéressant d'examiner également la proportion de mères bénéficiant d'une assurance hospitalisation. En fonction de la couverture, celle-ci réduit plus ou moins les coûts à charge et peut contribuer à déterminer le choix de la chambre. 92% des mères ont déclaré dans l'enquête qu'elles disposaient d'une assurance hospitalisation. Comme 2% d'entre elles étaient encore en stage d'attente, l'assurance hospitalisation s'appliquait à l'accouchement pour 90% des mères. Comme on pouvait s'y attendre, le clivage social se manifeste ici aussi : **la proportion de mères BIM disposant d'une assurance hospitalisation (69%) est significativement inférieure à celle des mères non-BIM (95%)**. Un autre résultat frappant est que 11% des mères BIM ne savent pas si elles bénéficient d'une telle assurance, contre seulement 1% des mères non-BIM (cette différence est statistiquement significative).

#### 3.4.2. Expérience des mères avec les prestataires de soins

La majorité des nouveau-nés sont restés avec leur mère dans le service de maternité (87%). Toutefois, c'était significativement moins souvent le cas chez les mères BIM (77% contre 89% chez les mères non-BIM). 10% des nouveau-nés ont séjourné dans le service de néonatalogie. Il n'y a pas de différence significative à ce niveau entre les enfants de mères BIM (12%) et ceux de mères non-BIM (9%). Il existe également une forme intermédiaire (« une chambre Koala ») où la mère et son bébé se trouvent ensemble dans la chambre et où le bébé reçoit des soins néonataux. C'est le cas pour 2% de tous les nouveau-nés, avec une part significativement plus élevée pour ceux de mères BIM (8% contre 2% chez les non-BIM).

Nous avons interrogé les mères sur leur expérience en fonction du type de séjour de leur enfant (maternité, néonatalogie ou chambre koala) à l'aide d'un certain nombre d'affirmations. Les personnes pouvaient attribuer à chaque affirmation un score allant de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord).

8 Cette différence de prix selon le type de chambre s'explique en grande partie par le fait que des suppléments de chambre et d'honoraires peuvent être facturés pour les séjours en chambre individuelle, ce qui n'est pas le cas pour les séjours en chambre double ou multiple. Ces suppléments peuvent être élevés, ne sont pas couverts par l'assurance soins de santé obligatoire et sont donc entièrement à la charge du/de la patient-e.

Figure 1 : Expérience des mères avec les prestataires de soins à la maternité (Source : MC)

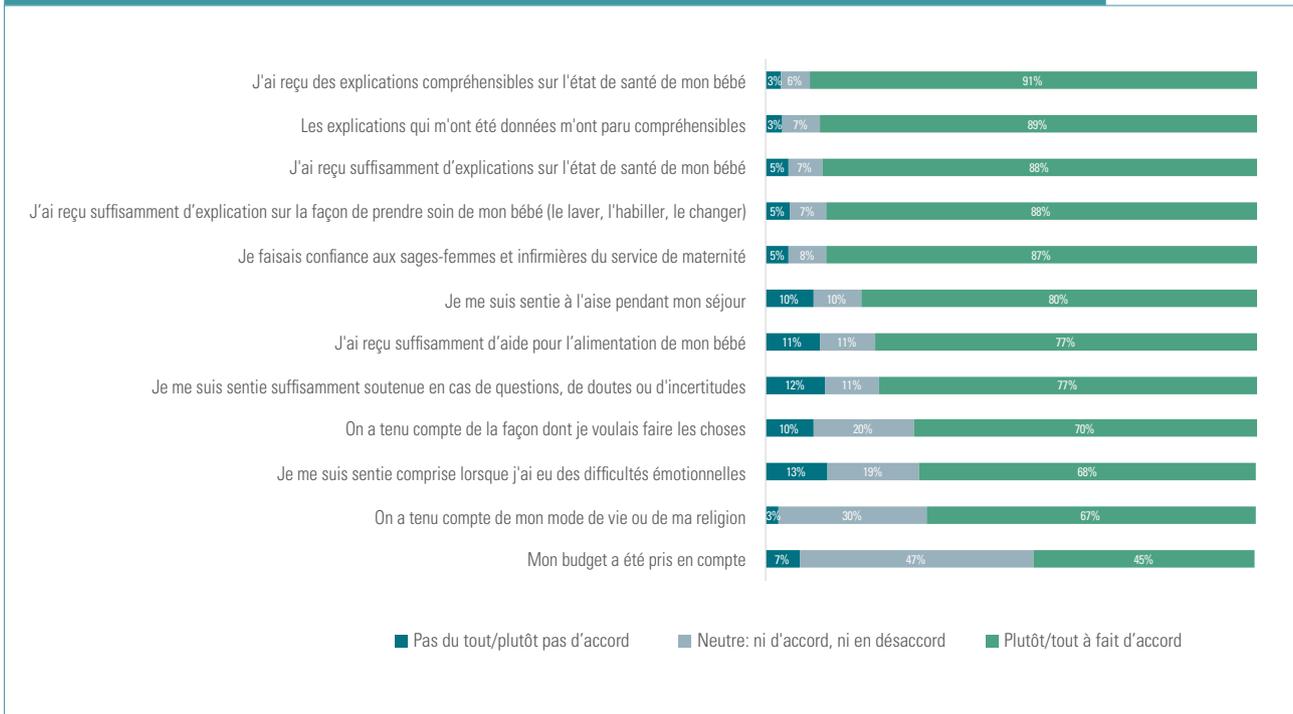
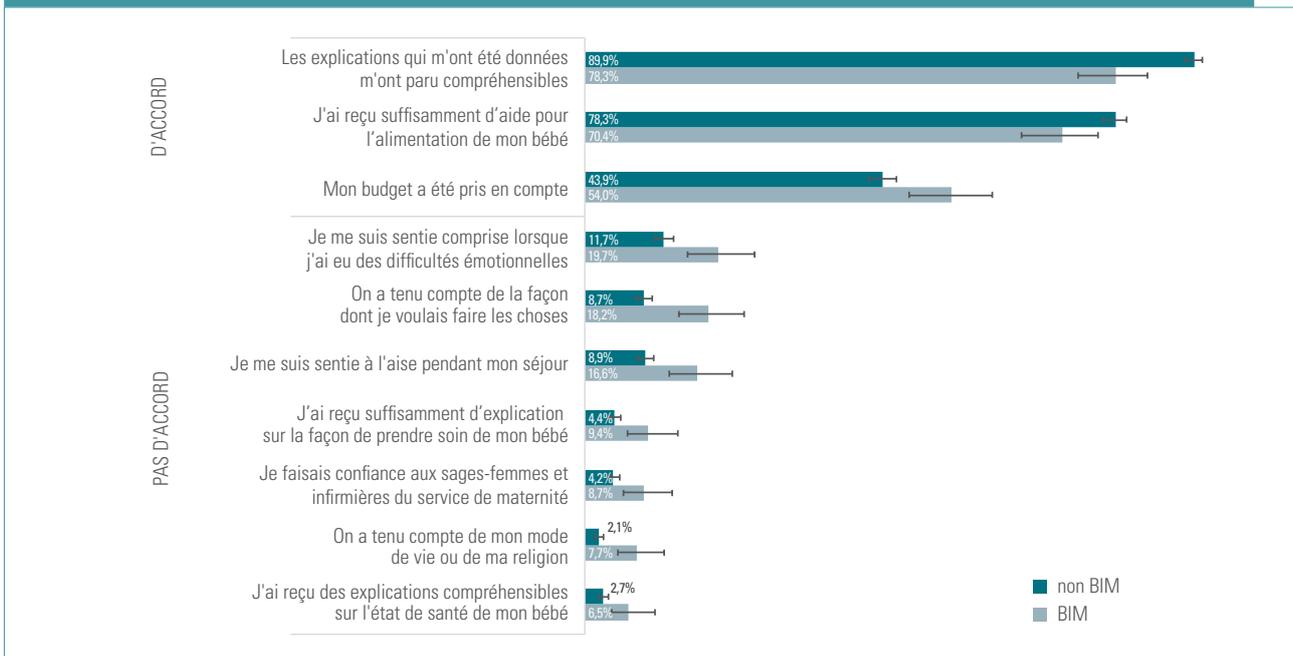


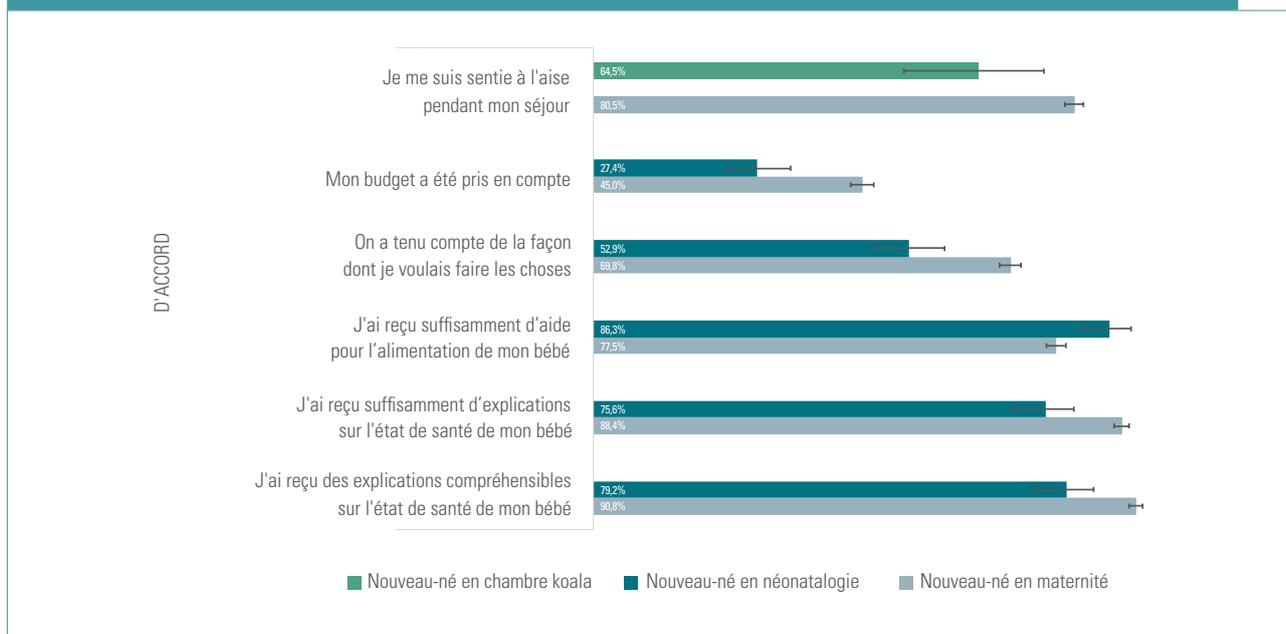
Figure 2 : Expérience des mères avec les prestataires de soins à la maternité, selon le statut BIM (Source : MC)



La figure 1 montre que les mères qui sont restées avec leur enfant à la **maternité** estiment avoir reçu des explications suffisantes et compréhensibles sur l'état de santé de leur enfant. Elles ont également reçu des explications adéquates sur la manière de s'occuper de leur enfant, ont trouvé ces explications compréhensibles et se sont senties à l'aise pendant leur séjour. Elles avaient confiance dans les sages-femmes et les soignant-es de la maternité.

C'était un peu moins évident pour obtenir de l'aide pour l'alimentation, pour être attentif à la façon dont la mère veut faire les choses et se sentir soutenue en cas de questions, de doutes et d'incertitudes. Là où il y a encore des progrès à faire, c'est de faire preuve de compréhension lorsque la mère est en proie à des difficultés émotionnelles et de prendre en compte le mode de vie ou la religion de la mère. Moins de 70 % des mères sont d'accord avec ces af-

Figure 3 : Expérience des mères avec les prestataires de soins selon le lieu de séjour du nouveau-né (Source : MC)



firmations. Enfin, seulement 45% des mères sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle leur budget a été pris en compte.

Les mères BIM obtiennent des scores nettement inférieurs à ceux des mères non-BIM sur un certain nombre d'affirmations. Cela signifie qu'elles sont significativement plus souvent « pas d'accord » (plutôt + tout à fait pas d'accord) avec l'affirmation, soit significativement moins souvent « d'accord » (plutôt + tout à fait d'accord). La figure 2 montre toutes les différences significatives dans l'évaluation de la maternité selon que les mères bénéficient ou non de l'intervention majorée.

Les résultats chez les mères dont les enfants ont séjourné en **néonatalogie** ou dans une **chambre koala** sont similaires. Néanmoins, il existe des différences significatives

entre l'expérience en maternité et en néonatalogie et l'expérience entre la maternité et une chambre koala (voir figure 3).

### 3.4.3. Durée du séjour de la mère à l'hôpital

**Combien de temps la mère reste-t-elle à l'hôpital après l'accouchement ?** Le tableau 3 donne la comparaison entre les réponses à l'enquête et l'analyse des bases de données MC pour tous les accouchements à l'hôpital en 2022 et 2023. Les résultats sont tout à fait comparables : les séjours principaux sont les séjours de trois ou quatre nuits, les séjours plus longs sont rares (bien qu'ils semblent être surreprésentés dans l'enquête). Les courts séjours ne sont plus une exception et les mères BIM ont une propension plus importante à y avoir recours.

Tableau 3 : Durée de séjour : comparaison entre les répondantes à l'enquête et l'ensemble des membres de la MC ayant accouché en 2022-2023, bénéficiant de l'intervention majorée (BIM) ou non (Source : MC)

Durée de séjour en maternité	Enquête (n = 2.943)			Analyse des données 2022-2023 (n = 75.761)		
	Total	BIM	Non-BIM	Total	BIM	Non-BIM
<b>1 ou 2 nuits</b>	26%	33%	25%	28%	39%	27%
<b>3 ou 4 nuits</b>	60%	47%	62%	68%	56%	69%
<b>5 nuits ou plus</b>	14%	21%	13%	4%	5%	4%

Chiffres en couleur: la différence entre BIM et non-BIM est statistiquement significative ( $p < 0.05$ ).

**Qui décide du moment où la mère rentre chez elle ?** Il s'agit généralement du-de la gynécologue (49%), mais la décision est aussi souvent prise conjointement (mère et gynécologue ensemble : 37%). La mère prend elle-même cette décision dans 13% des cas. **Parmi les mères BIM (61%), il s'agit significativement plus souvent d'une décision du-de la gynécologue par rapport aux mères non-BIM (47%).** Chez les mères non-BIM, une décision conjointe est prise significativement plus souvent (38% contre 26% chez les BIM).

**Que pense la mère de la durée de son séjour ?** La majorité (62%) a estimé que ce nombre de nuits était idéal, tandis que 20% auraient préféré rester un peu plus longtemps et 17% auraient préféré rentrer chez elles plus tôt. Les mères BIM (51%) estiment moins souvent la durée de leur séjour comme étant le nombre idéal de nuits que les mères non-BIM (63%). Elles auraient préféré rentrer chez elles plus tôt (27% BIM contre 16% non-BIM).

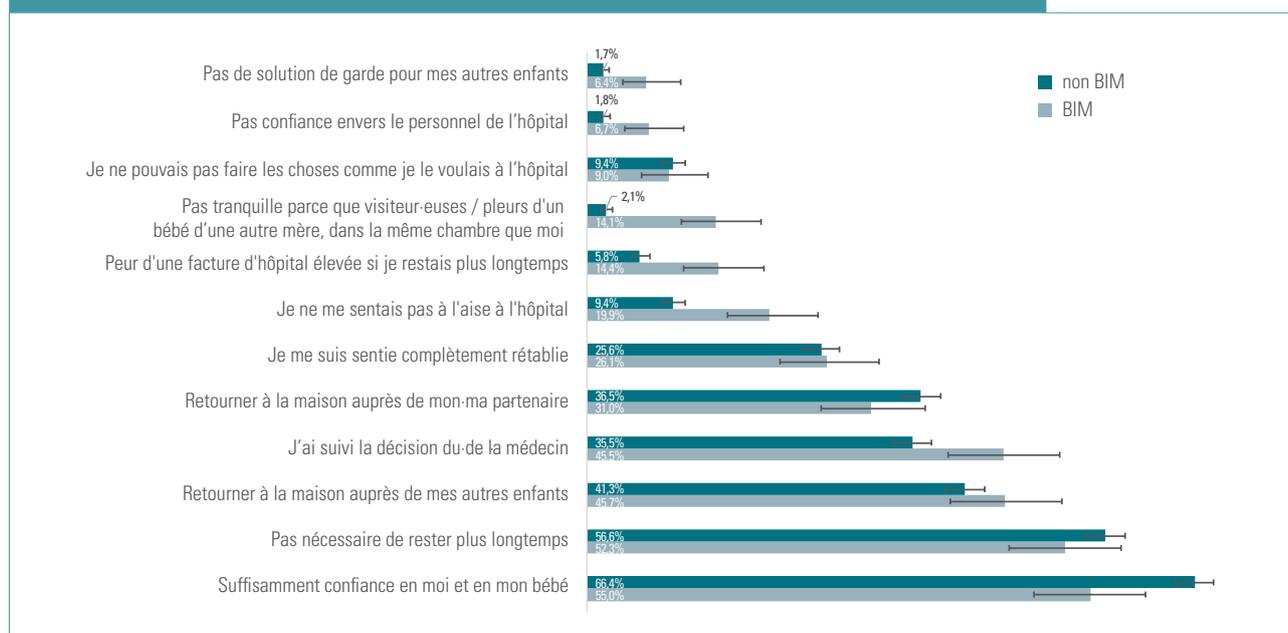
**Pourquoi ont-elles pensé qu'il était temps de rentrer chez elles ?** Cette question a été posée à la fois aux mères qui estimaient que la durée de leur séjour était idéale et à celles qui auraient préféré rentrer chez elles plus tôt. Les raisons les plus souvent citées sont le fait d'avoir suffisamment confiance en soi et en son bébé pour rentrer chez soi (65%) et le fait de ne pas ressentir le besoin de rester plus longtemps (56%). Les raisons suivantes sont également fréquemment mentionnées : être de retour à la maison avec

les autres enfants (42%) ou le-la partenaire (36%), se sentir complètement rétablie (26%) et ne pas se sentir à l'aise à l'hôpital (11%). 37% des mères déclarent avoir simplement suivi la décision du-de la médecin.

La figure 4 montre que les raisons de rentrer à la maison diffèrent entre les mères BIM et les mères non-BIM. Ainsi, les mères BIM ont significativement **moins souvent** confiance en elles-mêmes et en leur enfant. Elles ont indiqué **plus souvent** qu'elles suivaient la décision du-de la médecin, ne se sentaient pas à l'aise à l'hôpital, craignaient une facture élevée en cas de séjour prolongé, n'avaient pas l'esprit tranquille, car elles partageaient la chambre avec une autre mère et son enfant et ne faisaient pas confiance au personnel de l'hôpital.

Une mère sur dix a justifié son désir de rentrer chez elle (plus tôt) par le fait qu'elle ne se sentait pas à l'aise à l'hôpital. Chez les mères BIM, cette proportion s'élève à une sur cinq. À toutes les mères qui ont donné cette réponse, nous avons demandé dans une question ouverte supplémentaire **pourquoi elles ne se sentaient pas à l'aise**<sup>9</sup>. Des mères disent **qu'elles ne pouvaient pas se reposer en raison du trop grand nombre de membres du personnel qui passaient dans la chambre**. Les sages-femmes passent, ainsi que les médecins, le-la kinésithérapeute, les repas sont apportés, quelqu'un vient faire le ménage, etc. Cela les amène parfois à rentrer chez elles épuisées par le manque de sommeil et

Figure 4 : Raisons de rentrer à la maison selon le statut BIM de la mère (Source : MC)



9 Les réponses présentées sont les réponses recodées qui ont été le plus souvent évoquées. Cela ne veut donc pas dire que toutes les mères ont donné toutes les réponses. Il s'agit d'une liste des thèmes qui reviennent le plus souvent.

de repos. Des mères estiment en outre qu'elles **n'ont pas reçu d'aide ou une aide insuffisante**. Certaines mères se sont senties livrées à elles-mêmes. D'autres mères, par exemple, sont incapables de faire quoi que ce soit après une césarienne et n'ont cependant pas reçu d'aide.

*« Juste après la césarienne, je me suis levée et j'ai pris une douche toute seule, sans aide. Heureusement, mon partenaire était là. Ils sont à peine venus dans la chambre. Je me suis vraiment sentie seule. En cas de douleur, appuyer sur la sonnette a malheureusement pris beaucoup de temps. Pas d'empathie et pas d'aide ».*

Des mères indiquent qu'elles estiment qu'il y a **un manque de personnel**, qu'il ne dispose pas d'assez de temps. Cette situation est perçue comme un problème majeur, surtout la nuit, lorsqu'il n'y a parfois qu'une seule sage-femme pour toutes les mères qui ont accouché. Des mères déclarent que, de jour comme de nuit, elles doivent attendre longtemps que quelqu'un passe après avoir appuyé sur la sonnette. Il y a des mères qui comprennent cette situation difficile du personnel, mais cela ne les aide pas.

*« Le personnel était en sous-effectif. Nous devons parfois attendre longtemps pour que quelqu'un puisse se libérer. De ce fait, je devais parfois attendre pour avoir des antidouleurs, de l'aide pour mettre mon bébé au sein, etc. Il est arrivé que personne ne puisse venir ».*

Des mères ne trouvent pas les **conditions de la chambre d'hôpital agréables** : beaucoup de bruit dans le couloir, il fait parfois beaucoup trop chaud dans la chambre (surtout pendant les étés chauds), on a un très mauvais lit ou matelas, ou la chambre est trop petite et étouffante. Autant de raisons pour lesquelles elles dorment mal ou n'arrivent pas à se reposer. Des mères se plaignent également de la mauvaise qualité de la nourriture ou de la nourriture qui n'est pas adaptée aux mères qui viennent d'accoucher (et qui ont eu un travail pénible) ou qui allaitent.

Des mères indiquent également qu'à l'hôpital **elles ne pouvaient pas faire les choses comme elles le souhaitaient**. Elles disent que les sages-femmes imposent leur façon de faire, sans tenir compte de la façon dont elles veulent le faire en tant que mères. Des mères estiment également que les sages-femmes interviennent trop ou critiquent leur façon de faire en tant que mères.

*« Je n'ai pas pu suivre mon cœur de mère. Je voulais avoir un contact peau à peau aussi souvent que possible et lorsque ma fille voulait boire, je la mettais près*

*de moi. Mais cela ne correspondait pas à la 'politique' de certaines sages-femmes ... Dommage ! »*

Des mères soulignent également les **informations et conseils contradictoires qu'elles reçoivent des différent-es prestataires de soins**. Comme différentes sages-femmes se rendent sur place, il arrive qu'elles donnent chacune des conseils différents, en particulier en ce qui concerne l'allaitement. Pour des mères (et en particulier pour celles qui deviennent mères pour la première fois), il est particulièrement déroutant de recevoir des conseils différents à chaque fois. Cela les rend peu sûres d'elles et elles ne savent finalement plus comment faire.

Des mères estiment qu'elles **ont reçu un soutien nul, insuffisant ou médiocre en matière d'allaitement**. Tout doit aller trop vite et il n'y a pas assez de temps pour aider la mère à allaiter. Trop d'informations contradictoires sont également données. La vision des sages-femmes est imposée, ce qui stresse la mère et n'est pas propice à un bon démarrage de l'allaitement. Souvent, l'allaitement ne commence à bien fonctionner qu'une fois que la mère est à la maison et qu'elle peut tranquillement déterminer le déroulement à sa façon et à son rythme, éventuellement avec l'aide de la sage-femme habituelle. Il arrive que l'allaitement échoue en raison du manque d'aide et de soutien à l'hôpital.

*« J'avais l'impression d'être dans une usine où l'on entrainait rapidement et où l'on mettait le bébé au sein sans explication, sans rien, et si l'on appelait, on avait quelqu'un d'autre, puis encore quelqu'un d'autre ».*

**Pourquoi auraient-elles préféré rester plus longtemps à l'hôpital ?** Cette question a été posée aux mères qui ont indiqué qu'elles auraient préféré rester plus longtemps à l'hôpital. Cela s'explique en grande partie par le fait que les personnes ne se sentaient pas suffisamment rétablies physiquement (61%). Parmi les autres raisons invoquées, citons le fait de se sentir à l'aise à l'hôpital (41%), de ne pas avoir encore suffisamment confiance en soi et en son enfant (35%) et d'avoir besoin de plus d'informations et de conseils sur l'alimentation et les soins à donner à l'enfant (22%). Une mère sur cinq (21%) a déclaré se sentir triste (par exemple, *baby blues*) et 13% ont déclaré être trop occupées à la maison (par exemple, avec les autres enfants).

### 3.5. Accessibilité financière des soins

Dans quelle mesure les soins liés à un accouchement sont-ils abordables ? C'était une thématique traitée dans

Tableau 4 : Pourcentage des répondantes estimant que les soins prénatals et postnatals et le séjour à l'hôpital sont abordables selon le statut BIM (Source : MC)

	Total	BIM	Non-BIM
<b>Tous les soins prénatals</b>	51%	44%	52%
• Gynécologue	54%	58%	53%
• Sage-femme	78%	71%	79%
• Médecin généraliste	89%	81%	90%
• Kinésithérapeute	44%	39%	45%
• Autres (diététicien, psychologue, ostéopathe)	25%	26%	25%
<b>Séjour à l'hôpital</b>	57%	51%	58%
<b>Tous les soins postnatals</b>	56%	54%	57%
• Gynécologue	57%	61%	57%
• Sage-femme	80%	70%	82%
• Médecin généraliste	82%	81%	83%
• Kinésithérapeute	47%	50%	47%
• Autres (diététicien, psychologue, ostéopathe)	21%	25%	21%

Chiffres en couleur: la différence entre BIM et non-BIM est statistiquement significative ( $p < 0.05$ ).

le questionnaire à l'aide de diverses questions fermées. Grâce à une question ouverte, nos répondantes ont aussi apporté des commentaires éclairants. Enfin, à l'aide de nos données de facturation et d'informations provenant du baromètre de la facture hospitalière de l'AIM, nous pouvons donner une estimation du coût de ces soins, de façon à mettre en lumière que le sentiment de nos répondantes correspond bien à la réalité.

### 3.5.1. Proportion de répondantes qui trouvent les soins abordables financièrement

Dans le questionnaire, on a demandé via une question fermée aux mères dans quelle mesure elles estimaient que les soins liés à l'accouchement étaient abordables financièrement. Cette question a été posée pour les soins prénatals et postnatals et le séjour à l'hôpital, sur une échelle de 1 (pas du tout abordable) à 5 (très abordable), complétée par la mention « pas d'application » (option au cas où l'on n'aurait pas eu recours à un soin particulier). Le tableau 4 montre le pourcentage de mères qui ont trouvé les soins de santé abordables (« très abordables » ou « plutôt abordables »).

Pour l'ensemble des mères, les contacts prénatals et postnatals avec un-e médecin généraliste (89% et 82%) et une sage-femme (78% et 80%) sont correctement abordables. L'accessibilité financière du-de la gynécologue obtient un score inférieur : seulement 54% des femmes estiment que les contacts prénatals sont abordables et 57%

que les contacts postnatals sont abordables. Les résultats pour les exercices pré et postnatals chez le-la kinésithérapeute sont encore plus mauvais (44% et 47%, respectivement). Les autres soins prénatals et postnatals obtiennent un score très faible. Seule la moitié des mères estime que tous les soins prénatals sont abordables. L'accessibilité financière du séjour à l'hôpital (57%) et de l'ensemble des soins postnatals (56%) n'obtient pas de meilleurs résultats.

Le tableau 4 montre en outre qu'il y a peu de différences significatives entre les mères BIM et non-BIM. Seuls les soins d'une sage-femme sont jugés moins abordables par les mères BIM, tant en période prénatale (71% contre 79%) qu'en période postnatale (70% contre 82%). En outre, seuls les contacts prénatals chez le-la médecin généraliste sont considérés comme moins abordables par les mères BIM (81%) que par les non-BIM (90%).

Nous avons également demandé aux mères dans quelle mesure elles **se sentaient informées à l'avance du coût prévu de leur hospitalisation** pour leur accouchement. Seuls 35% d'entre elles s'estimaient plutôt bien à très bien informées, tandis que 39% s'estimaient plutôt mal à très mal informées. Il n'y a pas de différence entre les mères BIM et non-BIM.

Ces résultats montrent que **l'accessibilité financière des soins pré et postnatals et du séjour à l'hôpital doit encore faire l'objet d'une attention particulière.**

### 3.5.2. Pourquoi les soins prénatals sont difficiles à payer

Le fait que l'accessibilité financière des soins prénatals mérite une attention particulière ressort également des **réponses à la question ouverte** permettant aux répondantes qui le souhaitaient d'ajouter quelque chose en lien avec les soins liés à l'accouchement. Une grande partie des mères ont déclaré que **le coût des soins prénatals peut être élevé**. Elles ont renvoyé ici au coût élevé du de la gynécologue et du de la kinésithérapeute. L'une des raisons principales est que ces prestataires sont souvent non conventionnés, ce qui les rend onéreux-euses (car des suppléments d'honoraires peuvent être facturés). En outre, les rendez-vous chez le-la gynécologue sont nombreux, ce qui entraîne au bout du compte des coûts élevés. Pour le-la kinésithérapeute, il est indiqué que le nombre de séances remboursées est beaucoup trop faible. Il apparaît également que tous les coûts combinés de la grossesse et de l'accouchement s'élèvent à un montant élevé et qu'ils doivent être payés dans des délais très courts.

*« Il n'y a presque plus de gynécologues et de kinésithérapeutes conventionnés en raison de leur faible rémunération par l'INAMI. Espérons que quelque chose sera fait à ce sujet, car cela rend la grossesse et l'accouchement impayables pour certaines personnes ».*

De nombreuses mères ont déclaré que **les soins prénatals étaient bien abordables, mais uniquement grâce à leur assurance hospitalisation**. Certaines répondantes se demandent comment des personnes moins fortunées peuvent payer cela. Elles s'estiment chanceuses d'avoir pu se le permettre grâce à leurs revenus corrects mais savent que tout le monde n'est pas dans cette situation.

*« Pour nous, en tant que famille, c'était financièrement faisable, mais je me demande comment d'autres familles peuvent s'offrir un gynécologue et une sage-femme ».*

Certaines mères disent que certains soins (comme l'ostéopathie, la doula<sup>10</sup>, le-la psychologue) sont bons mais chers, et qu'ils devraient être remboursés.

### 3.5.3. Estimation du coût des soins liés à un accouchement

Grâce à nos données de facturation, on peut donner une estimation objective des frais de santé que les femmes

ayant accouché doivent payer de leur poche, ce qu'on appelle généralement les 'parts personnelles' ou les 'restes à charge'. Ces derniers se composent de deux types de coût : les tickets modérateurs (soit la différence entre la valeur d'une prestation et le remboursement de la mutuelle) et les suppléments (soit ce qui est facturé au-delà de la valeur de la prestation). Ces suppléments sont souvent (mais pas systématiquement) facturés quand les prestataires sont déconventionnés (ce n'est pas le cas lorsque le-la prestataire est conventionné-e, car il-elle s'engage alors à respecter le tarif officiel).

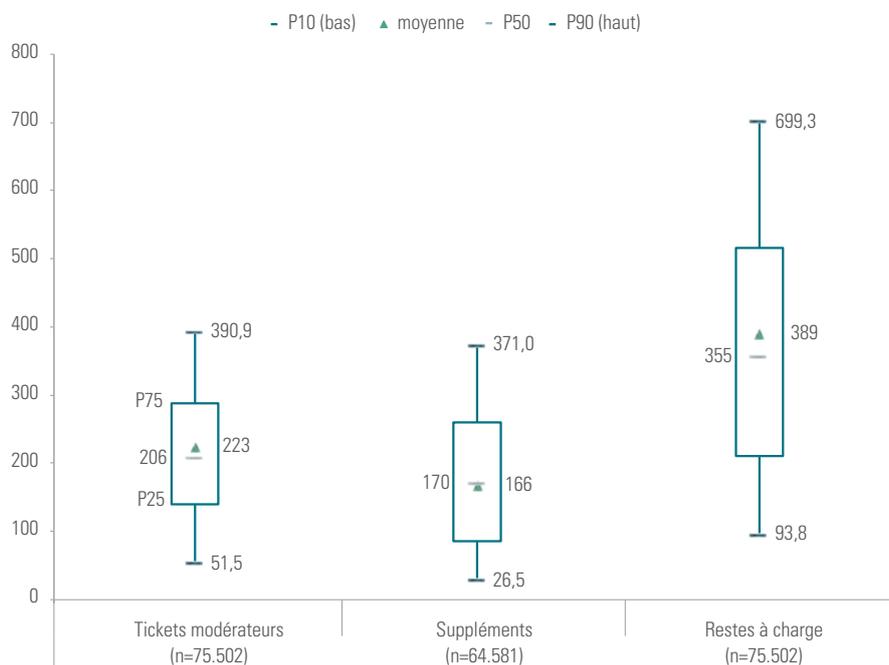
Pour les membres de la MC ayant accouché en 2022 et 2023, nous avons examiné en détail les coûts de leur trajet de soins autour de l'accouchement.

- **En prénatal**, l'accessibilité financière et la sécurité tarifaire sont aux abonnés absents chez les gynécologues. Plus de trois quarts des patientes ont payé des suppléments dans ce secteur (77%), les patientes voyant leur(s) gynécologue(s) onze fois (médiane) durant leur grossesse. Les suppléments médians sont équivalents ou presque aux tickets modérateurs (respectivement 135 euros et 140 euros, soit respectivement environ 13 et 14 euros par contact). En kinésithérapie plus de la moitié (57%) des patientes ont payés des suppléments lors de leurs soins prénatals. Si ces suppléments ne sont pas aussi importants que les tickets modérateurs, ils viennent s'ajouter à des restes à charge déjà importants. Pour les sages-femmes, l'accessibilité financière reste encore très bonne même si, pour certaines patientes payant des suppléments, la facture peut être conséquente (médiane : 14 euros par contact).
- **En postnatal**, les contacts avec les gynécologues se retrouvent encore être les moins accessibles puisque 63% d'entre eux se font avec suppléments d'honoraires (médiane : 20 euros par contact, plus donc que le ticket modérateur). Un peu plus d'un tiers des contacts avec les kinésithérapeutes sont avec suppléments d'honoraires, de l'ordre de 4 à 5 euros par contact (médiane). Quant aux sages-femmes, il y a très peu de contacts avec suppléments enregistrés dans nos données (7%), mais lorsqu'il y en a, ces suppléments sont relativement élevés (médiane : plus de 14 euros par contact).

Afin de rendre compte de l'importance des restes à charges totaux (hors séjour à l'hôpital), nous avons calculé les tickets modérateurs, les suppléments, ainsi que la somme des deux (restes à charge), payés par nos membres ayant

<sup>10</sup> Les doulas sont formées professionnellement pour soutenir une femme sur le plan pratique et émotionnel pendant la grossesse et l'accouchement ([www.dedoula.be](http://www.dedoula.be)).

Figure 5 : Distribution des restes à charge pour les soins pré et postnatals (gynécologues, médecins généralistes, kinésithérapeutes et sage-femmes) (en euros) des membres de la MC ayant accouché en 2022-2023 (Source : MC)



accouché sur les neuf mois précédant l'accouchement (prénatal) et durant les trois mois qui suivent (postnatal). Nous présentons à la figure 5 leurs distributions en prenant en compte les soins reçus chez les gynécologues, les médecins généralistes, les kinésithérapeutes et les sage-femmes.

Il est important de noter que ces distributions sont indépendantes les unes des autres : la distribution des restes à charge n'est pas égale à la somme des distributions des tickets modérateurs et suppléments. Ces distributions sont assez homogènes vu la proximité de la moyenne et la médiane : il ne semble pas y avoir de montants extrêmes (faibles ou élevés) influençant très fortement la moyenne.

Bien que le montant des **tickets modérateurs** soit influencé éventuellement par les remboursements du Maximum À Facturer (MAF)<sup>11</sup>, que nous ne prenons pas en compte ici, force est de constater que leur accumulation conduit à des montants élevés : **sur une année de soins ambulatoires autour de l'accouchement, environ 200 euros** (médiane). À noter que 10% des mères dépensent presque 400 euros en tickets modérateurs sur cette période. Ensuite, on ob-

serve que beaucoup de mères paient des **suppléments** au moins une fois durant leur trajet de soins ambulatoires pré et postnatals (à peu près 85% d'entre elles). De surcroît, la médiane et la moyenne de **ces suppléments sont relativement élevées : entre 165 et 170 euros**. Et 10% des mères se retrouvent face à une accumulation de suppléments d'au moins 370 euros (pour rappel : les suppléments n'entrent pas dans le cadre du MAF). Lorsque nous globalisons tickets modérateurs et suppléments, on voit que la **médiane de ces restes à charge est de l'ordre de 350 euros**. Pour 25% des mères, ce montant est supérieur à 500 euros, pour 10% les dépenses dépassent 700 euros.

Mais ce n'est pas tout. Il y a encore **les frais liés au séjour en maternité**. Le baromètre 2023 de l'AIM donne une estimation précise des restes à charge à l'occasion d'un séjour à l'hôpital en raison d'un accouchement (Bruyneel, et al., 2023). C'est en **chambre individuelle que les restes à charge sont les plus élevés** : de 1.529 à 1.716 euros pour un accouchement par voie basse, de 2.025 à 2.134 euros pour une césarienne (coût médian, selon que, respectivement, la personne bénéficie ou non de l'intervention majorée). Par contre, dans les chambres à plusieurs lits, ces mêmes

11 Pour en savoir plus sur le MAF, voir : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/maximum-a-factorer-maf>.

montants vont, respectivement, de 94 à 206 euros (voie basse) et de 185 à 311 euros (césarienne).

Au final, on a donc bien affaire à des montants importants, provenant à la fois de l'**accumulation** des restes à charge provenant du trajet de soins ambulatoires liés à l'accouchement et de la facture hospitalière. Ceci explique pourquoi la proportion de nos répondantes à l'enquête qui trouvent ces soins financièrement abordables ne dépasse pas les 60%.

## 4. Discussion

Dans quelle mesure les soins de santé liés à un accouchement sont-ils accessibles ? Pourquoi renonce-t-on à certains soins ? Pourquoi les femmes bénéficiant de l'intervention majorée quittent-elles plus vite la maternité que celles n'en bénéficiant pas ? Répondre à ces questions ne se résume pas à seulement évoquer des problèmes d'accessibilité financière. D'autres dimensions sont à prendre en considération, comme la sensibilité aux besoins de soins, leur acceptabilité, mais aussi les problèmes de disponibilité (Cès, 2021).

### 4.1. Sensibilité aux besoins

La sensibilité aux besoins de soins de santé est la capacité à identifier la problématique/les risques. « Du côté de la demande, l'identification des besoins en soins de santé va dépendre de la capacité des personnes à percevoir leurs besoins » (Cès, 2021, p. 9). Avant d'en être capable, il faut connaître le problème de santé.

Des mères donnent **comme raison de ne pas utiliser la kinésithérapie pré et postnatale le fait qu'elles n'en connaissent pas l'existence** (ce qui est plus souvent donné comme raison par les mères BIM). Pour la kinésithérapie postnatale, elles ont donné comme raison supplémentaire que ce suivi ne leur avait pas été proposé.

Mais le manque de connaissance ou d'information est également un obstacle à l'accès à d'autres soins prénatals et postnatals. Le fait que le suivi d'une grossesse soit assuré par un-e gynécologue semble être une habitude qui n'est pas remise en question. Les mères sans contact prénatal avec une sage-femme ou un-e médecin généra-

liste ont indiqué que leur grossesse était suivie par le-la gynécologue. Mais le fait qu'**elles ne savaient pas qu'un suivi par une sage-femme ou par un-e médecin généraliste était possible** est également avancé comme raison. En ce qui concerne les sages-femmes, elles ont également indiqué qu'elles ne savaient pas pour quelles raisons elles pouvaient consulter une sage-femme. Cela montre que toutes les femmes enceintes ne sont pas au courant des alternatives au suivi de la grossesse par un-e gynécologue.

Dans les questions ouvertes, des mères ont indiqué qu'elles devaient chercher elles-mêmes les soins pré et postnatals existants et où aller pour les obtenir. Il existe également un besoin d'informations sur les soins réellement nécessaires. Il s'agit notamment d'informer sur le fait que le suivi de la grossesse ne doit pas nécessairement être assuré entièrement par un-e gynécologue, mais qu'il peut l'être alternativement par une sage-femme ou un-e médecin généraliste. Enfin, il y a également un besoin d'informations sur les soins remboursés. **Les mères sont demandeuses d'être (mieux) informées sur les soins existants avant et après l'accouchement.** Le risque de devoir tout découvrir par soi-même implique que certaines femmes ne trouvent pas les informations et ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin.

### 4.2. Disponibilité

« La disponibilité des services correspond au fait que les services sont atteignables à une distance raisonnable, dans un délai raisonnable, avec une plage horaire suffisamment étendue et avec une prise de contact aisée, par l'ensemble de la population, sans discrimination, et dans les conditions adaptées aux besoins des patient-es. [...] Même si les services sont rendus suffisamment disponibles, leur accès requiert que les personnes soient capables de les atteindre. L'accès nécessite tout d'abord d'être capable de se rendre disponible pour se soigner, c'est-à-dire de pouvoir consacrer du temps (en incluant le temps de transport, le temps passé en salle d'attente et en rendez-vous) qui doit parfois être pris sur du temps passé à des activités impératives, comme le temps de travail ou le temps de garde des enfants ou encore au soutien d'un proche dépendant, etc. » (Cès, 2021, p. 9).

Tant des femmes enceintes que des mères qui viennent d'accoucher ont indiqué qu'elles n'avaient pas le temps d'aller chez le-la kinésithérapeute. Pour la kinésithérapie prénatale, elles n'ont pas le temps ou ne peuvent pas se libérer en raison de leur travail ou de leurs obligations

familiales (soins aux enfants ou au ménage). Après la naissance, le manque de temps ou l'absence d'une garde pour le nouveau-né sont également cités. Dans la question ouverte, **des mères qui viennent d'accoucher indiquent qu'elles souhaitent disposer de plus de temps pour elles-mêmes**. Le congé de maternité est trop court et leur partenaire doit également reprendre le travail rapidement en raison de la brièveté du congé de naissance. Des mères se retrouvent donc rapidement seules avec leur nouveau-né. Parce qu'il faut consacrer beaucoup de temps aux soins et à la recherche de soins pour le bébé (pédiatre, Kind en Gezin/ONE, parfois un-e autre spécialiste), des mères qui viennent d'accoucher n'ont parfois plus le temps de s'occuper d'elles-mêmes. Le manque de temps est donc un obstacle à leur accès aux soins pour elles-mêmes.

Pouvoir accéder aux soins de santé après un accouchement pour des soins bien définis signifie également pouvoir recevoir des soins à domicile. C'est le cas du suivi postnatal par une sage-femme à domicile. Pour que ces soins soient accessibles, les mères et leurs familles doivent permettre à un-e soignant-e d'entrer chez elles, ce qui ne semble pas toujours une évidence. Certaines répondantes ont indiqué qu'elles n'avaient pas eu recours aux soins postnatals d'une sage-femme car elles voulaient vivre cette période en famille, sans étrangers à la maison. Des mères BIM donnent également comme raison que leur maison n'était pas en ordre (par exemple, désordre, chambre du nouveau-né pas prête, gêne liée à l'état de la maison, etc.).

### 4.3. Accessibilité financière

#### 4.3.1. Soins pré et postnatals

Pour les **soins ambulatoires**, pré et postnatals, on a vu que les restes à charge peuvent être très élevés (coût médian : 350 euros). La proportion de nos répondantes à l'enquête qui disent que ces soins ambulatoires sont financièrement abordables est de 51% pour le prénatal, 56% pour le postnatal. L'accessibilité financière dépend, ici, beaucoup du fait qu'on peut faire appel ou pas à des prestataires conventionnés.

Si l'accessibilité financière de la médecine générale est largement garantie<sup>12</sup>, la situation est nettement plus diffi-

cile pour d'autres secteurs de soins. Du côté de la gynécologie, le risque est très élevé de devoir payer des suppléments d'honoraires. En effet, pour cette spécialité, une étude l'AIM montre que, globalement, près de 26% des consultations ont eu lieu avec un-e prestataire conventionné-e (De Wolf, Willaert, & Landmeters, 2023).

Pour la kinésithérapie, la situation se dégrade : si la proportion de prestations effectuées par des kinésithérapeutes conventionnés était de 97% en 2016, elle est de l'ordre de 75% en 2022 (AIM, 2022a). Enfin, du côté des sages-femmes, la proportion de l'activité ambulatoire réalisée par des prestataires conventionnés diminue de 2018 (96%) à 2022 (94%) (AIM, 2022b). Ici, un mouvement de déconventionnement tend à s'amorcer. D'ailleurs, nous commençons à voir apparaître des suppléments dans nos données de facturation, ce qui n'existait pas auparavant.

Dans ces deux derniers secteurs, le problème n'est pas seulement que le déconventionnement comporte en soi un risque financier pour le-la patient-e mais également, spécifiquement pour les personnes non-BIM, que le remboursement chez un-e prestataire non conventionné-e est moins important que chez un-e prestataire conventionné-e (pour une même prestation)<sup>13</sup>. Cela veut dire que le-la patient-e devra payer plus de sa poche (toutes choses étant égales par ailleurs) si un-e prestataire non conventionné-e est consulté-e, car le ticket modérateur sera plus important.

En cas de trajet de soins pré et postnatals « complet » avec des prestataires déconventionnés, les frais de soins de santé à charge de la personne s'accumulent. Aux prestations où l'assurance obligatoire soins de santé (AO) intervient, il faut encore ajouter (parfois) celles qui ne sont pas prises en charge par l'AO (par exemple, l'ostéopathie, la diététique, certains contacts avec des psychologues, etc.) et qui peuvent être chères également.

Or, il est important à souligner qu'une grossesse ne constitue pas en soi un problème médical. C'est surtout une situation qui nécessite un suivi et une attention particulière (surtout si la grossesse est à risque). Mais elle est exemplaire des limites de notre assurance obligatoire soins de santé où tickets modérateurs et suppléments s'accumulent au risque de ponctionner une partie importante des revenus des patient-es. Et pour les familles avec des reve-

12 Selon l'AIM, « près de 90% des consultations chez des médecins généralistes sont attestées par des prestataires totalement conventionnés » (De Wolf, Willaert, & Landmeters, 2023, p. 10).

13 Pour les BIM, le remboursement des prestations de kinésithérapie et des sages-femmes ne varie pas selon le statut de conventionnement du-de la prestataire. Donc, le non-conventionnement du-de la prestataire n'a pas d'impact sur le ticket modérateur à payer par la personne BIM.

nus limités, cela induit au final le risque de devoir renoncer à certains soins.

#### 4.3.2. Séjour à l'hôpital

Accoucher à l'hôpital coûte cher, surtout en chambre individuelle où la facture peut aller jusque plus de 2.000 euros. Même en chambre à plusieurs lits, accoucher peut coûter plus de 200 ou 300 euros, selon que la personne est BIM ou non BIM (Bruyneel, et al., 2023). En outre, l'accumulation des factures dans un laps de temps limité est inquiétante.

On comprend dès lors pourquoi les assurances hospitalisation sont si largement répandues dans notre pays. Le nombre de belges couvert-es par une assurance hospitalisation peut être estimé à 10,3 millions (en 2022, soit près de 88% de la population totale), que cette dernière provienne d'une mutuelle (4,4 millions) ou d'une entreprise d'assurances (5,9 millions) (OCM, 2023; Assuralia, 2023). Un sondage, mené auprès de 1.086 personnes (représentatives de la population belge entre 18 et 75 ans), précise : 79% des sondé-es disposent d'une assurance hospitalisation. Ce pourcentage est plus un peu plus élevé chez les 35-44 ans : 82%, ce qui nous donne une estimation plus fine de la proportion de personnes couvertes par une assurance hospitalisation dans la tranche d'âge qui nous intéresse plus particulièrement (Observatoire CBC, 2023). Ceci correspond très bien au pourcentage des répondantes à notre enquête ayant déclaré disposer d'une assurance hospitalisation.

Mais nos répondantes nous le rappellent : toutes n'en possèdent pas (surtout les femmes BIM) et certaines ne savent parfois même pas si elles en ont une (surtout les femmes BIM). De plus, même si on dispose d'une telle assurance, les frais ne sont jamais remboursés en totalité (parfois, il y a une franchise, un plafond d'intervention, des exclusions, etc.). Cela veut dire que pas mal de femmes doivent supporter seules, en tout ou en partie, le coût de leur hospitalisation.

Le fait de ne pas disposer d'une assurance hospitalisation et le montant de la facture hospitalière ne sont pas sans influence quant à la durée de séjour en maternité.

- Parmi les raisons qui ont poussé nos répondantes à quitter l'hôpital, 20% des mères sans assurance hospitalisation (contre 5,4% de celles qui en avaient une) déclarent avoir quitté l'hôpital par peur d'une facture importante.
- De plus, les mères ayant séjourné en chambre à plusieurs lits (plus souvent pour les BIM que non-BIM) déclarent aussi plus fréquemment quitter l'hôpital (12% versus 6%) parce qu'elles avaient peur de la facture.

- Enfin, les répondantes BIM étaient plus nombreuses à évoquer la peur de la facture comme raison de leur sortie précoce (14% versus 6% pour les non-BIM).

#### 4.4. Acceptabilité

Contrairement à ce que dit la littérature (Weiss, Ryan, Lokken, & Nelson, 2004), les raisons économiques évoquées ci-dessus ne semblent pas être seules responsables du retour plus précoce de certaines femmes à la maison. Il faut aussi tenir compte de l'acceptabilité des soins reçus. On entend par là le niveau minimum de qualité perçue (tant du point de vue médical que du point de vue personnel) que les soins doivent avoir pour que les personnes acceptent d'y recourir. Or, des répondantes nous indiquent que leur bien-être à l'hôpital est parfois mis à mal. Par exemple, dans les questions ouvertes, certaines mères indiquent qu'elles ont l'impression qu'il y a un manque de personnel, que ce dernier manque de temps, de sorte que, par insuffisance d'aide, elles se sentent parfois livrées à elles-mêmes.

Par ailleurs, les répondantes BIM déclarent plus souvent avoir été dérangées par les visiteur-euses ou les pleurs d'un enfant d'une autre mère qui était dans la même chambre qu'elles (voir Figure 4). Ce genre de situation est inhérent aux chambres à plusieurs lits où les mères BIM séjournent plus fréquemment que les mères non-BIM. Que cela influence leur durée de séjour paraît alors logique.

D'autres **facteurs d'inconfort**, pas nécessairement typique des chambres à plusieurs lits, ont été rapportés par nos répondantes BIM. En effet, ces dernières déclarent plus souvent qu'elles ne peuvent faire les choses comme elles le souhaitent, se sentent moins bien écoutées, ont moins confiance dans le personnel de l'hôpital, s'y sentent moins à leur aise (voir Figure 2 et 4). De plus, les mères BIM ont plus souvent suivi la décision du-de la docteur-esse quant à leur départ de l'hôpital, alors que chez les non-BIM la décision est davantage prise en concertation.

Il y a donc quelque chose de bien singulier dans l'expérience des mères BIM à l'hôpital, certainement lié aux caractéristiques socio-économiques (faibles) de ces dernières. Comme si le fait de vivre avec des revenus limités augmentait le risque de recevoir des soins jugés moins acceptables.

Un expert du vécu en matière de pauvreté et d'exclusion sociale, travaillant à la MC, donne l'explication suivante : les personnes en situation de pauvreté se méfient parfois des autres parce qu'elles sont blessées intérieurement.

Par conséquent, elles peuvent plus rapidement interpréter négativement le comportement ou les paroles des autres. Par exemple, si certaines informations arrivent tardivement, elles pensent assez vite que c'est délibéré.

Selon notre expert du vécu, certains mécanismes sont également à l'œuvre parmi les prestataires de soins. Ils-elles ont appris à faire les choses d'une manière bien définie (par exemple, laver un nouveau-né toujours avec deux gants et deux serviettes). Mais ce mode de fonctionnement standard n'est pas toujours adapté à la situation d'une mère ou d'une famille en situation de pauvreté (par exemple, disposer d'une quantité suffisante de gants de toilette et de serviettes, un coût élevé pour l'eau si l'on doit laver deux fois plus de linge et un réseau social pour aider à la lessive). Il est nécessaire de sensibiliser les prestataires de soins à la pauvreté afin qu'ils-elles comprennent mieux en quoi la situation d'une mère en situation de pauvreté diffère d'autres situations. Cela peut également jouer un rôle en termes de communication.

Le Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale souligne également les difficultés rencontrées par les personnes en situation de pauvreté à l'hôpital. « [...] ces mauvaises expériences s'expliquent notamment par le fait que les connaissances des prestataires de soins dépendent en partie de leurs bagages sociaux et de leur vécu, ce qui a pour conséquence une absence de compréhension à l'égard des situations de pauvreté. C'est pourtant essentiel dans un trajet de soins. Une connaissance insuffisante de la situation dans laquelle se trouvent les patient-es peut conduire à une mauvaise approche ou à un mauvais traitement » (Brulocalis, 2020, p. 13).

À la lumière de ces résultats, expériences issues de la littérature et faits relatés, plus d'analyses statistiques seraient nécessaires afin de déterminer l'importance relative de chaque facteur et de neutraliser d'éventuelles corrélations/interactions entre les différents facteurs. En effet, on peut raisonnablement penser que le fait de moins bien connaître le système de soins de santé influence le bien-être à l'hôpital, vu que chaque procédure, chaque événement peut apparaître comme surprenant, coûteux, voire dangereux. On peut aussi penser que le fait de craindre la facture finale rend le séjour en lui-même plus difficile, plus stressant, occasionnant même un a priori négatif sur le personnel médical. On peut aussi imaginer qu'une personne plus vulnérable à tous égards, qui plus est dans un moment si crucial, soit encore moins encline à poser des questions sur les soins de santé qu'elle ou son nouveau-né reçoit, à faire part de son éventuelle vulnérabilité, etc.

Toutes ces considérations pointent vers une prise en compte de tous les paramètres sociaux, en plus des sanitaires, dans le rapport avec la patiente, durant le séjour et lors de la prise de décision de sortie. Il va de soi que ceci vaut pour la maternité mais également pour tout type de séjour hospitalier.

## 5. Recommandations

### 5.1. Informer les femmes sur les soins existants avant et après l'accouchement

Il y a un manque évident d'information sur les soins qui existent avant et après l'accouchement et sur les personnes à qui s'adresser pour les obtenir. Comment mettre en ordre les aspects administratifs liés au congé de maternité n'est pas non plus suffisamment connu.

Recommandation aux **prestataires de soins de santé** et aux **mutualités** :

- **Informez les femmes sur les soins existants avant et après l'accouchement et tenez particulièrement compte des femmes vulnérables, qui sont encore moins informées.**
  - **Faire connaître l'existence de la kinésithérapie pré et postnatale : ses avantages et ses inconvénients, où trouver l'information, quel est son coût et son remboursement.**
  - **Expliquer que la grossesse peut également être suivie en partie par une sage-femme et/ou un-e médecin généraliste.**
- **Dans la mesure du possible, simplifier ou automatiser (partiellement) le processus relatif au congé de maternité.**

### 5.2. Donner aux femmes plus de temps pour utiliser les soins pré et postnatals

Des femmes enceintes et des mères qui viennent d'accoucher ont déclaré ne pas avoir, ou pas assez, le temps de s'occuper d'elles-mêmes en raison de leur travail, de leurs obligations familiales ou des soins à apporter à leur nouveau-né. En raison d'un congé de naissance trop court du-de la partenaire, la mère se retrouve rapidement seule avec le nouveau-né et son congé de maternité est égale-

En Belgique, on a droit à 15 semaines de congé de maternité, dont une semaine doit être prise obligatoirement avant l'accouchement (sinon elle est perdue). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023, les pères et les coparents ont droit à un congé de naissance de 20 jours, à prendre dans une période de 4 mois après l'accouchement<sup>14</sup>. La Belgique se conforme aux directives européennes, mais elle ne respecte que le minimum recommandé (14 semaines de congé autour de la naissance pour la mère, 10 jours de congé autour de la naissance pour le père). Par rapport à d'autres pays européens, la Belgique fait toutefois figure de mauvais élève. En Suède, par exemple, les deux parents disposent ensemble de 480 jours de congé de naissance, à partager entre les deux parents, le père devant prendre au moins 60 jours. En Norvège, un couple a droit à 49 semaines de congé, dont 15 semaines sont réservées au père. En Belgique, cependant, le-la partenaire de la mère ne peut prendre lui-même une partie du congé de maternité que si la mère de l'enfant est hospitalisée ou décède pendant le congé de maternité. Dans ce cas, le-la partenaire prend la partie restante du congé de maternité<sup>15</sup>.

ment trop court. Le manque de temps entrave l'accès aux soins pour elles-mêmes.

Recommandation aux **responsables politiques** :

- **Donner aux femmes plus de temps pour pouvoir utiliser les soins pré et postnatals.**
  - **Augmenter progressivement le droit au congé lié à une naissance jusqu'à un an, réparti entre les deux parents, une partie étant obligatoirement prise par le-la partenaire.**
  - **Pendant et après la grossesse, prévoir un régime de travail qui donne aux femmes la possibilité et le temps de voir un kinésithérapeute (comme cela existe déjà pour les examens prénataux).**
  - **Des services de garde d'enfants plus nombreux et financièrement accessibles.**

### 5.3. Rendre les soins avant et après l'accouchement accessibles financièrement

Le coût des soins pré et postnatals peut être élevé, notamment en raison des consultations des gynécologues et des kinésithérapeutes. Ceci en raison d'un déconventionnement de ces prestataires de soins, rendant ces contacts plus onéreux, mais aussi en raison de consultations multiples pendant la grossesse ou après l'accouchement. C'est la somme des coûts des différentes consultations qui rend chers les soins pré et postnatals.

Recommandation aux **responsables politiques** et aux **prestataires de soins** :

- **Rendre les soins avant et après l'accouchement abordables.**

- **Garantir le conventionnement des gynécologues et des kinésithérapeutes. Nous sommes préoccupés par le déconventionnement général des prestataires de soins (tel·les que les gynécologues et les kinésithérapeutes), qui complique l'accessibilité financière des soins liés à l'accouchement.**

### 5.4. Prévoir le séjour après l'accouchement toujours en chambre individuelle sans frais élevés

La majorité des mères ont séjourné dans une chambre individuelle, ce qui est moins souvent le cas des mères BIM. Le coût d'un séjour en chambre individuelle peut être élevé. Les mères bénéficiant d'une assurance hospitalisation peuvent récupérer une partie de ces frais. Les mères BIM disposent moins souvent d'une telle assurance et sont donc contraintes d'opter pour une chambre à plusieurs lits, ce qui n'est pas sans conséquences. Pour la mère et le nouveau-né, le repos est important. Dans une chambre à plusieurs lits, il est difficile de trouver ce repos. Trouver son propre rythme en matière d'alimentation, de sommeil, etc., est également difficile lorsqu'il y a une autre mère avec un nouveau-né dans la chambre, dont le rythme est peut-être complètement différent. Se familiariser tranquillement avec son enfant ne devrait pas être un luxe, mais un soin post-partum de base.

Recommandation aux **responsables politiques** :

- **Un séjour à la maternité après l'accouchement devrait se dérouler de manière standard en chambre individuelle, sans les coûts élevés qui peuvent être facturés aujourd'hui.**

14 <https://ecer.minbuza.nl/-/europese-richtlijn-over-werk-priv%C3%A9-balans-in-werking-getreden>.

15 [https://www.hetacv.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/5000-over-het-acv-a-propos-de-la-csc/5230-publicaties-publications/5240-folders-en-brochures-brochures/5270-werk-en-gezin/acv-brochure-kind-op-komst-2022.pdf?sfvrsn=b390d6ac\\_10](https://www.hetacv.be/docs/default-source/acv-csc-docsitemap/5000-over-het-acv-a-propos-de-la-csc/5230-publicaties-publications/5240-folders-en-brochures-brochures/5270-werk-en-gezin/acv-brochure-kind-op-komst-2022.pdf?sfvrsn=b390d6ac_10).

## 5.5. Procéder à une évaluation critique des normes de personnel actuelles dans les maternités

Des mères indiquent clairement qu'elles ressentent le manque de personnel, ce qui entraîne de nombreux problèmes. Elles doivent attendre longtemps avant d'être aidées. Parfois, aucune aide ne vient et la mère ne peut compter que sur elle-même. Cela compromet la qualité des soins prodigués aux mères et à leurs enfants.

Recommandation aux **responsables politiques** :

- **Procéder à une évaluation critique des normes de personnel actuelles dans les maternités.**

## 5.6. Développer des soins centrés sur la personne dans les maternités

Un accouchement est un événement unique. Les besoins d'une mère ne sont pas ceux d'une autre. La prise en charge devrait être davantage axée sur la personne, en tenant compte des besoins et des souhaits de chaque mère individuellement. Répondre aux besoins individuels augmentera la satisfaction des mères. Cela s'applique également aux mères en situation de pauvreté, pour lesquelles les soignant-es doivent être davantage conscient-es de leur situation spécifique. La prise en compte de cet aspect peut contribuer à faire en sorte que ces mères se sentent plus à l'aise à l'hôpital et trouvent les soins acceptables (et quittent donc moins rapidement l'hôpital).

Recommandation aux **prestataires de soins** :

- **Développer l'approche des soins centrés sur la personne dans les maternités en proposant des soins sur mesure en fonction des besoins spécifiques des mères.**

## Conclusion

Pourquoi ne pas recourir à certains soins pré et postnatals ? Pourquoi certaines mères rentrent-elles rapidement à la maison après leur accouchement ? La littérature n'apportant pas de réponses suffisantes à ces questions, nous avons donné la parole aux femmes afin qu'elles nous fassent part de leurs expériences avant, pendant et après l'accouchement. Grâce aux informations qu'elles nous ont transmises, nous avons pu dégager divers éléments de ré-

ponse, se structurant autour des quatre dimensions de l'accès aux soins : sensibilité aux besoins, disponibilité, accessibilité financière et acceptabilité.

Du côté de la sensibilité aux besoins, le manque d'information est à souligner. Surtout pour les soins pré et postnatals, une raison importante du non-recours est qu'on ne sait pas ou qu'on ne trouve pas la bonne information sur les soins nécessaires. Mais pour se soigner, il faut aussi être disponible. Or, bien des mères manquent de temps, notamment en raison de leurs obligations professionnelles ou familiales, ainsi que du temps déjà consacré aux soins de leur enfant. Le coût des soins joue également. Pour un trajet de soins pré et postnatals, l'accumulation de frais de santé peut peser lourd dans le budget des ménages. Plus particulièrement, les gynécologues et kinésithérapeutes apparaissent financièrement moins abordables. Il est vrai que beaucoup de ces prestataires sont non conventionnés, ce qui augmente le risque d'être confronté à la facturation de suppléments.

Le problème de l'accessibilité financière se pose aussi par rapport à la facture hospitalière. La plupart des mères séjournent en chambre individuelle où les frais de séjour sont plus élevés. Même si beaucoup bénéficient de la couverture d'une assurance hospitalisation, tout le monde n'en dispose pas, surtout les mères ayant des revenus limités. D'où une préférence de leur part pour les chambres à plusieurs lits, moins chères. Mais également plus inconfortables : il est plus difficile de s'y reposer. D'une façon générale, ces mères se sentent moins à leur aise à l'hôpital, moins écoutées, ont moins confiance dans le personnel soignant. Dès lors, il n'est pas étonnant que leur durée de séjour soit plus courte.

Le trajet de soins autour d'un accouchement est exemplaire de bien des problèmes que rencontrent d'autres patient-es (comme les malades chroniques) dans d'autres secteurs de soins : parfois de la sous-utilisation (kinésithérapie postnatale, par exemple), parfois de la surutilisation (soins gynécologiques, notamment), souvent une multiplication des prestations et des prestataires de soins. Cela entraîne dès lors une multiplication de tickets modérateurs ou de suppléments, et donc une facture élevée à charge des patient-es, au point qu'une couverture complémentaire (mutualiste ou autre) se révèle nécessaire. Continuer à investir dans une assurance obligatoire soins de santé forte et solidaire contribue à éviter de telles tendances. Enfin, les besoins des un-es ne sont pas les besoins des autres, mieux en tenir compte ne peut qu'améliorer la satisfaction de tous et toutes, ce qui également diminuera le risque de non-recours. Comme on le voit, bien des possibilités d'amélioration existent.

## Bibliographie

- AIM. (2022a). *Volume d'activité selon le conventionnement des kinésithérapeutes*. Bruxelles: Agence Intermutualiste.
- AIM. (2022b). *Volume d'activité selon le conventionnement des sage-femmes*. Bruxelles: Agence Intermutualiste.
- Assuralia. (2023). *Assureurs maladie privés : nombre de personnes assurées*. Consulté le 4 septembre 2024, sur [https://files.assuralia.be/stats/FR/02\\_chiffres-cles-par-branche/02\\_11\\_nombre-assures-maladie.htm](https://files.assuralia.be/stats/FR/02_chiffres-cles-par-branche/02_11_nombre-assures-maladie.htm)
- Avalosse, H., Vandeleene, G., Fabri, V., Wies, K., & Schoonvaere, Q. (2024). Évènements indésirables à l'hôpital : le point de vue des patient-es. *Santé & Société*, 8, 28-43.
- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vinck, I., Vankelst, L., Lauwerier, E., . . . Christiaens, W. (2014). *L'organisation des soins après l'accouchement - Synthèse*. Health Services Research (HSR). KCE Reports 232Bs. D/2014/10.273/80, Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé.
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019a). *Vers un parcours prénatal intégré pour les grossesses à bas risque - Synthèse*. Health Services Resarch (HSR). KCE Reports 326Bs. D/2019/10.273/77, Bruxelles : Centre fédéral d'exertise des soins de santé (KCE).
- Benahmed, N., Lefèvre, M., Christiaens, W., Devos, C., & Stordeur, S. (2019b). *Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy - Supplement*. Health Services Research (HSR) KCE Reports 326. D/2019/10.273/79, Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Brulocalis. (2020). L'accès et la continuité des soins de santé pour les personnes en situation de pauvreté. *Trait d'Union*, 117, 9-14.
- Bruyneel, L., Kestens, W., De Wolf, F., Di Zinno, T., Dolphens, M., & Landmeters, B. (2023). *Baromètre hospitalier AIM : État des lieux des coûts hospitaliers à charge patient en hôpital général : données 2021*. Bruxelles: Agence Intermutualiste.
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Informations*, 286, 4-22.
- Conway, K., & Deb, P. (2005). Is prenatal care really ineffective, Or, is the 'devil' in the distribution? *Journal of Health Economics*, 24(3), 489-513.
- Coughlin, S. S. (1990). Recall bias in epidemiological studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 43(1), pp. 87-91.
- CSA Research. (2024). *Etude sur la santé périnatale - synthèse des principaux enseignements*. Récupéré sur <https://csa.eu/news/la-sante-perinatale/>
- De Wolf, F., Willaert, D., & Landmeters, B. (2023). *Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement du médecin prestataire - actualisation données 2022*. Bruxelles: Agence Intermutualiste.
- Delvaux, T., Buekens, P., Godin, I., & Boutsen, M. (2001). Barriers to prenatal care in Europe. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(1), 52-59.
- Faure, L., Brotcorne, P., Vendramin, P., Mariën, I., & Dedonder, J. (2022). *Baromètre de l'inclusion numérique 2022*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- Ghosh, B. (1979). A comparison of some approximate confidence intervals for the binomial parameter. *Journal of the American Statistical Association*, 74(368), 894-900.
- Hamano, J., Morita, T., Mori, M., Igarashi, N., & Shima, Y. (2017). Prevalence and predictors of conflict in the families of patients with advanced cancer: A nationwide survey of bereaved family members. *Psycho-Oncology*, 27(1), 302-308.
- HAS. (2014). *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*. Récupéré sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat\\_reco2clics\\_sortie\\_de\\_maternite-120314.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/v3-bat_reco2clics_sortie_de_maternite-120314.pdf).
- Interrante, J. D., Admon, L. K., Carroll, C., Henning-Smith, C., Chastain, P., & Kozhimannil, K. B. (2023). Association of health insurance, geography, and race and ethnicity with disparities in receipt of recommended postpartum care in the US. *JAMA Health Forum*, 3(10).
- MC. (2024). *Fondements pour un meilleur Produit de Bien-être Brut. Elections 2024*. Bruxelles : Mutualité chrétienne.
- McArthur, C., Winter, H., Bick, D., Knowles, H., Lilford, R., Henderson, C., . . . Gee, H. (2002). Effects of redesigned community postnatal care on womens' health after birth: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 359(9304), 378-385.
- McDonald, T., & Coburn, A. (1988). Predictors of prenatal care utilization. *Social Science & Medicine*, 27(2), 167-172.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2007). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles: De Boeck.
- Moreau, N., Ruttiens, M., Regueras, N., Guillaume, J., Alexander, S., Humblet, P., & Groupe Interdisciplinaire de Périnatalité. (2013). *Accompagner le retour au Domicile de l'Enfant et sa mère : organiser les Liens et Evaluer : ADELE*. Récupéré sur [https://www.one.be/fileadmin/user\\_upload/siteone/PRO/ONE\\_organisme\\_scientifique/Rapport\\_ADELE\\_2013\\_final.pdf](https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/Rapport_ADELE_2013_final.pdf).

- Observatoire CBC. (2023). *Les Belges et leurs assurances*. Consulté le 4 octobre 2024, sur <https://s3.tamtam.pro/prod/storage/media/PPT/36430/59f3f5cfe0d0d3f26f0e643d4467e5e9253ff797.pptx>.
- OCM. (2023). *Données globalisées SMA*. Consulté le 4 septembre 2024, sur <https://www.ocm-cdz.be/sites/default/files/document/file/VMOBschiffresglobalises2023.xlsx>.
- Oddie, S., Hammal, D., Richmond, S., & Parker, L. (2005). Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study. *Archive of disease in childhood*, 90(2), 119-124.
- Parentia Vlaanderen. (s.d.). *Kraamzorg: wat is het, hoe vraag je het aan en wat kost het je?* Consulté le 28 août 2024, sur <https://www.parentia.be/nl/gezinsadministratie/kraamzorg-wat-het-hoe-vraag-je-het-aan-en-wat-kost-het-je>.
- Sacks, E., Finlayson, K., Brizuela, V., Crossland, N., Ziegler, D., Sauvé, C., . . . Bonet, M. (2022). Factors that influence uptake of routine postnatal care: Findings on women's perspectives from a qualitative evidence synthesis. *PLoS One*, 17(8), e0270264.
- Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021a). Le trajet de soins Naissance en Belgique : état des lieux et proposition(s). *MC-Informations*, 283, 23-41.
- Vandeleene, G., & Avalosse, H. (2021b). Évolution de la durée de séjour en maternité : vers davantage de courts séjours. *MC-Informations*, 285, 21-38.
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., & Nelson, M. (2004). Length of stay after vaginal birth: Sociodemographic and readiness for discharge factors. *Birth*, 31(2), 93-101.
- WHO. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: World Health Organization.
- Wilson, E. (1927). Probable inference, the law of succession, and statistical inference. *Journal of the American Statistical Association*, 22(158), 209-212.
- Yan, J. (2017). The effects of prenatal care utilization on maternal health and health behaviors. *Health Economics*, 26(8), 1001-1018.
- Yates, F. (1934). Contingency tables involving small numbers and the  $\chi^2$  test. *Supplement to the Journal of the Royal Statistical Society*, 1(2), 217-235.



# Tendances en matière de recours aux médicaments chez les moins de 18 ans

Analyse des données de facturation de la MC de 2013 à 2023

Jocelijm Stokx, Kris Van haecht — Cellule d'expertise en matière de politique de santé CM-MC  
Rose-Marie Ntahonganyira — Service d'études CM-MC

## Résumé

Compte tenu du peu de littérature récente relative au recours aux médicaments chez les enfants en Belgique, la MC a mené une étude exploratoire basée sur ses données de facturation (2013-2023). L'étude répond à trois questions de recherche : comment le recours aux médicaments a-t-il évolué chez les enfants de moins de 18 ans au cours de la dernière décennie ? Quels sont les médicaments les plus remboursés et diffèrent-ils en fonction de l'âge ? Ces médicaments sont-ils autorisés pour un usage chez les enfants ?

Les résultats montrent une diminution de 10% du nombre d'utilisateur·rices et de 16% du volume en DDD (*Defined Daily Dose* - dose moyenne journalière) sur la période 2013-2023, ainsi qu'une baisse du pourcentage d'enfants de moins de 18 ans à avoir recours aux médicaments, tous types confondus (de 62% à 57%). Les médicaments les plus couramment consommés appartiennent à cinq classes ATC : anti-infectieux (J), système respiratoire (R), organes sensoriels (S), dermatologie (D) et vaccins (J07). Le recours aux médicaments baisse dans toutes les classes, à l'exception de la classe S, où le recours reste stable.

Une tendance notable à l'augmentation a été constatée concernant les médicaments agissant sur le système nerveux (classe ATC N). Dans cette classe, c'est le recours aux antidépresseurs qui a le plus progressé chez les adolescent·es, avec une augmentation de 54% du nombre d'utilisateur·rices entre 2013 et 2023. En 2023, 1,6% des adolescent·es ont ainsi recours aux antidépresseurs.



Les antibiotiques tels que l'amoxicilline, l'amoxicilline en association avec l'acide clavulanique et le salbutamol sont les plus couramment utilisés, bien que le recours aux antibiotiques ait globalement diminué, à l'exception de certains antibiotiques tels que l'azithromycine et la flucloxacilline et des antibiotiques à usage local. Chez les jeunes enfants, les antibiotiques sont les médicaments les plus utilisés, tandis que les adolescent-es ont davantage recours aux analgésiques, aux médicaments pour les maux d'estomac et aux contraceptifs.

Bien que la plupart des médicaments auxquels nos membres ont recours soient autorisés pour un usage chez les enfants, une utilisation *off-label* a également été observée (chez au moins 7% des utilisateur-rices de médicaments de moins de 18 ans), ce qui pourrait potentiellement présenter des risques de sécurité d'usage.

La diminution du recours général aux médicaments est considérée comme positive, mais l'augmentation du recours aux médicaments psychotropes et aux antiacides chez les enfants du primaire (6-11 ans) et les adolescent-es (12-17 ans) ainsi que la diminution du recours aux contraceptifs requièrent une attention particulière, tout comme la diminution de la vaccination dans la tranche d'âge la plus jeune (0-1 an).

L'éducation à la contraception et à la vaccination reste importante, tout comme la nécessité de directives harmonisées permettant de garantir une utilisation sûre et efficace des médicaments. Un meilleur soutien psychologique pour les problèmes de santé mentale est également préconisé.

Mots-clés : Médicaments, enfants, utilisation *off-label*, recherche quantitative

## Introduction

Une publication de l'Agence intermutualiste (AIM) sur le recours général aux médicaments a révélé qu'en 2022, 44,5% des Belges âgés de 0 à 17 ans se sont vu délivrer un médicament remboursé. Il s'agit d'une baisse par rapport à 2012, où cette part était de 47,5% (AIM, 2023). **Bien que cette baisse du recours général aux médicaments chez les enfants semble positive, il y a lieu de faire preuve de prudence.** En effet, les recherches portant sur des classes de médicaments spécifiques révèlent des augmentations significatives. Par exemple, une étude de la MC a montré que de plus en plus d'enfants atteints de TDAH ont recours au méthylphénidate (augmentation de 20% chez les enfants de 6 à 17 ans entre 2013-2022). Il ressort également de cette étude que certains enfants n'utilisent pas le méthylphénidate seul, mais le combinent avec d'autres médicaments psychotropes. En 2022, 8% des enfants traités par méthylphénidate pour un TDAH ont également consommé des antipsychotiques, contre 4% en 2013 (Sholokhova & Cornelis, 2024).

En 2012, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a publié un rapport détaillé sur la consommation de médicaments chez les enfants âgés de 0 à 17 ans (INAMI, 2012). Entre 2007 et 2011, le recours général aux médicaments avait augmenté de 6,4% dans ce groupe. Les médicaments contre les maladies respiratoires et les antibiotiques à usage systémique étaient les principaux médicaments utilisés dans l'ensemble de la population pédiatrique, y compris chez les adolescent-es. Une tendance à la hausse avait été observée pour le groupe des médicaments utilisés dans le cadre de maladies respiratoires, tant concernant le nombre de doses quotidiennes que le nombre de patient-es. Une tendance similaire était observée chez les adultes, liée à l'augmentation constante de la prévalence de l'asthme.

La publication de l'INAMI révélait également une tendance à la hausse concernant les antibiotiques : en 2011, plus d'un médicament sur dix utilisé chez les enfants était un antibiotique. En 2011, 1,3 million d'enfants et adolescent-es ont ainsi eu recours aux antibiotiques, soit une augmentation de 3% par rapport à 2007. Les antibiotiques principalement

utilisés étaient les pénicillines classiques à large spectre (amoxicilline associée à l'acide clavulanique), les macrolides (clarithromycine) et les tétracyclines (doxycycline, minocycline, etc.). Ces derniers sont principalement utilisés chez les adolescent-es comme traitement de l'acné.

Les autres groupes de médicaments importants étaient les vaccins et les médicaments pour les maladies sensorielles (classe ATC S), pour lesquels une tendance à la hausse avait également été observée. Il s'agit principalement de gouttes et de pommades pour les infections oculaires et auriculaires. Concernant le groupe de médicaments utilisés pour les troubles du système nerveux (classe ATC N), l'utilisation (nombre de doses quotidiennes +9%) et les dépenses de l'INAMI (+12%) avaient également augmenté entre 2007 et 2011. Les antipsychotiques et les psychostimulants constituaient deux exceptions avec une diminution du recours. Pour les antidépresseurs, la tendance à la baisse était plus marquée (INAMI, 2012). Le tableau 1 présente les principaux groupes de médicaments (top 5) par tranche d'âge, chaque groupe de médicaments étant représenté par une couleur spécifique.

À titre de comparaison, aux Pays-Bas, le *Pharmaceutisch Weekblad* a publié en 2012 un top 20 des médicaments les plus couramment utilisés chez les enfants de moins de 10 ans. L'antibiotique amoxicilline arrive en première position, suivi par le salbutamol, un bronchodilatateur, puis par les pommades et crèmes neutres. Il est important de noter que dans cette analyse, un tiers des vingt médicaments n'étaient pas spécifiquement autorisés pour cette tranche d'âge<sup>1</sup> (PW Magazine, 2012). Cela signifie que les prescripteurs et prescriptrices s'écartent de ce qui a été approuvé au moment où le médicament a reçu l'autorisation de mise sur le marché et où son utilisation a été décrite dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP). Le RCP est une information destinée aux professionnel·les de la santé, tandis que la notice est destinée au public. La règle est de prescrire selon les indications du RCP ou de la notice. Lorsque l'on s'écarte de cette règle, on parle d'utilisation *off-label*<sup>2</sup> (CBIP, 2021).

1 C'est également le cas en Belgique : les médicaments ne peuvent être mis sur le marché que s'ils sont autorisés, c'est-à-dire qu'ils sont « enregistrés » officiellement. Lors de l'enregistrement officiel d'un médicament, il est également mentionné pour quelles indications il est destiné, pour quel groupe cible (par exemple, les adultes, les enfants à partir d'un certain âge), quelles sont les contre-indications d'utilisation (par exemple, les enfants en dessous d'un certain âge), etc. Ces informations figurent dans le *Résumé des Caractéristiques du Produit* (RCP) et dans la notice destinée au public.

2 L'utilisation *off-label* est parfois aussi appelée « utilisation en dehors des indications », mais le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) considère ce terme trop limitatif (CBIP, 2021).

Tableau 1 : Top 5 des classes de médicaments selon le volume en DDD par tranche d'âge pour 2011 avec indication du nombre de patient-es ayant bénéficié d'un remboursement (source : INAMI, 2012)

Classement	0-1 an	2-5 ans	6-11 ans	12-17 ans
1	Système respiratoire (ATC R) 6.992.804 DDD – 98.189 patient-es	Système respiratoire (ATC R) 12.483.357 DDD – 188.835 patient-es	Système respiratoire (ATC R) 11.895.790 DDD – 145.021 patient-es	Système uro-génital et hormones sexuelles (ATC G) 16.072.931 DDD – 55.709 patient-es
2	Organes sensoriels (ATC S) 1.339.377 DDD – 91.717 patient-es	Anti-infectieux à usage systémique sauf vaccins (ATC J sauf J07) 3.895.615 DDD – 670.565 patient-es	Anti-infectieux à usage systémique sauf vaccins (ATC J sauf J07) 3.318.166 DDD – 585.937 patient-es	Système respiratoire (ATC R) 13.958.888 DDD – 135.067 patient-es
3	Anti-infectieux à usage systémique sauf vaccins (ATC J sauf J07) 1.263.760 DDD – 291.370 patient-es	Organes sensoriels (ATC S) 2.242.794 DDD 157.677 patient-es	Système nerveux central (ATC N) 2.784.782 DDD – 22.238 patient-es	Système nerveux central (ATC N) 5.788.006 DDD – 39.214 patient-es
4	Tractus gastro-intestinal et métabolisme (ATC A) 841.789 DDD – 30.489 patient-es	Tractus gastro-intestinal et métabolisme (ATC A) 842.032 DDD – 21.734 patient-es	Tractus gastro-intestinal et métabolisme (ATC A) 1.625.677 DDD – 18.518 patient-es	Anti-infectieux à usage systémique sauf vaccins (ATC J sauf J07) 5.737.529 DDD – 647.180 patient-es
5	Vaccins (ATC J07) 170.391 DDD – 87.780 patient-es	Préparations dermatologiques (ATC D) 353.239 DDD – 43.083 patient-es	Organes sensoriels (ATC S) 944.255 DDD – 63.979 patient-es	Tractus gastro-intestinal et métabolisme (ATC A) 3.630.539 DDD – 43.174 patient-es

Néanmoins, presque tous les médicaments de ce top 20 néerlandais ont été jugés sans danger pour les enfants. Le *Kinderformularium*, un site web géré par le *Nederlands Kenniscentrum voor Farmacotherapie bij Kinderen* (Kinderformularium, 2024), fournit des directives, entre autres, pour les médicaments qui ne sont pas spécifiquement autorisés pour les enfants, notamment en ce qui concerne l'utilisation et la posologie. Seuls deux des 20 premiers médicaments ne figurent pas dans le *Kinderformularium*. Il est possible de conclure avec une certaine prudence que la rédaction du *Kinderformularium* ne les considère pas comme adaptés à la pratique. Il s'agit notamment de l'association entre hydrocortisone et miconazole, utilisée localement pour les mycoses de la peau, et des gouttes auriculaires à base de dexaméthasone et d'antibiotiques (PW Magazine, 2012).

**On estime qu'en Belgique, jusqu'à 80% des médicaments sont prescrits pour une utilisation *off-label* en pédiatrie.** (Vannieuwenhuysen, et al., 2015). L'utilisation *off-label* est justifiée si le-la patient-e ne peut pas être traité-e de

manière adéquate et si le-la médecin respecte certaines conditions, comme le fait de s'appuyer sur des éléments scientifiquement valables et d'informer de manière complète le-la patient-e de l'utilisation *off-label* (CBIP, 2021). De nombreux médicaments ne sont ainsi pas spécifiquement autorisés chez les enfants, car les essais cliniques, nécessaires à l'autorisation, sont généralement moins fréquents dans ce groupe cible. Cela peut être dû à des raisons commerciales (les médicaments destinés aux enfants représentent une faible part du marché), à des défis techniques (il est difficile d'effectuer de multiples prises de sang) et à des difficultés d'ordre éthique (consentement à participer à des études) (Joseph, Craig, & Caldwell, 2015). En outre, les résultats des essais cliniques menés chez les adultes ne peuvent pas être simplement extrapolés aux enfants.

Depuis l'adoption du *règlement relatif aux médicaments à usage pédiatrique* du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006, le développement et la disponibilité des médicaments destinés aux enfants ont augmenté. Ce règlement vise à encourager et à soutenir la recherche, le

développement et l'autorisation de médicaments à usage pédiatrique. Toutefois, de nombreuses exceptions sont encore demandées par les firmes pharmaceutiques, ce qui entraîne peu de progrès dans les maladies qui n'affectent que les enfants ou lorsque la maladie présente des différences biologiques entre les adultes et les enfants. Le règlement porte principalement sur les maladies rares (European Commission, 2017).

**Si la récente publication de l'AIM nous permet de savoir qu'il existe une diminution générale de recours aux médicaments chez les enfants, des questions subsistent donc par rapport aux évolutions dans les différentes classes de médicaments.** Comme nous l'avons vu, le recours avait augmenté dans de nombreuses classes pour la précédente période étudiée par l'INAMI. Cette étude est donc l'occasion de mettre à jour les chiffres disponibles en matière de recours aux médicaments chez les moins de 18 ans, d'analyser ces chiffres et d'aller plus loin en évaluant certains phénomènes qui se cachent derrière ces évolutions (notamment l'utilisation *off-label*). Cette étude vise ainsi à répondre aux questions de recherche suivantes :

- **Comment la consommation globale de médicaments évolue-t-elle** chez les enfants entre 2013 et 2023, et quelles sont les variations en fonction de l'âge ?
- **Quels sont, de 2013 à 2023, les médicaments les plus remboursés** (20 premières molécules selon le nombre d'utilisateur-rices âgé-es de 0 à 17 ans) et quelles sont les différences entre les tranches d'âge ?
- **Ces médicaments sont-ils autorisés pour une utilisation chez les enfants ?** En d'autres termes, quelle est l'ampleur de l'utilisation *off-label* ? Que disent le RCP, le *Kinderformularium néerlandais* et *SwissPedDose* (base de données nationale suisse de posologie pédiatrique) (SwissPedDose, 2024) ?

## 1. Méthode

### 1.1. Collecte de données

Cette étude porte sur l'analyse des données de facturation de la MC. Sont inclus les spécialités pharmaceutiques et les contraceptifs remboursés par l'assurance obligatoire entre 2013 et 2023 et délivrés dans les pharmacies publiques aux enfants âgés de 0 à 17 ans (c'est-à-dire âgés de moins de 18 ans à la date de délivrance). Tous les enfants auxquels au moins une boîte a été délivrée pendant la période de l'étude ont été inclus. En 2023, environ 19% des membres MC ont moins de 18 ans. Les membres de la MC représentent quant à eux 40% de la population belge, et 36% des moins de 20 ans (Source : INAMI), ce qui signifie que les enfants sont légèrement sous-représentés dans la population MC. Étant donné la taille de l'échantillon de 887.539 enfants en 2023, les résultats sont toutefois très robustes et les tendances générales peuvent être extrapolées à l'ensemble de la population belge de moins de 18 ans.

Nous avons analysé les coûts totaux, les tickets modérateurs payés, le nombre d'utilisateur-rices (nombre absolu et pourcentage d'utilisateur-rices) et la consommation. Cette dernière est exprimée en DDD (*Daily Defined Dose*), c'est-à-dire la dose moyenne journalière d'un médicament utilisé pour l'indication principale chez l'adulte. La DDD est une unité de mesure fixe indépendante du prix, de la monnaie, de la taille de l'emballage et du dosage, qui permet aux scientifiques d'évaluer les tendances en matière de consommation de médicaments et d'établir des comparaisons entre les groupes de population (WHO, 2024a). Outre une analyse générale, la consommation de médicaments a également été examinée par tranches d'âge.

Nous avons également analysé l'évolution des 20 médicaments les plus couramment utilisés sur la base du nombre absolu d'utilisateur-rices entre 2013 et 2023, avec des détails supplémentaires selon l'âge. Pour ce top 20 général de médicaments, nous avons également vérifié si leur utilisation était adaptée aux enfants selon le RCP et déterminé le nombre de membres de la MC ayant utilisé des médicaments non autorisés pour leur âge. Cette analyse a également porté sur les médicaments en dehors du top 20 pour lesquels une forte tendance à la hausse a été constatée. L'étude a par ailleurs examiné les recommandations du *Kinderformularium* et de *SwissPedDose*, deux bases de données réputées contenant des informations indépendantes sur le dosage des médicaments chez les enfants et visant à contribuer à une utilisation plus sûre des mé-

dicaments dans ce groupe cible<sup>3</sup>. En Belgique, il n'existe en effet pas d'organisme formulant des recommandations spécifiques concernant les dosages pour l'utilisation des médicaments chez les enfants, y compris sur l'utilisation *off-label*. Le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) fait également référence au *Kinderformularium*, ainsi qu'au *British National Formulary for children (BNF)*. Ce dernier étant payant, nous avons opté pour *SwissPedDose* comme deuxième source de référence dans cette étude.

Pour la classification des médicaments, nous avons utilisé la classification ATC, un système de classification mis au point et géré par l'Organisation mondiale de la santé. Il permet de faire des comparaisons internationales en ce qui concerne l'usage des médicaments (voir encadré).

## 1.2. Limites de cette étude

Cette étude présente certaines limites. L'analyse se fonde uniquement sur des données relatives aux médicaments remboursés. En ce qui concerne les médicaments délivrés dans les pharmacies publiques, la MC ne dispose pas de données sur les médicaments non remboursés ou remboursables, mais délivrés sans ordonnance. Par

conséquent, les résultats basés sur les données MC peuvent sous-estimer l'utilisation réelle. En outre, la MC dispose de peu d'informations sur la raison pour laquelle le médicament a été prescrit. Ce n'est que s'il existe des conditions liées au remboursement que le ou la médecin doit formuler une indication. Enfin, nous ne savons pas si le médicament prescrit a été effectivement pris par le-la patient-e.

## 2. Résultats

### 2.1. Évolution du recours aux médicaments entre 2013 et 2023

#### 2.1.1. Recours global aux médicaments

En 2023, au moins un médicament a été remboursé pour 503.190 enfants âgés de 0 à 17 ans, ce qui correspond à 57% des enfants affiliés à la MC. Il s'agit d'une baisse par rapport à 2013, où cette part était de 62%. Le volume total en DDD a également diminué de 16% au cours de cette période.

#### Qu'est-ce que c'est un code ATC ?

Dans le but d'optimiser les échanges d'information et les études sur les médicaments, des classifications européennes et internationales des médicaments ont été élaborées. La classification la plus utilisée est la classification ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*) contrôlée par un des organes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle est surtout utilisée par les professionnel-les de santé, les équipes de recherche en santé et les autorités sanitaires.

Cette classification ATC s'articule autour de quatorze groupes principaux selon l'organe sur lequel le médicament agit principalement et selon les propriétés thérapeutiques et chimiques du médicament. Chaque groupe comporte à son tour cinq niveaux hiérarchisés : le premier niveau (ATC1) c'est le groupe lui-même ; au deuxième niveau (ATC2), nous avons le groupe thérapeutique principal ; au troisième niveau (ATC3), nous avons la classe pharmacologique ; au quatrième niveau (ATC4), nous avons la classe chimique ; au cinquième niveau (ATC5), nous avons le principe actif ou substance active (la molécule) (WHOCC, 2024).

Par exemple : la catégorie A comprend les médicaments qui agissent sur le système digestif et le métabolisme, la catégorie A10 comprend les médicaments utilisés pour le diabète, la catégorie A10A comprend les insulines, la catégorie A10AB comprend les insulines à action rapide et les analogues injectables, la catégorie A10AB05 comprend l'insuline asparte (principe actif) (WHO, 2024b).

3 Voir <https://www.kinderformularium.nl/> et <https://www.neonet.ch/swisspeddose>.

En 2020, nous observons une diminution plus significative du nombre de consommateurs et de consommatrices de médicaments (-24% par rapport à 2013). Au cours de la période 2021-2023, le nombre d'utilisateur-rices augmente à nouveau de 13%. Le volume en DDD diminue quant à lui de 23% jusqu'en 2021, mais augmente ensuite de 1% sur la période 2022-2023.

En 2023, l'assurance maladie a dépensé plus de 46,7 millions d'euros en médicaments délivrés dans les pharmacies publiques pour les membres de la MC âgés de moins de 18 ans (ces dépenses sont déclarées comme dépenses AMI). C'est près de 8% de moins que dix ans plus tôt. Les dépenses moyennes par personne et par an sont quant à elles restées stables (93 euros en 2023 contre 91 euros en 2013), ce qui signifie que la diminution globale des dépenses est liée à la diminution du nombre d'utilisateur-rices. Le ticket modérateur moyen par personne a quant à lui diminué de 9,5% au cours des dix dernières années et passe de 17 euros en 2013 à 15 euros en 2023 (voir Tableau 2).

### 2.1.2. Nombre, pourcentage d'utilisateur-rices et dépenses AMI pour les classes de médicaments les plus remboursés

#### Les médicaments les plus remboursés pour les enfants en 2023 appartiennent aux cinq principaux groupes anat-

miques de la classification ATC (par ordre décroissant du nombre d'utilisateur-rices (voir Tableau 3)) suivants :

1. Anti-infectieux généraux à usage systémique (entre autres les antibiotiques) = ATC J (à l'exclusion de ATC J07 = vaccins) ;
2. Système respiratoire (entre autres les inhalateurs pour l'asthme et les antihistaminiques pour les allergies) = ATC R ;
3. Médicaments utilisés pour les organes sensoriels (entre autres les gouttes oculaires et auriculaires contenant des antibiotiques et/ou des corticostéroïdes à usage local) = ATC S ;
4. Préparations dermatologiques (entre autres les pommades et les crèmes pour l'eczéma) = ATC D ;
5. Vaccins = ATC J07.

**Ce top 5 reste inchangé par rapport à 2013.** Comme nous l'avons déjà mentionné, le recours général aux médicaments est en baisse. Au sein de ce top 5, on observe une baisse significative du pourcentage d'utilisateur-rices (nombre d'utilisateur-rices/nombre total de membres de la MC de moins de 18 ans) dans la classe ATC J, qui comprend les **antibiotiques** (passage de 40% à 32%) et, dans une moindre mesure, dans les classes ATC R et J07 au cours de la même période. Pour les médicaments de la classe ATC S, nous constatons que le pourcentage d'utilisateur-rices est stable (13%).

Tableau 2 : Évolution du recours aux médicaments chez les enfants entre 2013 et 2023 (Source : MC)

Année	Nombre d'utilisateur-rices de la MC âgés de 0 à 17 ans (1)	Dépenses brutes AMI	Montant à charge des patient-es	Volume en DDD	Volume moyen par an et par patient-en DDD	Dépenses brutes AMI moyennes par an et par patient-e	Montant moyen à charge du patient par an et par patient-e	Pourcentage d'utilisateur-rices ((1)/ nombre de membres de la MC âgés de 0 à 17 ans)
2013	556.564	€ 50.490.792	€ 9.522.599	61.323.417	110	€ 90,7	€ 17,1	62%
2014	541.191	€ 48.342.476	€ 8.972.195	60.834.452	112	€ 89,3	€ 16,6	60%
2015	538.285	€ 48.651.868	€ 8.595.717	59.980.663	111	€ 90,4	€ 16,0	60%
2016	540.832	€ 47.755.131	€ 8.538.757	60.869.072	113	€ 88,3	€ 15,8	60%
2017	515.825	€ 45.883.015	€ 8.800.949	58.397.801	113	€ 89,0	€ 17,1	57%
2018	515.436	€ 45.020.123	€ 9.298.077	58.793.440	114	€ 87,3	€ 18,0	57%
2019	497.418	€ 43.545.718	€ 8.691.849	56.312.343	113	€ 87,5	€ 17,5	56%
2020	421.163	€ 39.872.582	€ 6.635.260	47.414.835	113	€ 94,7	€ 15,8	48%
2021	445.589	€ 43.056.312	€ 6.993.412	51.002.498	114	€ 96,6	€ 15,7	50%
2022	494.234	€ 44.579.820	€ 7.660.006	50.733.320	103	€ 90,2	€ 15,5	55%
2023	503.190	€ 46.705.145	€ 7.787.634	51.341.285	102	€ 92,8	€ 15,5	57%
<b>Évolution 2013-2023</b>	-9,6%	-7,5%	-18,2%	-16,3%	-7,3%	+2,3%	-9,5%	-8,1%

Tableau 3 : Évolution du recours aux médicaments chez les enfants entre 2013 et 2023 par groupe anatomique principal (Source : MC)

Groupe anatomique principal	Nombre total d'utilisateur-rices			Pourcentage d'utilisateur-rices (utilisateur-rices/nombre de membres de la MC)			Dépenses AMI		
	2013	2023	Évolution 2013-2023	2013	2023	Évolution 2013-2023	2013	2023	Évolution 2013-2023
<b>Anti-infectieux généraux à usage systémique (J) sauf J07</b>	374.035	292.136	-21,9%	40,0%	32,0%	-20,0%	€ 8.007.891	€ 4.531.124	-43,4%
<b>Système respiratoire (R)</b>	246.570	233.911	-5,1%	26,7%	25,6%	-2,8%	€ 10.578.759	€ 8.333.922	-21,2%
<b>Organes sensoriels (S)</b>	121.613	121.082	-0,4%	13,0%	13,3%	+2,0%	€ 1.234.520	€ 1.620.461	+31,3%
<b>Préparations dermatologiques (D)</b>	66.881	59.096	-11,6%	7,2%	6,5%	-9,5%	€ 1.181.078	€ 1.213.483	+2,7%
<b>Vaccins (J07)</b>	63.332	48.427	-23,5%	6,8%	5,3%	-21,7%	€ 6.381.801	€ 4.736.186	-25,8%
<b>Système musculosquelettique (M)</b>	59.871	40.978	-31,6%	6,4%	4,5%	-29,9%	€ 537.446	€ 371.456	-30,9%
<b>Système digestif et métabolisme (A)</b>	48.243	39.072	-19,0%	5,2%	4,3%	-17,0%	€ 2.378.452	€ 2.209.472	-7,1%
<b>Système génito-urinaire et hormones sexuelles (G)</b>	44.635	37.492	-16,0%	4,8%	4,1%	-14,0%	€ 1.298.741	€ 1.261.923	-2,8%
<b>Système nerveux (N)</b>	26.496	32.837	+31,5%	2,8%	3,6%	+27,0%	€ 4.705.255	€ 4.930.295	+4,8%
<b>Préparations hormonales systémiques, à l'exclusion des hormones sexuelles (H)</b>	20.098	14.449	-28,1%	2,2%	1,6%	-26,4%	€ 6.398.770	€ 4.869.527	-23,9%
<b>Système cardio-vasculaire (C)</b>	4.738	5.513	+16,4%	0,5%	0,6%	+19,2%	€ 180.750	€ 283.072	+56,6%
<b>Sang et organes hématopoïétiques (B)</b>	4.674	4.496	-3,8%	0,5%	0,5%	0%	€ 6.395.790	€ 9.837.985	+53,8%
<b>Antinéoplasiques et agents immunomodulants (L)</b>	2.950	2.974	+0,8%	0,3%	0,3%	+3,3%	€ 1.181.221	€ 2.199.209	+86,2%
<b>Antiparasitaires, insecticides et répulsifs (P)</b>	1.182	6.080	+414,4%	0,1%	0,7%	+427,0%	€ 10.404	€ 203.360	+1854,6%

En dehors du top 5, on note une augmentation du pourcentage d'utilisateur-rices des médicaments de la classe ATC N (système nerveux), qui passe de 2,8% à 3,6%, ainsi que de la classe ATC P (antiparasitaires, insecticides et répulsifs), qui passe quant à lui de 0,1% à 0,7%. Dans la classe ATC N, le nombre d'utilisateur-rices d'antidépresseurs, de psycholéptiques (entre autres les médicaments pour traiter les psychoses et les troubles anxieux) et de psychoanaleptiques (principalement des médicaments

pour traiter le TDAH) a particulièrement augmenté depuis 2013. En 2023, le nombre absolu d'utilisateur-rices d'antidépresseurs, de psycholéptiques et de psychoanaleptiques était respectivement de 5.440 (+43%), de 8.331 (+47%) et de 16.075 (+31%). Dans la classe ATC P, l'utilisation accrue de perméthrine est notable : 4.958 enfants affiliés à la MC en 2023, contre 528 en 2019. Ce médicament est utilisé pour traiter la gale, une affection cutanée causée par le sarcopte et qui provoque des démangeaisons.

L'importance du budget consacré à la classe ATC B, malgré le nombre relativement faible d'utilisateur-rices, est également à noter. Cette classe comprend les médicaments qui agissent sur le sang et les organes hématopoïétiques (moelle osseuse). Cette classe a le budget le plus élevé de toutes les classes en 2023, soit 9.837.985 euros. Alors que le nombre d'utilisateur-rices a baissé de 4% et le volume en DDD de 1% par rapport à 2013, le budget a augmenté de 54%. Cette augmentation peut être attribuée au coût élevé des facteurs de coagulation sanguine utilisés dans le traitement de l'hémophilie. Concernant les médicaments anti-neoplasiques et agents immunomodulants (classe ATC L), on constate également que le nombre de patient-es reste constant, mais que le budget double, passant de 1,2 à 2,2 millions d'euros.

### 2.1.3. Top 5 classes de médicaments par tranches d'âge en fonction du volume en DDD

Nous avons effectué une analyse par âge et utilisé des tranches d'âge en fonction du développement de l'enfant : 0-1 an (nourrissons et tout-petits), 2-5 ans (enfants d'âge préscolaire), 6-11 ans (enfants du primaire) et 12-17 ans (adolescent-es) (voir Tableau 4). Nous avons comparé le top 5 de 2013 et celui de 2023 en fonction du volume en DDD **pour les comparer aux données de 2012 (INAMI, 2012).**

**Le top 5 de 2023 reste identique à celui de 2013 pour toutes les tranches d'âge.** Le seul changement se trouve dans la tranche d'âge 12-17 ans, où la classe ATC A passe de la cinquième à la quatrième place en 2023. La classe ATC A comprend un large éventail de médicaments tels que les médicaments pour les troubles gastro-intestinaux, ceux pour les problèmes liés aux brûlures d'estomac et les antidiabétiques. Dans le top 5 de chaque catégorie d'âge, on retrouve les médicaments pour le système respiratoire (classe ATC R), les anti-infectieux (classe ATC J) et les médicaments destinés au système digestif et au métabolisme (classe ATC A).

Nous constatons également que **les classes ATC du top 5 ne sont pas les mêmes pour toutes les tranches d'âge.** À partir de 6 ans, les préparations dermatologiques disparaissent du top 5 au profit des médicaments pour le système nerveux. Dans la tranche d'âge des adolescent-es, les contraceptifs progressent pour arriver en tête du classement. Les préparations dermatologiques disparaissent du top 5 chez les adolescent-es.

**Toutes tranches d'âge confondues, nous observons une diminution du volume en DDD en 2023 par rapport à 2013.**

Une analyse du top 5 en termes de volume en DDD et par tranche d'âge apporte une image plus nuancée. Nous observons une tendance à la baisse pour l'ensemble du top 5 chez les 0-1 an et chez les 2-5 ans. Cependant, chez les 6-11 ans et les adolescent-es, une augmentation du volume en DDD pour les médicaments destinés au système respiratoire (classe ATC R), les médicaments destinés au système nerveux (classe ATC N) et les médicaments destinés au système digestif et au métabolisme (classe ATC A) a été constatée. Chez les 6-11 ans, nous constatons une augmentation de la classe ATC S. Si l'on considère le pourcentage d'utilisateur-rices chez les enfants du primaire, on observe une augmentation dans les classes ATC R (de 20,6% à 22,2%), N (de 2,9% à 3,5%) et S (de 4,4% à 8,8%). En se penchant davantage sur la classe ATC N, il est possible de constater que l'augmentation est due aux médicaments pour les TDAH (de 1,8% à 2,2%) et aux psycholéptiques (de 0,6% à 1%). Au sein de cette tranche d'âge, la consommation d'antidépresseurs est faible et en baisse (de 0,2% à 0,1%). Chez les adolescent-es, le pourcentage d'utilisateur-rices augmente pour la classe ATC N (de 5,5% à 6,8%) et la classe ATC A (de 5,5% à 5,7%), mais diminue pour la classe ATC R (de 19,8% à 19,3%). Dans la classe ATC N, les antidépresseurs sont ceux qui progressent le plus, avec 1,6% d'utilisateur-rices en 2023 contre 1,1% en 2013. En chiffres absolus, cela représente une augmentation de 54% du nombre d'utilisateur-rices. Les médicaments les plus utilisés dans cette classe sont les psychoanaleptiques (3% d'utilisateur-rices en 2023). Par ailleurs, chez les adolescent-es, une diminution de l'utilisation des contraceptifs de 37% (volume en DDD) est observée. Le pourcentage d'utilisateur-rices dans cette classe passe ainsi de 13,4% à 11,3%.

## 2.2. Top 20 des médicaments par an selon le nombre d'utilisateur-rices

### 2.2.1. Analyse générale

Pour chaque année, nous avons analysé le top 20 des médicaments présentant le plus grand nombre d'utilisateur-rices (niveau ATC 5). Nous avons examiné le top 20 pour l'ensemble des membres âgés de 0 à 17 ans et pour les différentes tranches d'âge. Le tableau 5 montre que, **tous âges confondus, de 2013 à 2023, les mêmes seize molécules restent dans le top 20.** L'amoxicilline, l'association amoxicilline-acide clavulanique et le salbutamol, utilisé par inhalation dans le traitement de l'asthme, occupent les trois premières places depuis dix ans. Au fil des années,

**Tableau 4 : Top 5 des principaux groupes anatomiques selon le volume en DDD par tranche d'âge en 2013 et 2023 (pourcentage d'utilisateur-rices %) (Source : MC)**

2013				
Classement	0-1 an	2-5 ans	6-11 ans	12-17 ans
1	Système respiratoire (R) 6.436.839 DDD (42,3%)	Système respiratoire (R) 652.815 DDD (33,2%)	Système respiratoire (R) 4.992.947 DDD (20,6%)	Système génito-urinaire et hormones sexuelles (G) 20.177.533 DDD (13,4%)
2	Organes sensoriels (S) 557.434 DDD (32%)	Anti-infectieux généraux à usage systémique (J) 970.604 DDD (53%)	Système nerveux (N) 985.992 DDD (2,9%)	Système respiratoire (R) 6.441.144 (19,8%)
3	Anti-infectieux généraux à usage systémique (J) 503.712 DDD (50,1%)	Organes sensoriels (S) 627.452 DDD (20,9%)	Anti-infectieux généraux à usage systémique (J) 914.070 DDD (32,9%)	Système nerveux (N) 2.533.489 DDD (5,5%)
4	Système digestif et métabolisme (A) 443.299 DDD (11,7%)	Système digestif et métabolisme (A) 295.655 DDD (3%)	Système digestif et métabolisme (A) 586.765 DDD (2,6%)	Anti-infectieux généraux à usage systémique (J) 2.086.938 DDD (32,9%)
5	Préparations dermatologiques (D) 93.912 DDD (7,7%)	Préparations dermatologiques (D) 171.469 DDD (7,4%)	Organes sensoriels (S) 334.858 DDD (4,4%)	Système digestif et métabolisme (A) 1.598.300 DDD (5,5%)

2023				
Classement	0-1 an	2-5 ans	6-11 ans	12-17 ans
1	Système respiratoire (R) 4.149.800 DDD (40,3%)	Système respiratoire (R) 4.103.184 DDD (32,5%)	Système respiratoire (R) 5.260.988 DDD (22,2%)	Système génito-urinaire et hormones sexuelles (G) 12.814.694 DDD (11,3%)
2	Organes sensoriels (S) 531.405 DDD (32,6%)	Anti-infectieux généraux à usage systémique (J) 739.750 DDD (42,4%)	Système nerveux (N) 1.392.825 DDD (3,5%)	Système respiratoire (R) 6.968.081 DDD (19,3%)
3	Anti-infectieux généraux à usage systémique (J) 409.811 DDD (42,9%)	Organes sensoriels (S) 569.109 DDD (23,1%)	Anti-infectieux généraux à usage systémique (J) 894.134 DDD (27,9%)	Système nerveux (N) 3.864.514 DDD (6,8%)
4	Système digestif et métabolisme (A) 282.246 DDD (9,4%)	Système digestif et métabolisme (A) 231.605 DDD (2,2%)	Système digestif et métabolisme (A) 662.248 DDD (2,1%)	Système digestif et métabolisme (A) 1.793.536 DDD (5,7%)
5	Préparations dermatolo- giques (D) 79.366 DDD (7%)	Préparations dermatolo- giques (D) 139.624 DDD (6,6%)	Organes sensoriels (S) 385.660 DDD (8,8%)	Anti-infectieux généraux à usage systémique (J) 1.496.775 DDD (25,6%)

la cétirizine (contre les allergies), la clarithromycine (antibiotique), les gouttes oculaires et auriculaires contenant de l'hydrocortisone et un antibiotique (contre les infections oculaires et auriculaires), le montélukast (contre l'asthme) et l'oméprazole (antiacide) disparaissent du top 20.

Outre le top 20 des médicaments, nous portons notre attention sur certaines molécules pour lesquelles le nombre d'utilisateur-rices a augmenté de plus de 100% depuis 2013 et qui comptent plus de 500 utilisateur-rices en 2023. Ainsi que nous l'avons mentionné précédemment, nous consta-

tons une augmentation des produits de la classe N : aripiprazole (pour la schizophrénie et le trouble bipolaire ; 3.798 utilisateur-rices, +144%), sertraline (antidépresseur ; 1.796 utilisateur-rices, +122%) et fluoxétine (antidépresseur, 943 utilisateur-rices, +205%).

Nous avons également observé une forte augmentation du recours au lévonorgestrel (1.964 utilisatrices, +2.082%) et l'ulipristal (919 utilisatrices, +1.667%), tous deux utilisés comme contraceptifs d'urgence. Cette forte augmentation s'explique par un changement dans les remboursements

(les pilules du lendemain sont désormais remboursées sans prescription). Dans le domaine de la contraception, nous constatons une forte augmentation du désogestrel (pilule micro-progestative) avec 1.886 utilisatrices en 2023 contre 754 en 2013. Les collyres à base de dexaméthasone ont également connu une forte progression : 3.756 utilisateur-rices en 2023 (+124%). Une tendance à la hausse pour les EpiPen, utilisés en cas de choc anaphylactique (2.742 utilisateur-rices en 2023, +111%) est également constatée.

Depuis 2022, la phénéticilline est remboursée en Belgique. Cet antibiotique est indiqué pour les infections des voies respiratoires supérieures et inférieures, ainsi que pour les infections cutanées et des tissus mous. Le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) le recommande

en cas d'angine streptococcique (lorsque les antibiotiques sont indiqués) (CBIP, 2024c). Cela se constate immédiatement dans les chiffres, avec 1.147 utilisateur-rices en 2023.

Nous examinons les différents médicaments plus en détail dans les prochains chapitres. Lorsque plusieurs médicaments traitant la même pathologie apparaissent dans le top 20, ils sont examinés ensemble.

## 2.2.2. Analyse par médicament ou classe de médicaments

### Antibiotiques à usage systémique

En 2023, quatre antibiotiques à usage systémique figuraient dans le top 20. L'amoxicilline se classe au premier rang tout

Tableau 5 : Top 20 des médicaments les plus utilisés chez les enfants âgés de 0 à 17 ans en 2013 et 2023 (classés par nombre d'utilisateur-rices en 2013) (Source : MC)

Désignation	ATC	2013		2023		Évolution 2013-2023
		Nombre de patient-es	Classement	Nombre de patient-es	Classement	
<b>Amoxicilline</b>	J01CA04	216.896	1	18.1227	1	-16,4%
<b>Amoxicilline + acide clavulanique</b>	J01CR02	111.264	2	61.182	3	-45,0%
<b>Salbutamol</b>	R03AC02	81.478	3	83.221	2	+2,1%
<b>Bromure d'ipratropium</b>	R03BB01	74.207	4	50.065	6	-32,5%
<b>Budésonide</b>	R03BA02	51.263	5	45.793	8	-10,7%
<b>Vaccin contre le rotavirus</b>	J07BH01	47.413	6	38.063	11	-19,7%
<b>Bacitracine + néomycine (oculaire, auriculaire, nasal)</b>	S03AA30	47.245	7	47.025	7	-0,5%
<b>Ibuprofène</b>	M01AE01	44.385	8	32.463	13	-26,8%
<b>Azithromycine</b>	J01FA10	44.124	9	61.182	4	+38,5%
<b>Desloratadine</b>	R06AX27	39.893	10	41.736	10	+4,6%
<b>Mométasone (nasal)</b>	R01AD09	39.316	11	34.812	12	-11,5%
<b>Fluticasone</b>	R03BA05	38.880	12	53.556	5	+37,8%
<b>Ciprofloxacine (oculaire, auriculaire)</b>	S01AE03	30.115	13	45.790	9	+52,0%
<b>Clarithromycine</b>	J01FA09	30.100	14	x	x	-62,0%
<b>Cétirizine</b>	R06AE07	21.756	15	x	x	-44,2%
<b>Tobramycine (oculaire)</b>	S01AA12	19.456	16	15.838	18	-18,6%
<b>Montélukast</b>	J01CF05	18.712	17	x	x	-66,3%
<b>Dexaméthasone + antibiotiques (oculaire, auriculaire)</b>	S01CA01	17.482	18	17.761	15	+1,6%
<b>Hydrocortisone + antibiotiques (oculaire, auriculaire)</b>	S03CA04	16.936	19	x	x	-22,5%
<b>Mométasone (cutané)</b>	D07AC13	16.783	20	24.073	14	+43,4%
<b>Bilastine</b>	R06AX29	x	x	17.426	16	+852,5%
<b>Flucloxacilline</b>	J01CF05	x	x	16.421	17	+65,7%
<b>Méthylphénidate</b>	N06BA04	x	x	15.209	19	+30,8%
<b>Salmétérol + Fluticasone</b>	R03AK06	x	x	14.457	20	+22,6%

au long de la période 2013-2023, bien qu'une tendance notable à la baisse (-16% par rapport à 2013 en termes de nombre d'utilisateur-rices) puisse être notée. En 2013, la combinaison d'amoxicilline et d'acide clavulanique se plaçait encore en 2<sup>e</sup> position, mais depuis 2017, cette place est occupée par le salbutamol. Avec sa troisième place, l'amoxicilline combinée à l'acide clavulanique reste un des médicaments les plus utilisés, mais a connu une baisse substantielle de 45% depuis 2013. La clarithromycine, un antibiotique de la famille des néomacrolides, connaît également une forte baisse et disparaît du top 20 à partir de 2020. En 2023, l'azithromycine, un antibiotique appartenant à la même classe que la clarithromycine, se place en quatrième position, illustrant une forte progression avec 61.182 utilisateur-rices en 2023 (+39% par rapport à 2013). L'utilisation de la flucloxacilline, un antibiotique utilisé dans le cadre des infections cutanées, est également en hausse avec 16.421 utilisateur-rices en 2023 (augmentation de 66% depuis 2013), ce qui la place à la position 17 de ce top 20.

#### *Gouttes oculaires et auriculaires contenant des antibiotiques*

Le top 20 comprend quatre médicaments contenant des antibiotiques pour une utilisation locale dans les yeux, les oreilles ou le nez. Entre 2013 et 2023, le nombre d'utilisateur-rices de collyres contenant de la ciprofloxacine a augmenté de 52%. En 2023, ce médicament se trouve à la neuvième place. Il est utilisé pour traiter les plaies et les infections superficielles de l'œil, ainsi que les infections sévères de l'oreille. Cela compense la forte baisse de l'ofloxacine sous forme de collyre (-51%, hors top 20).

Parallèlement, nous constatons une diminution de l'utilisation des collyres et pommades contenant de la tobramycine, utilisés pour les infections oculaires externes (-19%). Le nombre d'utilisateur-rices de l'association d'hydrocortisone, d'oxytétracycline et de polymyxine dans les gouttes oculaires et auriculaires connaît également une baisse (-23%) et disparaît du top 20 en 2022. Ces médicaments sont destinés au traitement local des infections inflammatoires importantes et au traitement des syndromes inflammatoires associés à un risque de surinfection.

Les gouttes contenant une combinaison de deux antibiotiques, la bacitracine et la néomycine, figurent dans le top 20 de manière constante. Elles sont utilisées pour les infections locales oculaires et auriculaires, mais également nasales. La néomycine a un large spectre antibactérien et est particulièrement efficace contre les germes à Gram négatif. La bacitracine est essentiellement efficace contre les germes à Gram positif. Leur combinaison couvre ainsi

un très large spectre antibactérien. Ces gouttes fluctuent entre la quatrième et la septième place au cours de la période étudiée, atteignant un pic en 2016 avec 65.811 utilisateur-rices, pour revenir en 2023 au même niveau qu'en 2013. Les gouttes de dexaméthasone en association avec des antibiotiques, également utilisées pour les infections oculaires, conservent également une place stable.

#### *Médicaments pour traiter l'asthme*

En 2023, cinq médicaments utilisés dans le cadre du traitement de l'asthme figuraient dans le top 20 selon le nombre d'utilisateur-rices. L'utilisation du salbutamol est restée pratiquement stable au cours de la période étudiée, avec une augmentation de 2% du nombre d'utilisateur-rices. Les autres médicaments utilisés pour lutter contre l'asthme figurant dans ce top 20 sont l'ipratropium (par inhalation, bronchodilatateur à courte durée d'action), la fluticasone et le budésonide (tous deux des corticostéroïdes inhalés, en traitement de fond) et l'association du salmétérol (bronchodilatateur à longue durée d'action) et de la fluticasone.

En 2021, la fluticasone est entrée dans le top 5. Le nombre d'utilisateur-rices a augmenté de 38% entre 2013 et 2023 (passant de 38.880 à 53.556). Le nombre d'utilisateur-rices de l'association entre salmétérol et fluticasone augmente également de 23%. En revanche, l'utilisation des inhalateurs de budésonide et d'ipratropium diminue respectivement de 11% et de 33%. Dans l'ensemble, ainsi que nous avons pu l'observer dans l'analyse générale, il y a cependant moins d'utilisateur-rices de ces médicaments pour l'asthme. Le montélukast (médicament par voie orale contre l'asthme), encore en 17<sup>e</sup> position en 2013, disparaît du top 20 (-66%).

#### *Médicaments contre les allergies*

Le top 20 de 2013 à 2023 comprend également trois antihistaminiques, des médicaments utilisés pour les réactions allergiques (cétirizine, desloratadine et bilastine). L'utilisation de la desloratadine reste relativement stable, avec 39.893 utilisateur-rices en 2013 et 41.736 en 2023 (+5%). Elle entre en 2018 au neuvième rang et passe au cinquième rang en 2019, avant de redescendre au neuvième rang en 2023. En 2013, la cetirizine se classait encore en dix-septième position, mais elle disparaît du top 20 en 2023. La bilastine, avec les mêmes indications, la remplace et apparaît à la seizième place en 2023. Outre ces trois antihistaminiques, six autres molécules de cette classe ne figurant pas dans le top 20 sont utilisées en 2023 (voir Tableau 6). Cela représente un total de 87.688 enfants, soit une légère augmentation de 4% par rapport à 2013.

La mométasone figure deux fois dans le top 20, en tant que composant d'un spray nasal pour la rhinite allergique et dans des préparations pour la peau, utilisées pour traiter des affections cutanées telles que la dermatite allergique de contact, le psoriasis et la dermatite atopique. Le spray nasal de mométasone présente une forte augmentation du nombre d'utilisateur-rices jusqu'en 2018, suivie d'une forte baisse de 44% en 2019. Après une nouvelle baisse en 2020, le nombre d'utilisateur-rices augmente à nouveau par la suite, avec une hausse de 16% en 2023 par rapport à 2019. La mométasone utilisée dans les préparations pour la peau connaît quant à elle une augmentation de 43% en 2023 par rapport à 2013.

### Méthylphénidate

En 2020, le méthylphénidate entre dans le top 20 en dix-septième position avec 12.486 utilisateur-rices et continue à fluctuer autour de cette place. Le nombre d'utilisateur-rices a augmenté de 31% au cours de la dernière décennie, avec 15.209 utilisateur-rices en 2023. Ce médicament est indiqué dans le traitement des TDAH chez l'enfant à partir de 6 ans et de la narcolepsie (trouble rare du sommeil).

### Vaccin contre le rotavirus

Le rotavirus est une maladie contagieuse qui provoque une inflammation de l'estomac et des intestins, pouvant entraîner des diarrhées sévères. Les enfants de moins de deux ans sont particulièrement vulnérables à cette maladie. Le Conseil Supérieur de la Santé recommande la vaccination

contre le rotavirus (Conseil Supérieur de la Santé, 2013; Conseil Supérieur de la Santé, 2021). La vaccination en Belgique est réglementée par les communautés et est généralement gratuite en ce qui concerne les vaccins inclus dans le calendrier vaccinal de base<sup>4</sup>. Cependant, les vaccins contre le rotavirus ne sont pas gratuits. Ils doivent être achetés par les parents sur ordonnance dans les pharmacies, mais sont remboursés (Conseil Supérieur de la Santé, 2021). Ces données se reflètent donc dans les données de facturation de la MC. Une nette tendance à la baisse peut être observée : de 47.413 vaccins en 2013 à 38.063 en 2023 (-20%). Le pourcentage d'utilisateur-rices passe de 35,4% à 33,5%.

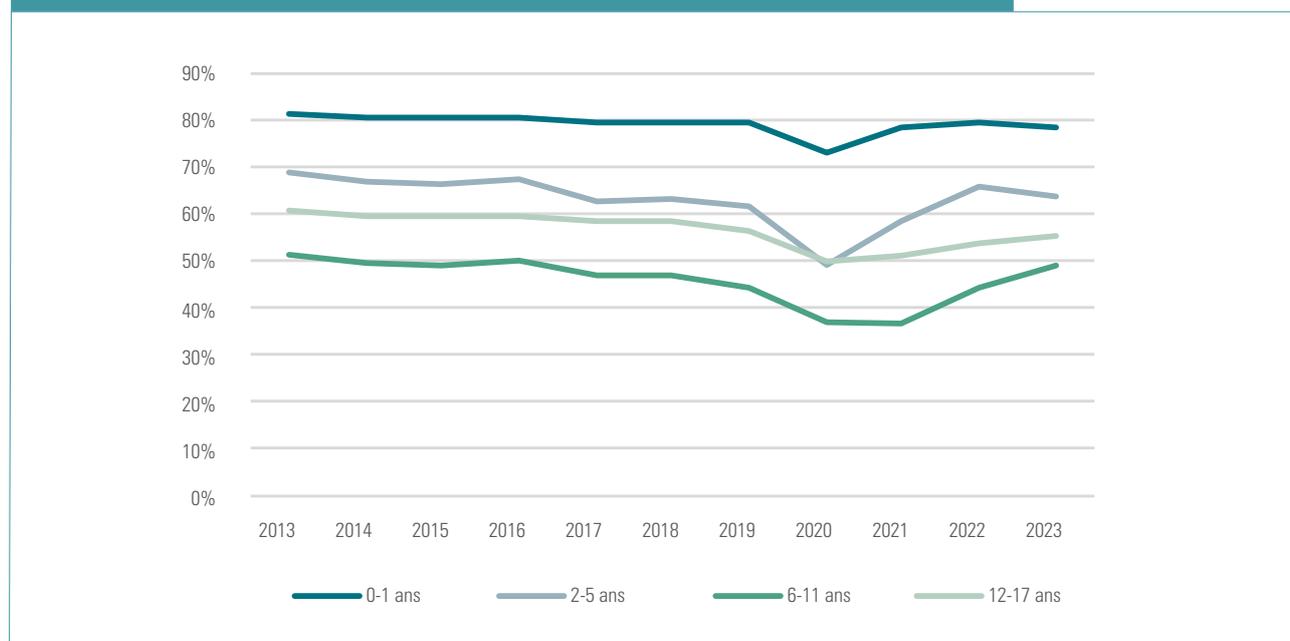
### Ibuprofène

En 2023, l'ibuprofène occupe la treizième place et est utilisé contre la douleur, la fièvre et l'inflammation. Son nombre d'utilisateur-rices a diminué (-27% par rapport à 2013). Une grande partie de ces médicaments sont délivrés sans ordonnance, et par conséquent, ils ne sont pas remboursés. Nous ne disposons pas d'une vision complète de leur utilisation.

### 2.2.3. Différences entre les tranches d'âge

En termes de recours général aux médicaments, la figure 1 montre que la tranche d'âge des 0-1 an est celle où il y a le plus grand nombre d'utilisateur-rices : en 2023, 78% des membres de la MC appartenant à cette tranche d'âge se sont vu prescrire au moins un médicament remboursé.

Figure 1 : Évolution du pourcentage d'utilisateur-rices de médicaments par tranche d'âge (Source : MC)



4 Voir, entre autres <https://www.laatjevaccineren.be/beleid/basisvaccinatieschema> et <https://www.vaccination-info.be/calendrier-de-vaccination/>.

Lorsque les enfants atteignent l'âge de 2 ans, la proportion de consommateurs et de consommatrices de médicaments diminue : parmi les enfants de 2 à 5 ans, ils sont 64% à se voir prescrire au moins un médicament remboursé. Ce déclin se poursuit dans le groupe d'âge des 6-11 ans, où 49% des personnes consomment encore des médicaments, mais l'augmentation reprend ensuite pour atteindre 56% chez les adolescent-es. **Dans toutes les tranches d'âge, nous constatons une diminution de la proportion d'utilisateur-rices par rapport à 2013.**

Nous avons ensuite analysé les médicaments les plus fréquemment utilisés pour chaque tranche d'âge (voir Tableau en annexe) et décrit les tendances dans chaque cas.

### 0-1 an

Le top 20 des médicaments de 2023 compte huit antibiotiques, dont trois sont administrés par voie orale : l'amoxicilline (1<sup>ère</sup> place), l'amoxicilline avec acide clavulanique (9<sup>e</sup> place) et l'azithromycine (10<sup>e</sup> place). Les autres antibiotiques, tels que la tobramycine et la ciprofloxacine, sont utilisés sous forme de gouttes oculaires et auriculaires et de préparations nasales, parfois en association avec de la cortisone. La plupart des antibiotiques présentent une diminution du nombre d'utilisateur-rices, à l'exception de l'azithromycine et de la ciprofloxacine, qui enregistrent respectivement des augmentations de 29% et 40%. La clarithromycine, à la treizième place en 2013, a disparu du top 20 depuis 2019 et a été remplacée par l'azithromycine, qui est de la même classe. Les collyres à base d'ofloxacine sont tout juste en dehors du top 20 (21<sup>e</sup> place) en 2023, mais leur utilisation a drastiquement diminué (-49%) depuis 2013. Le collyre à la ciprofloxacine gagne en revanche du terrain. La combinaison de bacitracine et de néomycine en gouttes est populaire et se classe en cinquième position en 2023, avec 21.813 utilisateur-rices de moins de 2 ans.

Outre les antibiotiques, deux médicaments contre le muguet buccal figurent dans le top 20 : le miconazole et la nystatine. Le muguet buccal est une infection fongique de la muqueuse buccale qui touche en particulier les nourrissons (4% des enfants de moins de 6 semaines). Selon le BAPCO (= guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire), le gel buccal de miconazole est le premier choix pour lutter contre le muguet. La suspension orale de nystatine est utilisée comme alternative. Le miconazole n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 6 mois en raison du risque d'étouffement (CBIP, 2012). Le nombre d'utilisateur-rices de miconazole a diminué de 37% au cours des dix dernières années, alors qu'il a augmenté de 63% pour la nystatine.

Le top 20 en 2023 comprend également cinq médicaments contre l'asthme : le salbutamol (3<sup>e</sup> place), l'ipratropium (4<sup>e</sup> place), le budésonide (6<sup>e</sup> place), la fluticasone (7<sup>e</sup> place) et l'association de salmétérol et de fluticasone (19<sup>e</sup> place). Par rapport à 2013, des baisses respectives de 15%, 43% et 32% ont été observées pour le salbutamol, l'ipratropium et le budésonide. Cependant, la préparation combinée a connu une augmentation de 96% et la fluticasone a également augmenté de 31%.

Le vaccin contre le rotavirus fait son retour dans cette tranche d'âge parce qu'il est administré avant l'âge de 6 mois. Les crèmes, pommades et solutions contenant de la mométasone sont également couramment utilisées à cet âge, avec une augmentation de 24% depuis 2013, ce qui place le médicament en treizième position en 2023. La mométasone en spray nasal ferme le top 20.

L'oméprazole est classé quinzième, avec 3.447 utilisateur-rices en 2023 (-3% comparé à 2013). La desloratadine, principalement utilisée pour les allergies, se classe au dix-septième rang, avec une baisse de 15% depuis 2013. Outre l'ofloxacine, la clarithromycine et la bétaméthasone ont elles aussi disparu du top 20 de 2013, la bétaméthasone occupant la 22<sup>e</sup> place en 2023.

### 2-5 ans

L'utilisation d'antibiotiques est également élevée dans cette tranche d'âge, avec pas moins de neuf antibiotiques dans le top 20 en 2023, dont cinq avec administration par voie orale et quatre en utilisation locale pour les infections oculaires, auriculaires et nasales. En outre, cinq préparations figurant dans le top 20 de 2023 sont destinées au traitement de l'asthme, tout comme chez les enfants âgés de 0 à 1 an.

Il est intéressant de noter que le top 20 pour cette tranche d'âge en 2023 comprend quatre médicaments qui n'apparaissent pas dans la liste pour les enfants âgés de 0 à 1 an : la flucloxacilline, la cétirizine, la clarithromycine et la bétaméthasone. La flucloxacilline est de plus en plus utilisée dans ce groupe, avec une augmentation de 70% depuis 2013, ce qui la place au 17<sup>e</sup> rang en 2023. Cet antibiotique est le premier choix pour traiter l'impétigo étendu, une infection bactérienne de la peau qui survient principalement chez les enfants âgés de 1 à 9 ans (Gezondheid en Wetenschap, 2019).

Dans cette tranche d'âge, deux macrolides figurent également dans le top 20 en 2023 : la clarithromycine et l'azithromycine. La clarithromycine affiche une baisse marquée par rapport à 2023 (-69%), tandis que l'utilisation de l'azithromycine augmente (+28%).

Outre la cetirizine, la desloratidine figure également dans le top 20. Il s'agit de deux antihistaminiques utilisés contre les allergies. La bétaméthasone ferme le top 20. C'est un corticostéroïde avec un large éventail d'applications, telles que les maladies auto-immunes, les syndromes inflammatoires en rhumatologie et en dermatologie, et les réactions allergiques aiguës. La mométasone revient également deux fois, en spray nasal et en pommade. L'oméprazole est quant à lui aux portes du top 20 (21<sup>e</sup> place) et enregistre une augmentation de 4%.

### 6-11 ans

Les antibiotiques occupent également une place importante dans cette tranche d'âge, avec neuf molécules différentes dans le top 20, dont cinq sont des préparations à administration par voie orale. En 2013, les antibiotiques étaient au nombre de sept. Nous observons ici des tendances frappantes qui diffèrent de celles observées chez les enfants plus jeunes. Par exemple, l'utilisation de l'amoxicilline n'a pratiquement pas diminué, le nombre d'utilisateur-rices n'ayant baissé que de 3% (pourcentage d'utilisateur-rices de 18,9% contre 17,3%).

En revanche, l'utilisation de l'amoxicilline combinée à l'acide clavulanique a fortement diminué, avec 42% d'utilisateur-rices en moins en 2023 par rapport à 2013. L'utilisation de la clarithromycine a chuté de 46%, mais cette baisse a été largement compensée par la forte augmentation de l'utilisation de l'azithromycine, qui a progressé de 82% et se classe désormais en deuxième position. La flucloxacilline a également affiché une forte augmentation de 104%, ce qui est plus élevé que chez les enfants plus jeunes. Dans ce groupe, une augmentation de 76% du nombre d'utilisateur-rices de gouttes contenant de la bacitracine et de la néomycine a par ailleurs été constatée. En 2013, ces molécules étaient tout juste en dehors du top 20, mais en 2023, elles se sont hissées à la douzième place.

En outre, cinq médicaments contre l'asthme figurent dans le top 20, le nombre d'utilisateur-rices en 2023 ayant augmenté par rapport à 2013. Le méthylphénidate, qui est spécifiquement autorisé pour le traitement des TDAH chez les enfants à partir de 6 ans, est une nouveauté dans le top 20 par rapport à celui des enfants plus jeunes. Son utilisation a augmenté de 31% comparé à 2013.

La desloratidine, un médicament couramment utilisé dans cette tranche d'âge, se classe au quatrième rang, son utilisation ayant augmenté de 22% entre 2013 et 2023. La cetirizine figure toujours dans le top 20, mais son utilisation a chuté de 35%. Cette diminution a été en partie compensée par une augmentation de l'utilisation de la bilastine, qui se classe dé-

sormais au 22<sup>e</sup> rang. Là encore, la mométasone apparaît deux fois dans le top 20. Les préparations cutanées contenant de la mométasone ont connu une augmentation de 52%, tandis que l'utilisation des sprays nasaux a légèrement diminué (-12%). Nous constatons également une augmentation de 69% de l'utilisation de l'oméprazole, qui figure dans le top 20 à partir de 2019.

Enfin, par rapport à 2013, trois médicaments n'apparaissent plus dans le top 20 en 2023 : le furoate de fluticasone (spray nasal pour la rhinite allergique similaire à la mométasone en spray nasal), l'ibuprofène (qui est largement utilisé hors du cadre de remboursement, donc les chiffres exacts manquent), et le montélukast, dont l'utilisation a drastiquement diminué de 67%.

### 12-17 ans

Dans les médicaments qui forment le top 20 de 2023 dans cette tranche d'âge, un certain nombre de médicaments sont différents de ceux les plus souvent utilisés dans les autres tranches d'âge, car il s'agit de médicaments qui sont utilisés à partir de l'adolescence. Ainsi, nous constatons la présence de deux médicaments utilisés comme contraceptifs : le lévonorgestrel associé à l'éthinylestradiol (9<sup>e</sup> place, +22%) et le désogestrel associé à l'éthinylestradiol (10<sup>e</sup> place, -42%). La combinaison avec le lévonorgestrel est une préparation monophasique de deuxième génération et semble présenter le meilleur rapport bénéfice/risque selon le CBIP. Le risque de thrombose veineuse profonde est plus élevé avec les associations basées sur un progestatif de troisième génération (désogestrel, gestodène), la drospirénone, la cyprotérone ou le diénogest (CBIP, 2023). La diminution du nombre d'utilisatrices de la combinaison avec le désogestrel constitue donc une évolution positive.

En dehors du top 20, nous constatons une augmentation de la combinaison de l'éthinylestradiol avec le diénogest (de 616 utilisatrices en 2013 à 3.271 utilisatrices en 2023), et ce malgré les recommandations du CBIP en 2013 : « En 2013, le diénogest est apparu pour la première fois sur le marché sous la forme d'une association d'œstrogènes monophasique, avec l'éthinylestradiol comme œstrogène. Cette combinaison est relativement coûteuse et n'a pas de valeur ajoutée ou d'avantage prouvé en matière de sécurité » (CBIP, 2019).

Les médicaments contre l'acné sont eux aussi typiques dans cette tranche d'âge : l'isotrétinoïne ferme le top 20, enregistrant une légère baisse depuis 2013 (-7%). La minocycline et la lymécycline, deux antibiotiques également utilisés contre l'acné et classés respectivement onzièmes et quizièmes en 2013, disparaissent du top 20 en 2022 et 2023. En 2023, la mino-

cycline et la lymécycline ont continué à être utilisées par 4.360 et 4.015 membres de la MC âgés de 12 à 17 ans.

Dans cette tranche d'âge, le top 20 comprend moins d'antibiotiques : seulement quatre préparations orales et un collyre. Une diminution de l'utilisation de l'amoxicilline et de son association avec l'acide clavulanique a également été observée, de même qu'une augmentation de l'utilisation de la flucloxacilline (+35%). Trois antibiotiques à administration par voie orale sont en tête du classement : l'amoxicilline en première position, l'association avec l'acide clavulanique en troisième position et l'azithromycine en quatrième position. L'azithromycine voit son utilisation augmenter au détriment de la clarithromycine, qui disparaît du top 20 en 2016.

Il convient de noter l'augmentation de l'utilisation du pantoprazole (13<sup>e</sup> place, +80%), un antiacide de la même classe que l'oméprazole, qui augmente lui aussi légèrement (17<sup>e</sup> place, +8%). En ce qui concerne le pourcentage de jeunes de 12 à 17 ans y avoir recours, l'utilisation du pantoprazole a presque doublé, passant de 1,2% à 2,1%. Ces deux médicaments appartiennent au groupe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Le pourcentage d'utilisateur-rices des IPP dans cette catégorie d'âge passe de 2,8 à 3,9% sur la période 2013-2023. Le méthylphénidate, qui occupe la huitième place, est lui aussi en forte progression.

Pour cette tranche d'âge également, la bilastine gagne en popularité au détriment d'autres antihistaminiques. Ainsi, la cétirizine disparaît du top 20 et le nombre d'utilisateur-rices de la lévocétirizine diminue de 28%. La bilastine est même classée cinquième pour cette tranche d'âge. La desloratadine reste également très utilisée et se classe en septième position en 2023 (+5%).

Nous constatons également que trois préparations pour le traitement de l'asthme ont connu une augmentation en comparaison avec 2013. Comme pour les autres tranches d'âge, la mométasone est également largement utilisée, en application cutanée et en spray nasal. L'ibuprofène arrive en deuxième position. Deux autres analgésiques et anti-inflammatoires disparaissent du top 20 : le naproxène en 2014 et le diclofénac en 2020. En 2023, le montélukast ne figure pas non plus dans le top 20.

### 2.3. Autorisation pour une utilisation chez les enfants

**Tous les médicaments figurant dans le top 20 par tranche d'âge en 2023 sont autorisés pour une utilisation chez les enfants** (en

fonction de la forme d'administration), **à l'exception de certains collyres contenant une combinaison de dexaméthasone et d'antibiotiques** (voir Tableau 6). Les notices des associations de dexaméthasone et de sulfate de néomycine/polymyxine indiquent qu'aucune donnée n'est disponible concernant l'utilisation chez les enfants (de moins de 18 ans) et que la sécurité de cette utilisation n'a pas été établie. Cependant, ces gouttes et pommades ont été délivrées à 3.337 enfants affiliés à la MC. Sur la notice concernant l'utilisation de l'association de la dexaméthasone et du chloramphénicol, il est mentionné : « ne pas administrer à un enfant de moins de 18 ans, car la spécialité contient du bore et peut réduire la fertilité ». Cette combinaison a pourtant été délivrée à 7.918 enfants en 2023.

**Certains médicaments ne peuvent être utilisés qu'à partir d'un certain âge, mais sont tout de même administrés à des enfants plus jeunes.** Par exemple, les collyres contenant de la dexaméthasone et de la tobramycine peuvent en principe n'être utilisés chez l'enfant qu'à partir de 2 ans, mais ils ont été délivrés à 1.138 enfants de moins de 2 ans en 2023. Le *Kinderformularium* donne des recommandations de dosage pour cette combinaison à partir de la naissance.

La bilastine peut être administrée chez l'enfant à partir de 6 ans, mais elle a été délivrée à 73 membres de la MC âgés de moins de 6 ans en 2013. Selon la notice, la cétirizine peut être utilisée chez l'enfant à partir de 2 ans, mais en 2023, elle a été délivrée à 624 enfants plus jeunes et même à 1.107 en 2022. Cependant, la cétirizine n'est plus disponible en sirop depuis 2023, ce qui pourrait expliquer la baisse du recours à cette molécule. Le *Kinderformularium* donne des recommandations de dosage à partir d'un an, le *SwissPedDose* à partir de 6 mois. Il peut donc être considéré que ce médicament est sans danger pour les enfants de moins de 2 ans.

La mométasone en préparations cutanées est recommandée à partir de 2 ans, mais elle a été administrée à 4.074 membres de la MC âgés de moins de 2 ans. Le *Kinderformularium* recommande également de ne pas l'utiliser avant les 2 ans, *SwissPedDose* ne fournit aucune information. Il en va de même pour la mométasone en spray nasal pour le traitement de la rhinite allergique. Elle est indiquée comme pouvant être utilisée à partir de 3 ans, mais a été administrée à 2.096 membres de la MC âgés de moins de 2 ans en 2023. Le *Kinderformularium* donne les mêmes recommandations que les notices pour le spray nasal de mométasone, et son équivalent suisse ne contient pas d'information à ce sujet.

En ce qui concerne les médicaments qui ont le plus progressé en dehors du top 20, plus de 1.500 membres de la MC âgés de 6 à 12 ans et 81 membres de la MC de moins de 6 ans ont

Tableau 6 : Autorisation pour une utilisation chez l'enfant

Top 20 en 2023	Motif principal d'utilisation chez l'enfant	Autorisation pour une utilisation chez l'enfant (RCP) selon la forme d'administration	Kinderformularium	SwissPedDose
<b>Amoxicilline (J01CA04)</b>	Infections bactériennes	À partir de 0 an	À partir de 0 an	À partir de 0 an
<b>Salbutamol (R03AC02)</b>	Asthme	À partir de 0 an	À partir de 0 an	À partir de 1 mois
<b>Amoxicilline + acide clavulanique (J01CR02)</b>	Infections bactériennes	À partir de 0 an	À partir de 0 an	À partir de 1 mois
<b>Azithromycine (J01FA10)</b>	Infections bactériennes	À partir de 1 an	À partir de 1 mois	À partir de 0 an
<b>Fluticasone (R03BA05) par voie inhalée</b>	Asthme	À partir de 1 an	À partir de 1 an	À partir de 1 an
<b>Ipratropium (R03BB01)</b>	Asthme	À partir de 0 an	À partir de 0 an	À partir de 1 mois Reflux
<b>Bacitracine + néomycine ; gouttes (S03AA30)</b>	Traitement local des infections bactériennes (yeux, oreilles, nez)	Pas d'âge spécifié (les « enfants » sont mentionnés dans le SKP en cas de préoccupations particulières : traitements intensifs ou de longue durée ... qui devraient être évités, etc. en particulier chez les enfants)	Pas commercialisé aux Pays-Bas	Pas commercialisé en Suisse
<b>Budésonide (R03BA02) par voie inhalée</b>	Asthme	À partir de 6 mois	À partir de 1 mois	À partir de 6 mois
<b>Ciprofloxacine (gouttes oculaires/auriculaires) (S01AE03)</b>	Traitement local des infections bactériennes (yeux, oreilles)	À partir de 1 an	Pas commercialisé aux Pays-Bas	Pas d'information
<b>Desloratadine (R06AX27)</b>	Allergie	À partir de 1 an	À partir de 6 mois	Pas d'information
<b>Vaccin contre le rotavirus (J07BH01)</b>	Vaccination	Première dose à partir de 6 semaines	Première dose à partir de 6 semaines	Pas d'information
<b>Mométasone (nasal) (R01AD09)</b>	Allergie (rhinite allergique)	À partir de 3 ans	À partir de 3 ans	Pas d'information
<b>Ibuprofène (M01AE01)</b>	Douleur, fièvre, inflammation	À partir de 3 mois (min. 6 kg)	À partir de 3 mois	À partir de 3 mois
<b>Mométasone (cutané) (D07AC13)</b>	Pour les inflammations de la peau telles que l'eczéma et le psoriasis	À partir de 2 ans	À partir de 2 ans	Pas d'information
<b>Dexaméthasone avec antibiotiques ; gouttes oculaires/auriculaires (S01CA01)</b>	Traitement local des infections bactériennes (yeux, oreilles)	À partir de 18 ans (chloramphénicol), pas de données pédiatriques pour les gouttes contenant de la gentamycine, de la lévofloxacine, de la néomycine/polymyxine. À partir de 2 ans pour la tobramycine	À partir de 0 an (avec tobramycine), à partir de 1 mois (avec gentamycine)	Pas d'information
<b>Bilastine (R06AX29)</b>	Allergie	À partir de 6 ans	Pas commercialisé aux Pays-Bas	À partir de 6 ans
<b>Flucloxacilline (J01CF05)</b>	Infections bactériennes	Enfant (sans précision d'âge) par voie orale - pour IV, injection : à partir des prématurés (RCP)	Nouveau-né à terme par voie orale et IV à partir de < 1 semaine et un poids de naissance < 2.000 g.	Pas d'informations sur l'administration par voie orale, seulement sur celle par voie intraveineuse (IV)
<b>Tobramycine ; collyre (S01AA12)</b>	Traitement local des infections bactériennes de l'œil	À partir de 1 an	À partir de 0 an	Pas d'information
<b>Méthylphénidate (N06BA04)</b>	TDAH	À partir de 6 ans (TDAH)	À partir de 3 ans (TDAH) pour les comprimés à libération immédiate	À partir de 3 ans (TDAH) pour les comprimés à libération immédiate
<b>Salmétérol et fluticasone (R03AK06)</b>	Asthme	À partir de 4 ans (selon le dosage/la forme d'administration)	< 4 ans	Pas d'information

pris de l'aripiprazole, alors que ce médicament n'est indiqué être utilisable qu'à partir de 12 ans. Toutefois, le *Kinderformularium* recommande une utilisation à partir de 5 ans et *SwissPedDose* à partir de 6 ans.

L'otilonium, utilisé pour les spasmes intestinaux, ne figure pas non plus dans le top 20 et sa consommation a diminué depuis 2013, mais il a été tout de même délivré à 4.433 adolescent-es affiliés à la MC en 2023. La sécurité et l'efficacité de l'otilonium chez les enfants de moins de 18 ans n'ayant pas été établies, l'utilisation de ce médicament n'est pas recommandée pour cette population. Le CBIP mentionne qu'en raison du manque d'essais randomisés solides, la place des spasmolytiques n'est pas claire. Ce médicament n'est pas commercialisé aux Pays-Bas (CBIP, 2024f).

L'escitalopram et le trazodone, indiqués dans le traitement de la dépression, ne figurent pas non plus dans le top 20. L'utilisation de ces deux médicaments chez les moins de 18 ans n'est pas recommandée en raison du manque de données. Cependant, ils ont été respectivement utilisés par 1.082 et 929 enfants (affiliés à la MC) en 2023. Le *Kinderformularium* et *SwissPedDose* ne fournissent pas d'informations sur la trazodone. Pour l'escitalopram, les deux bases de données formulent des recommandations de dosage à partir de 12 ans. En Belgique, un seul antidépresseur sur le marché est indiqué comme pouvant être administré aux enfants, la fluoxétine. La quétiapine a également été administrée à 689 enfants. Il s'agit d'un antipsychotique indiqué dans le traitement de la schizophrénie, entre autres, mais pas avant l'âge de 18 ans. Le *Kinderformularium* et *SwissPedDose* formulent des recommandations à partir de 12 ans.

En prenant en compte d'un nombre limité de médicaments et l'âge à partir desquels ces derniers sont autorisés, nous observons que **7% des moins de 18 ans ayant eu recours à des médicaments en 2023 ont eu des délivrances de médicaments off-label. Étant donné que tous les médicaments délivrés off-label n'ont pas été repris dans l'analyse, ce pourcentage est très certainement une sous-estimation.**

## 3. Discussion des résultats

### 3.1. Évolution du recours aux médicaments

Tout comme l'AIM (AIM, 2023), nous observons **une diminution du recours général aux médicaments chez les**

**enfants** sur la base des données de la MC cette dernière décennie. **Il s'agit d'un changement de tendance par rapport à la décennie précédente.** En effet, alors que l'INAMI faisait état d'une augmentation de 6,4% du volume en DDD au cours de la période 2007-2011, la MC note une diminution de 16% entre 2013 et 2023.

Si l'on compare le top 5 (des principaux groupes anatomiques) de la MC selon le volume en DDD et par âge en 2023 avec celui de l'INAMI en 2011, plusieurs choses peuvent être constatées. Chez les enfants de 0 à 1 an, les vaccins ne figurent plus dans le top 5 de la MC et les préparations dermatologiques les remplacent. Le top 5 des 2 à 5 ans en 2023 de la MC est exactement le même que celui de l'INAMI en 2011. Chez les enfants de 6 à 11 ans, les médicaments destinés au système nerveux arrivent en deuxième position, et en troisième chez l'INAMI. Chez les 11-17 ans, nous observons qu'en 2023, les médicaments contre les problèmes gastro-intestinaux et métaboliques sont plus utilisés que les antibiotiques (en termes de volume). Ces médicaments sont aussi généralement utilisés pendant des périodes plus longues qu'un traitement antibiotique. En 2011, ils étaient classés 5<sup>e</sup> à l'INAMI, en 2023, ils sont classés 4<sup>e</sup> à la MC.

#### 3.1.1. Anti-infectieux

**La diminution du recours général aux antibiotiques constitue une évolution positive**, la baisse la plus importante ayant été observée pour la combinaison amoxicilline-acide clavulanique. L'utilisation restrictive de cette combinaison revêt une grande importance dans la lutte contre la résistance aux antibiotiques. Malgré cette diminution, **le recours général aux antibiotiques en Belgique était supérieur à la moyenne de l'UE en 2022** (19 DDD/1.000 habitants/jour contre 17 DDD en moyenne dans l'UE). En ce qui concerne l'utilisation d'antibiotiques dans le secteur hospitalier, la Belgique obtient des résultats inférieurs à la moyenne européenne (ECDC, 2023). Il convient également de noter que **la diminution de l'utilisation des antibiotiques n'est pas uniforme dans toutes les tranches d'âge.** Par exemple, chez les enfants de 6 à 11 ans, l'utilisation de l'amoxicilline ne diminue pratiquement pas. Il existe par ailleurs des antibiotiques dont l'utilisation a augmenté de manière significative, comme l'azithromycine et la flucloxacilline. L'azithromycine est susceptible de prendre la place de la clarithromycine, car elle peut en principe être utilisée pendant une période plus courte, mais dans le cas de certaines maladies respiratoires chroniques, son administration se fait à nouveau sur une plus longue période. L'augmentation du recours à la flucloxacilline pourrait être

due à des épidémies d'impétigo dans des camps d'été pour adolescent-es (Departement Zorg, 2014).

Pour une lecture correcte des résultats, il est également important de noter qu'en raison de modifications réglementaires, tous les antibiotiques ne sont pas encore remboursés pour toutes les indications. Par exemple, le remboursement des quinolones à administration par voie orale est soumis à des conditions spécifiques, et ces médicaments sont donc également délivrés en dehors du système de remboursement, ce qui a une incidence sur les statistiques globales relatives aux antibiotiques remboursés (Berwouts, Van Haecht, Ntahonganyira, & Stokx, 2023). Cela signifie que la consommation réelle peut être supérieure à celle établie.

En outre, nous ne constatons pas de tendance à la baisse de l'utilisation locale d'antibiotiques pour les infections oculaires, auriculaires et nasales. Chez les enfants âgés de 6 à 11 ans, il est même question d'une augmentation de 15% du volume total en DDD dans la classe ATC S, qui contient principalement des gouttes oculaires et auriculaires contenant des antibiotiques. Il est intéressant de noter que l'utilisation de gouttes contenant de la bacitracine et de la néomycine dans cette tranche d'âge a augmenté de 76% au cours de la dernière décennie. Selon le CBIP, la conjonctivite bactérienne ou virale est souvent une affection spontanément résolutive qui ne nécessite généralement pas de traitement anti-infectieux. Le BAPCOC recommande ainsi un premier rinçage à l'eau (par exemple avec un gant de toilette, un coton-tige ou un disque de coton) en cas de conjonctivite (CBIP, 2024c). En cas de congestion nasale, la première recommandation est un nettoyage au sérum physiologique. Il n'existe aucune preuve de l'utilité des préparations à base d'antibiotiques ou de corticostéroïdes (CBIP, 2024e). Les gouttes auriculaires à base de ciprofloxacine, en revanche, sont indiquées en cas d'écoulement de l'oreille lorsque l'enfant est porteur d'aérateurs transtympaniques (aussi appelés diabolos) (CBIP, 2024d). L'utilisation importante de ces gouttes suggère qu'elles ne sont pas toujours prescrites de manière rationnelle. Dans le contexte de la résistance aux antibiotiques, ces médicaments doivent également être manipulés avec précaution. En outre, certaines de ces préparations ne formulent aucune indication pour une administration chez l'enfant, car il n'existe pas de données sur l'utilisation dans ce groupe cible.

### 3.1.2. Médicaments pour le système nerveux

Comme pour l'INAMI en 2012, les données de la MC montrent également une augmentation de l'utilisation dans le groupe de médicaments portant le code ATC N. Cette tendance se poursuit donc. Il s'agit entre autres du recours au méthylphé-

nidate, utilisé dans le traitement des TDAH. La MC a déjà fait état de cette augmentation frappante, des longues périodes de traitement et de l'absence de suivi systématique par des médecins spécialistes et d'un manque d'accompagnement psychologique des enfants concernés (Lebbe, Ntahonganyira, & Vandenberg, 2017; Sholokhova & Cornelis, 2024). Cette utilisation comporte également des risques d'effets secondaires non négligeables, tels qu'un impact sur la croissance et le poids, des douleurs abdominales, une diminution de l'appétit, de l'anxiété et des angoisses (Storebø, et al., 2023). Les effets à long terme de ces traitements suscitent également des inquiétudes. Zhang et al. ont mené une étude longitudinale avec un groupe contrôle en Suède sur les affections cardiovasculaires associées à l'utilisation à long terme de médicaments contre les TDAH chez des personnes âgées de 6 à 64 ans. La conclusion est la suivante : les résultats de cette étude de cas, qui a fait l'objet d'un suivi longitudinal de 14 ans, suggèrent que l'utilisation à long terme de médicaments contre les TDAH est associée à un risque accru de maladie cardiovasculaire, en particulier d'hypertension et de maladie artérielle. Ces résultats soulignent l'importance de peser soigneusement les avantages et les risques potentiels lors de la prise de décision concernant un traitement à long terme du TDAH avec des médicaments (Zhang, et al., 2023).

De même, une **augmentation significative de la consommation d'antidépresseurs a été observée chez les adolescent-es**. Selon les directives décrites par *Gezondheid en Wetenschap* (équivalent flamand d'Infosanté), la première étape du traitement de la dépression est l'accompagnement psychologique (en particulier la thérapie cognitivo-comportementale) sans médicaments, à moins qu'il n'y ait un risque de suicide. Ce n'est que lorsque cette approche ne donne pas de résultats ou des résultats insuffisants que la médication est envisagée (Gezondheid en wetenschap, 2020). Toutefois, il s'agit principalement d'une utilisation *off-label*. Bien entendu, ces médicaments présentent également de nombreux effets secondaires et font l'objet d'une certaine controverse. Un risque accru de pensées suicidaires et d'automutilation a ainsi été identifié au début du traitement avec certains antidépresseurs. D'un autre côté, le comportement suicidaire dû à la dépression constitue une indication pour la prescription d'antidépresseurs. En outre, les informations disponibles sur l'impact des antidépresseurs sur la croissance, le développement sexuel et le développement cognitif, émotionnel et comportemental sont insuffisantes. La plupart des données sur le recours aux antidépresseurs chez les enfants et les adolescent-es concernent la fluoxétine, qui est la seule indiquée pour la dépression chez les enfants en Belgique (CBIP, 2024b; de Wit, Beekman, Maarsingh, van der Horst, & Vinkers, 2019).

### 3.1.3. Médicaments pour le système digestif et le métabolisme

---

Chez les adolescent-es, une légère augmentation du recours aux médicaments pour les troubles gastro-intestinaux et du métabolisme peut également être observée. Cette augmentation est minime et principalement due à la légère augmentation du recours aux médicaments liés au diabète (le pourcentage d'utilisateur-rices passe de 0,45% en 2013 à 0,53% en 2023). Pourtant, dans cette classe, l'antiacide pantoprazole gagne également du terrain tandis que l'oméprazole reste stable. L'utilisation de l'oméprazole est aussi en augmentation chez les enfants de 6 à 11 ans. L'oméprazole et le pantoprazole appartiennent à la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Le CBIP indique que les IPP sont généralement bien tolérés, avec peu d'effets indésirables graves (notamment troubles gastro-intestinaux, céphalées, éruptions cutanées). Il n'est pas rare que l'arrêt du traitement entraîne la réapparition des symptômes mêmes qu'il combattait (effet rebond), d'où l'importance d'une diminution progressive de ces médicaments afin d'éviter une reprise du traitement. Les effets à long terme n'ont pas encore été clairement établis. Les études à ce sujet ne sont pas toujours de bonne qualité. Toutefois, la répétition de certains résultats d'une étude à l'autre montre qu'il faut rester attentif à l'apparition d'effets indésirables (potentiellement graves) avec les IPP, en particulier lors d'une utilisation sur le long terme. Un certain nombre de publications ont à nouveau établi un lien entre l'utilisation des IPP et diverses pathologies (maladies rénales, infections gastro-intestinales et fractures chez l'adulte). Dans tous les cas, il convient de faire preuve de prudence (CBIP, 2022).

L'oméprazole est également fréquemment utilisé chez les enfants de moins de 2 ans, bien qu'il ne soit pas sans risque. Une publication récente a conclu que l'utilisation d'IPP chez les jeunes enfants était associée à un risque accru d'infections graves. Cette publication se base sur une étude de cohorte et les données de 1.262.424 enfants français (Lassalle, Zureik, & Dray-Spira, 2023). Cependant, le CBIP fournit des directives claires : le reflux est fréquent chez les nourrissons. Une approche médicamenteuse (avec un IPP) n'est pertinente que chez les enfants présentant un reflux associé à des symptômes inquiétants (par exemple une évolution anormale du poids) ou des complications (par exemple l'œsophagite). Le recours à un IPP n'est pas indiqué chez les nourrissons qui ne font que régurgiter (CBIP, 2024a). La forte utilisation chez les jeunes enfants et les adolescent-es suggère que l'utilisation n'est pas toujours rationnelle. Des recherches plus approfondies sont souhaitables pour expliquer la justification de la prescription et les causes de son utilisation accrue, car on en sait peu dans la littérature. En outre, selon la notice, aucun IPP ne doit être utilisé chez les enfants de moins d'un an.

### 3.1.4. Contraceptifs

---

**Une légère baisse du recours aux contraceptifs chez les adolescent-es est également à noter.** Nous ne disposons pas de données sur l'utilisation des préservatifs. Selon Sensoa, le centre flamand d'expertise sur la santé sexuelle, les jeunes utilisent davantage de moyens de contraception à long terme tels que les stérilets, qui peuvent rester dans le corps pendant des années (Sensoa, 2024). En 2023, 483 utilisatrices de stérilet hormonal (contre 52 en 2013) et 42 utilisatrices de stérilet en cuivre ont été recensées parmi les membres de la MC de moins de 18 ans. Il y a bel et bien une augmentation de la contraception à long terme, mais cela n'explique pas la tendance générale à la baisse.

Nous constatons dans nos données **une forte augmentation de l'utilisation de la contraception d'urgence, qui est due au changement dans les conditions de remboursement.** En effet, à partir de 2020, les pharmacien-nes peuvent délivrer la pilule du lendemain au tarif remboursé sans ordonnance (CBIP, 2020). Auparavant, le remboursement n'était possible que sur ordonnance. Cela explique l'augmentation dans les données et n'est donc pas à mettre en relation avec la baisse de l'utilisation de la contraception régulière.

Ces dernières années, le recours à la pilule a fait l'objet d'une plus grande sensibilisation. En février 2024, par exemple, le magazine *EOS Wetenschap* a rapporté que les femmes éprouvent une certaine lassitude à l'égard de la pilule, qui aurait des effets négatifs sur le corps et l'esprit. Les femmes se demandent également s'il est sûr de prendre la pilule plusieurs années de suite (EOS, 2024). Dans ce contexte, il reste important de sensibiliser la population à l'utilisation correcte de la pilule (y compris le fait de ne pas fumer), aux pilules considérées comme les plus sûres (pilules de deuxième génération contenant du lévonorgestrel) et à l'utilisation du préservatif.

### 3.1.5. Vaccination

---

**Les vaccins sont également en recul, le pourcentage d'utilisateur-rices passant de 6,8% à 5,3%.** Néanmoins, **la couverture vaccinale reste élevée en Belgique**, même si l'on constate une certaine lassitude et un scepticisme à l'égard des vaccins en Europe à la suite de la crise du coronavirus (VRT, 2024). En raison du manque de données, nous ne pouvons faire que peu de déclarations significatives à ce sujet. Néanmoins, nous souhaitons attirer l'attention sur les vaccins pour lesquels il est important de continuer à sensibiliser le public.

## 3.2. Discussion sur le top 20 des médicaments

**Près de la moitié du top 20 est constituée de préparations contenant des antibiotiques.** La tendance est heureusement à la baisse, même si l'utilisation reste élevée. Comme aux Pays-Bas (en 2011 et en 2021), l'amoxicilline arrive en tête, bien que l'utilisation diminue chez les adolescent-es et que l'on observe également une consommation moindre d'antibiotiques dans cette tranche d'âge. Le nombre total d'utilisateurs-rices d'amoxicilline chez les membres de la MC âgés de moins de 18 ans était de 138.119 (15,2%) en 2021. Aux Pays-Bas, cette année-là, 184.000 enfants ont pris de l'amoxicilline (soit 5,6%). En Belgique, les enfants sont donc trois fois plus nombreux à avoir recours à l'amoxicilline.

**Le top 20 évolue selon l'âge** et, là aussi, une cohérence avec nos voisins du Nord peut être notée. Les médicaments dont l'utilisation se retrouve typiquement chez les adolescent-es comprennent aussi la pilule contraceptive à base d'œstrogènes et de lévonorgestrel, la desloratadine et le méthylphénidate, un médicament pour le traitement des TDAH (Pharmaceutisch Weekblad, 2022).

En outre, nous constatons quelques progressions notables dans le top 20. La forte augmentation de l'utilisation de la nystatine et la diminution de l'utilisation du gel buccal de miconazole peuvent s'expliquer en partie par l'indisponibilité du gel buccal de miconazole. En 2023, sur PharmaStatut, une plateforme de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, l'indisponibilité était déjà une certitude (Farmastatus, 2024). L'indisponibilité peut en effet affecter l'utilisation des médicaments.

La bilastine a fait une ascension fulgurante en prenant la part de marché de la cétirizine. En 2018, figurait cependant ce qui suit dans le CBIP : « La bilastine a été commercialisée en 2012 en tant qu'antihistaminique H<sub>1</sub> non sédatif pour le traitement oral de la rhinoconjonctivite allergique et de l'urticaire. En raison de l'absence de nouvelles preuves et de son coût plus élevé, le CBIP considère que la bilastine n'est pas préférable aux autres antihistaminiques H<sub>1</sub>. Malgré cette recommandation, l'utilisation a augmenté de façon spectaculaire. Entre-temps, beaucoup de génériques sont également apparus sur le marché et le prix a baissé. En l'occurrence, une campagne de marketing peut très bien avoir influencé l'utilisation » (CBIP, 2018).

Le spray nasal de mométasone connaît une forte baisse à partir de 2019. Ceci est dû à une modification des conditions de remboursement. Le remboursement n'est possible que si

le ou la médecin indique sur l'ordonnance que le système de tiers payant est applicable. Ceci s'applique également aux sprays nasaux contenant de la fluticasone (furoate et propionate). Dans ce cas, ils doivent être prescrits pour une indication enregistrée, comme indiqué sur la notice. La mesure étant nouvelle en 2019, de nombreux-ses patient-es n'ont pas été remboursés parce que le-la médecin avait oublié l'inscription sur l'ordonnance (BAF, 2019).

## 3.3. Autorisation pour une utilisation chez les enfants

Il est possible d'établir que **les médicaments les plus couramment utilisés chez les enfants sont spécifiquement autorisés pour les tranches d'âge étudiées et que leur utilisation est relativement sûre.** Il arrive que des médicaments non destinés à un âge spécifique soient administrés dans une minorité de cas. Au sein du top 20, il s'agit principalement de la mométasone, à la fois en préparations cutanées et en sprays nasaux, ainsi que quelques gouttes auriculaires et collyres. Toutefois, **en dehors du top 20, nous avons également observé à plusieurs reprises une utilisation off-label.** Pour les affections simples, il existe souvent des alternatives suffisantes et il est possible d'éviter d'exposer les enfants à des médicaments qui n'ont pas été étudiés pour être administrés dans leur tranche d'âge. En l'absence de recommandations dans les directives, le *Kinderformularium* ou d'autres sources validées, nous recommandons de chercher d'abord un autre traitement.

Les directives pour les enfants peuvent être consultées dans les informations du CBIP, le guide BAPCOC (antibiotiques) et sur des plateformes telles que *WOREL* (Groupe de travail Développement de Guides de pratique de Première Ligne), *Ebpracticenet* (plateforme de référence avec des directives destinées à tous-tes les prestataires de soins de santé belges), *Gezondheid en Wetenschap* et CDLH (*Cebam Digital Library for Health* avec des informations médicales personnalisées). La Société belge de Pédiatrie dispose également de directives sur son site web, accessible à ses membres, tout comme la *Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde*. Des directives sont également intégrées dans les logiciels des médecins. Il existe donc de nombreuses directives, mais une harmonisation et une passerelle unique semblent appropriées. Le ou la médecin peut ainsi vérifier rapidement si la décision favorise l'utilisation rationnelle des médicaments et si elle est fondée sur les dernières recommandations en date.

Si l'utilisation *off-label* est tout de même appropriée, le prescripteur ou la prescriptrice doit néanmoins respecter cer-

taines conditions décrites par l'Ordre des médecins. L'Académie européenne de pédiatrie et la *European society for Developmental Perinatal and Pediatric Pharmacology* offrent également des conseils à ce sujet (Ordomec, 2010; Schrier, et al., 2020).

## 4. Recommandations

Sur la base de l'ensemble des résultats de cette étude, nous formulons ci-dessous des recommandations à l'intention des décideurs et décideuses politiques et des prescripteurs et prescriptrices de médicaments afin de **promouvoir une utilisation efficace, sûre et rationnelle des médicaments chez les enfants et les adolescent-es en Belgique**.

### 4.1. Antibiotiques

- Malgré la diminution de l'utilisation des antibiotiques, il reste important de sensibiliser au risque de résistance aux antibiotiques. Des campagnes de sensibilisation, destinées à la fois aux prestataires de soins de santé et au grand public, restent nécessaires pour poursuivre la rationalisation.
- Il convient d'accorder une attention accrue à l'augmentation du recours à certains antibiotiques tels que l'azithromycine et au maintien d'une forte utilisation d'antibiotiques à usage local qui sont encore souvent utilisés dans des affections spontanément résolutive telles que la conjonctivite.
- Nous demandons aux prescripteurs et prescriptrices de toujours suivre les directives du BAPCOC.

### 4.2. Antiacides chez les jeunes enfants et les adolescent-es

- Nous demandons aux prescripteurs et prescriptrices de toujours évaluer soigneusement si un antiacide est réellement nécessaire. Les signes inquiétants d'effets secondaires graves tels que l'insuffisance rénale et les infections gastro-intestinales doivent être pris en compte dans la décision, et une stratégie d'arrêt progressif doit toujours être communiquée dès le début du traitement.
- Il est nécessaire de mettre aussi l'accent sur les mesures d'hygiène de vie (alimentation équilibrée, perte de poids en cas de surcharge pondérale, éviter le stress, etc.).
- Pour les patient-es de moins d'un an, il existe une utilisation

*off-label* des IPP. Il convient d'évaluer soigneusement la nécessité d'un IPP.

- Il est indispensable de toujours informer les patient-es de manière détaillée et accessible sur les effets secondaires (graves) possibles.

### 4.3. Médicaments pour le traitement des troubles mentaux

- Nous demandons que des directives claires soient établies et que la collaboration multidisciplinaire soit encouragée afin que les enfants et les adolescent-es qui bénéficient d'un traitement médicamenteux dans le cadre de troubles mentaux puissent le suivre d'une manière sûre et contrôlée.
- Aux décideurs et décideuses politiques, nous demandons de continuer les efforts entrepris en matière d'amélioration de l'accès aux soins psychologiques. À partir du 1<sup>er</sup> février 2024, tous les jeunes de moins de 24 ans peuvent en effet bénéficier de consultations remboursées dans le cadre de la « Convention de financement des fonctions psychologiques de première ligne » de l'INAMI. Cependant, le budget actuellement prévu est insuffisant pour couvrir tous les besoins. Il est donc nécessaire de maintenir et de renforcer cette offre afin de pouvoir répondre à toutes les demandes d'aide des enfants et des adolescents, y compris les demandes des soins plus intensifs.

### 4.4. Contraception

- Promouvoir une meilleure information et éducation sur les options contraceptives sûres, y compris la pilule et l'utilisation de préservatifs.
- Étudier davantage les raisons qui expliquent le déclin du recours à la pilule par les adolescent-es, comme la « lassitude face à la pilule », et trouver comment répondre, sur le plan politique, au besoin d'alternatives que les jeunes perçoivent comme plus sûres et plus confortables.

### 4.5. Vaccination

- Continuer à sensibiliser le grand public à l'importance de la vaccination.
- Investir dans des campagnes qui relatent des expériences positives en matière de vaccination. Élaborer des documents qui réfutent les idées reçues (et fausses) les plus répandues sur les vaccins et présenter les preuves scientifiques de manière accessible.

- Faire preuve de transparence sur les effets secondaires et les risques éventuels liés aux vaccins, et expliquer comment les comparer aux avantages.
- Surveiller les ressentis négatifs et la désinformation sur les réseaux sociaux afin de pouvoir y répondre rapidement par une communication appropriée.
- Continuer à inclure des informations sur la vaccination dans les programmes de formation (tout au long du parcours scolaire, de l'école maternelle à la formation continue).

#### 4.6. Harmonisation et accessibilité des directives

- Développer une plateforme centrale, accessible aux médecins, qui rassemble toutes les directives applicables en pédiatrie. Cette plateforme pourrait favoriser une consultation rapide au cours de la pratique quotidienne et réduire l'utilisation de traitements non rationnels ou avec une utilisation *off-label*.
- Aux prescripteurs et prescriptrices, s'il n'existe pas d'autre option que l'utilisation *off-label*, nous demandons de respecter les conditions décrites par l'Ordre des médecins. Celles-ci stipulent que « la décision doit être fondée sur des bases scientifiques et être conforme à la loi sur les droits des patient-es. Le-la patient-e ou son-sa représentant-e doit être informé-e des prescriptions pour une utilisation *off-label*, des effets secondaires, ainsi que des avantages et des inconvénients du médicament. Pour les cas scientifiquement documentés qui n'ont pas encore été confirmés dans la pratique clinique de routine, le-la patient-e doit donner son consentement » (Ordomedic, 2010). Nous invitons également les médecins à consulter la déclaration de l'*European Academy of Paediatrics* et l'*European society for Developmental Perinatal and Pediatric Pharmacology*. Elle fournit des orientations supplémentaires pour l'utilisation *off-label* et recommande, par exemple, que le-la patient-e soit suivi-e pour vérifier l'efficacité et les effets secondaires du médicament (Schrier, et al., 2020).

## Conclusion

La baisse du recours général aux médicaments chez les enfants est une évolution positive. Néanmoins, certaines classes de médicaments nécessitent une attention particulière. La tendance à la hausse de l'utilisation de médicaments pour les troubles mentaux doit être suivie attentivement. Dans ce cas, le soutien psychologique est au moins aussi important que les médicaments, compte tenu des effets secondaires potentiels de ces derniers. L'utilisation croissante d'antiacides chez les enfants du primaire et les adolescent-es est également frappante et souligne l'importance d'une utilisation rationnelle des médicaments, d'autant plus que les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) peuvent entraîner de graves effets secondaires. Une utilisation rationnelle chez les bébés et la promotion d'un mode de vie sain chez les enfants plus âgés sont donc essentielles. Pour poursuivre la tendance à la baisse du recours aux antibiotiques dans toutes les tranches d'âge, il est essentiel de continuer à sensibiliser la population à leur utilisation correcte, y compris les antibiotiques à usage local.

Toutes les tendances à la baisse ne sont en revanche pas positives. Les légères baisses enregistrées pour les contraceptifs et les vaccins doivent retenir l'attention. Une bonne éducation sur l'utilisation des méthodes contraceptives, telles que la pilule et le préservatif, reste nécessaire, de même qu'une sensibilisation continue à l'importance de la vaccination.

Enfin, il apparaît que les médicaments les plus couramment utilisés sont en majeure partie autorisés pour une utilisation chez l'enfant et sont donc sûrs. Nous avons identifié une utilisation *off-label* chez au moins 7% des utilisateur-rices de médicaments de moins de 18 ans. Pour garantir une utilisation sûre et efficace des médicaments, il est essentiel d'élaborer, d'harmoniser et de suivre des directives et certaines conditions pour la prescription *off-label*.

## Bibliographie

- AIM. (2023). *Consommation des médicaments en Belgique*. Récupéré sur aim-ima.be: <https://aim-ima.be/Consommation-de-medicaments-en-381>
- BAF. (2019, maart). *Brabantse tarifieringsberichten*. Récupéré sur baf.be: [https://baf.be/sites/default/files/2019-02/2019-03\\_BT.B.pdf](https://baf.be/sites/default/files/2019-02/2019-03_BT.B.pdf)
- Berwouts, J., Van Haecht, C., Ntahonganyira, R.-M., & Stokx, J. (2023). Is het chinolonengebruik in België gedaald door de gewijzigde terugbetalingsvoorwaarden van 2018? *Tijdschrift voor geneeskunde en gezondheidszorg*, 79, 799-809.
- CBIP. (2012). Etouffement lors de l'utilisation du gel oral à base de miconazole. *Folia Pharmacotherapeutica*, 39(09), 68.
- CBIP. (2018). Nouveautés 2012: état de la question 5 ans plus tard. *Folia Pharmacotherapeutica*, 45(01), 1-16.
- CBIP. (2019). Nouveautés 2013: état de la question 5 ans plus tard. *Folia Pharmacotherapeutica*, 46(01), 3-29.
- CBIP. (2020). *Depuis le 10 septembre, extension de l'intervention spéciale de l'INAMI pour les contraceptifs et pour la pilule du lendemain*. Récupéré sur cbip.be: <https://www.cbip.be/fr/gows/3439>
- CBIP. (2021). Prescription off-label de médicaments. *Folia Pharmacotherapeutica*, 48(12), 1-6.
- CBIP. (2022). Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : indices d'effets indésirables rares mais potentiellement graves. *Folia Pharmacotherapeutica*, 49(05), 1-9.
- CBIP. (2023). Conseils en matière de contraception chez les femmes ayant des antécédents et des facteurs de risque cardio-vasculaire. *Folia Pharmacotherapeutica*, 50(08), 1-4.
- CBIP. (2024a). *Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) - Oméprazole*. Récupéré sur cbip.be: <https://www.cbip.be/fr/chapters/4?frag=2576>
- CBIP. (2024b). *Antidépresseurs*. Récupéré sur cbip.be: <https://www.cbip.be/fr/chapters/11?frag=7997>
- CBIP. (2024c). *Médicaments anti-infectueux*. Récupéré sur cbip.be: <https://www.cbip.be/fr/chapters/17?frag=15008>
- CBIP. (2024d). *Otite moyenne aiguë*. Récupéré sur cbip.be: <https://www.cbip.be/fr/chapters/12?frag=8000119>
- CBIP. (2024e). *Oto-rhino-laryngologie*. Récupéré sur cbip.be: <https://www.cbip.be/fr/chapters/18?frag=15602>
- CBIP. (2024f). *Système gastro-intestinal - Spasmolytiques*. Récupéré sur cbip.be: <https://www.cbip.be/fr/chapters/4?frag=2709>
- Conseil Supérieur de la Santé. (2013). *Vaccination de l'enfant et de l'adolescent : Vaccination de l'enfant contre le rotavirus - Révision*. Bruxelles: Conseil Supérieur de la Santé.
- Conseil Supérieur de la Santé. (2021). *Calendrier vaccinal - CSS 9606*. Bruxelles: Conseil Supérieur de la Santé.
- de Wit, L., Beekman, A., Maarsingh, O., van der Horst, H., & Vinkers, C. (2019). *Antidepressiva in de dagelijkse praktijk*. Récupéré sur Huisarts & Wetenschap.
- Departement Zorg. (2014). *Impetigo Kempen*. Récupéré sur <https://www.zorg-en-gezondheid.be/impetigo-kempen>
- European Commission. (2017). *State of Paediatric Medicines in the EU 10 years of the EU Paediatric Regulation*. Brussels: European Commission. Récupéré sur [health.ec.europa.eu](http://health.ec.europa.eu).
- Farmastatus. (2024). *Beschikbaarheid van geneesmiddelen*. Récupéré sur [farmastatus.be/](https://farmastatus.be/) <https://farmastatus.be/>
- Gezondheid en Wetenschap. (2019). *Impetigo (krentenbaard)*. Récupéré sur [gezondheidszorg.be: https://www.gezondheidszorg.be/richtlijnen/impetigo-krentenbaard](https://www.gezondheidszorg.be/richtlijnen/impetigo-krentenbaard)
- Gezondheid en wetenschap. (2020). *Depressie bij kinderen*. Récupéré sur [gezondheidszorg.be: https://www.gezondheidszorg.be/richtlijnen/depressie-bij-kinderen](https://www.gezondheidszorg.be/richtlijnen/depressie-bij-kinderen)
- INAMI. (2012). *L'utilisation des médicaments chez les enfants*. Récupéré sur [inami.fgov.be: https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infospot-2012-04-nl.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infospot-2012-04-nl.pdf)
- Joseph, P., Craig, J. C., & Caldwell, P. (2015). Clinical trials in children. *British journal of clinical pharmacology*, 29(3), 357-369.
- Kinderformularium. (2024). *Over het Kinderformularium*. Récupéré sur [kinderformularium.nl: https://www.kinderformularium.nl/](https://www.kinderformularium.nl/)
- Lassalle, M., Zureik, M., & Dray-Spira, R. (2023). Proton Pump Inhibitor Use and Risk of Serious Infections in Young Children. *JAMA pediatrics*, 177(10), 1028-1038.
- Lebbe, C., Ntahonganyira, R.-M., & Vandenbergen, J. (2017). Les plus jeunes de la classe ont un risque plus élevé de diagnostic de TDAH. *MC-Information*, 269, 41-45.
- Ordomec. (2010, juin 26). *Het off-label voorschrijven van geneesmiddelen*. Récupéré sur [Ordomec.be: https://ordomec.be/nl/adviezen/farmacologie/geneesmiddelen/het-off-label-voorschrijven-van-geneesmiddelen](https://ordomec.be/nl/adviezen/farmacologie/geneesmiddelen/het-off-label-voorschrijven-van-geneesmiddelen)
- Pharmaceutisch Weekblad. (2022). *Pharmaceutisch Weekblad*. Récupéré sur [pw.nl: https://www.pw.nl/vaste-rubrieken/sfk/2022/amoxicilline-telt-meeste-jonge-gebruikers](https://www.pw.nl/vaste-rubrieken/sfk/2022/amoxicilline-telt-meeste-jonge-gebruikers)
- PW Magazine. (2012, november 15). *Top 20 geneesmiddelen veilig voor kinderen*. Récupéré sur [pw.nl: https://www.pw.nl/vaste-rubrieken/sfk/2013/top-20-geneesmiddelen-veilig-voor-kinderen#:~:text=PW%20Magazine%2046,%20jaar%202012%20-%202015-11-2012%20,%20door%20SFK](https://www.pw.nl/vaste-rubrieken/sfk/2013/top-20-geneesmiddelen-veilig-voor-kinderen#:~:text=PW%20Magazine%2046,%20jaar%202012%20-%202015-11-2012%20,%20door%20SFK)

- Schrier, L., Hadjipanayis, A., Stiris, T., Ross-Russel, R., Valiulis, A., Turner, M., . . . van den Anker, J. (2020). Off-label use of medicines in neonates, infants, children and adolescents: a joint policy. *European Journal of Pediatrics*, 179(5), 839-847.
- Sensoa. (2024). *Anticonceptiegebruik bij Belgische jongeren en volwassenen: feiten en cijfers*. Récupéré sur [sensoa.be](https://www.sensoa.be/anticonceptiegebruik-bij-belgische-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers#title1): <https://www.sensoa.be/anticonceptiegebruik-bij-belgische-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers#title1>
- Sholokhova, S., & Cornelis, K. (2024). La prise en charge médicamenteuse du TDAH en Belgique. *Santé & Société*, 8, 4-27.
- Storebø, O., Rosenberg Overby Storm, M., Pereira Ribeiro, J., Skoog, M., Groth, C., Callesen, H., . . . Gluud, C. (2023, Mars 27). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3).
- SwissPedDose. (2024, septembre). *The Swiss Database for Dosing Medicinal Products in Pediatrics*. Récupéré sur [db.swisspeddose.ch](https://db.swisspeddose.ch): <https://db.swisspeddose.ch>
- Vannieuwenhuysen, C., Slegers, P., Neyt, M., Hulstaert, F., Stordeur, S., Cleemput, I., & Vinck, I. (2015). *Pistes voor een beter omkaderd off-label gebruik van geneesmiddelen. Health Services Research. KCE Reports 252A*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- VRT. (2024, janvier 25). *Vlaming heeft vrij veel vertrouwen in vaccins, maar meer twijfels bij jongeren dan bij ouderen*. Récupéré sur <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2024/01/24/vaccinatievertrouwen-in-vlaanderen/>
- WHO. (2024a, oktober 3). *Defined Daily Dose (DDD): definition and general considerations*. Récupéré sur [who.int](https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/about-ddd): <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/about-ddd>
- WHO. (2024b). *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification*. Récupéré sur [who.int](https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification): <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification>
- WHOC. (2024). *International language for drug utilization research*. Récupéré sur [whocc.no](https://www.whocc.no): <https://www.whocc.no>
- Zhang, L., Li, L., Andel, P., Garcia-Argibay, M., Quinn, P., D'Onofrio, B., . . . Chang, Z. (2023). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medications and Long-Term Risk of Cardiovascular Diseases. *JAMA psychiatry*, 81(2), 178-187.

## Annexe

Top 20 selon le nombre d'utilisateur·rices en 2023 par tranche d'âge (évolution par rapport à 2013) (Source : MC)

Classement	0-1 an	2-5 ans	6-11 ans	12-17 ans
1	Amoxicilline (J01CA04) 41.600 (-22%)	Amoxicilline (J01CA04) 59.894 (-22%)	Amoxicilline (J01CA04) 51.962 (-3%)	Amoxicilline (J01CA04) 33.233 (-17%)
2	Vaccin contre le rotavirus (J07BH01) 38.068 (-20%)	Salbutamol (R03AC02) 27.816 (-5%)	Azithromycine (J01FA10) 19.878 (+82%)	Ibuprofène (M01AE01) 30.775 (-23%)
3	Salbutamol (R03AC02) 31.578 (-15%)	Fluticasone (R03BA05) 20.796 (+16%)	Salbutamol (R03AC02) 18.596 (+62%)	Amoxicilline + acide clavulanique (J01CR02) 18.564 (-26%)
4	Ipratropium (R03BB01) 22.894 (-43%)	Bacitracine + néomycine (gouttes auriculaires, oculaires et nasales) (S03AA30) 18 773 (-2%)	Desloratadine (R06AX27) 16.733 (+22%)	Azithromycine (J01FA10) 16.754 (+20%)
5	Bacitracine + néomycine (gouttes auriculaires, oculaires et nasales) (S03AA30) 21.813 (-11%)	Ciprofloxacine (gouttes auriculaires et oculaires) (S01AE03) 18.560 (+46%)	Amoxicilline + acide clavulanique (J01CR02) 15.758 (-42%)	Bilastine (R06AX29) 14.888 (+823%)
6	Budésonide (R03BA02) 16.420 (-33%)	Azithromycine (J01FA10) 17.049 (+28%)	Fluticasone (R03BA05) 15.079 (+84%)	Mométasone (R01AD09) 12.289 (-21%)
7	Fluticasone (R03BA05) 16.187 (31%)	Ipratropium (R03BB01) 16.867 (-38%)	Mométasone (R01AD09) 12.244 (-12%)	Desloratadine (R06AX27) 10.161 (+5%)

<b>8</b>	Ciprofloxacine (gouttes oculaires et auriculaires) (S01AE03) 13.569 (40%)	Amoxicilline + acide clavulanique (J01CR02) 16.269 (-59%)	Budésonide (R03BA02) 11.185 (+57%)	Méthylphénidate (N06BA04) 9.387 (+32%)
<b>9</b>	Amoxicilline + acide clavulanique (J01CR02) 11.366 (-48%)	Budésonide (R03BA02) 14.594 (-21%)	Ciprofloxacine (gouttes oculaires et auriculaires) (S01AE03) 10.503 (+82%)	Lévonorgestrel + éthinylestradiol (G03AA07) 9.339 (+22%)
<b>10</b>	Azithromycine (J01FA10) 83.22 (+29%)	Desloratadine (R06AX27) 12.677 (-8%)	Bromure d'ipratropium (R03BB01) 9.131 (+21%)	Désogestrel + éthinylestradiol (G03AA09) 9.108 (-42%)
<b>11</b>	Tobramycine (collyre, pommade) (S01AA12) 6.945 (-33%)	Mométasone (nasal) (R01AD09) 8.564 (-6%)	Mométasone (cutané) (D07AC13) 7.172 (+52%)	Salbutamol (R03AC02) 7.626 (+25%)
<b>12</b>	Miconazole (A01AB09) 5.121 (-37%)	Mométasone (cutané) (D07AC13) 5.815 (+22%)	Bacitracine + néomycine (gouttes oculaires, auriculaires et nasales) (S03AA30) 6.809 (+76%)	Mométasone (cutané) (D07AC13) 7.166 (+73%)
<b>13</b>	Mométasone (cutané) (D07AC13) 4.074 (+24%)	Dexaméthasone + antibiotiques (gouttes oculaires, auriculaires, pommade) (S01CA01) 5.645 (+3%)	Méthylphénidate (N06BA04) 6.680 (+31%)	Pantoprazole (A02BC02) 6.631 (+80%)
<b>14</b>	Dexaméthasone + antibiotiques (gouttes oculaires, auriculaires, pommade) (S01CA01) 3.685 (-1%)	Tobramycine (collyre, pommade) (S01AA12) 4.833 (-17%)	Salmétérol + fluticasone (R03AK06) 6.017 (+41%)	Lévocétirizine (R06AE09) 6.285 (-28%)
<b>15</b>	Oméprazole (A02BC01) 3.447 (-3%)	Salmétérol + fluticasone (R03AK06) 4.674 (+46%)	Flucloxacilline (J01CF05) 5.736 (+104%)	Formotérol + budésonide (R03AK07) 5.753 (+41%)
<b>16</b>	Nystatine (voie orale) (A07AA02) 3.241 (+63%)	Hydrocortisone + antibiotiques (gouttes auriculaires, oculaires, pommade) (S03CA04) 4.462 (-34%)	Dexaméthasone + antibiotiques (collyre, pommade) (S01CA01) 4.726 (+13%)	Formotérol + béclométhasone (R03AK08) 5.743 (+169%)
<b>17</b>	Desloratadine (R06AX27) 2.772 (-15%)	Flucloxacilline (J01CF05) 4.402 (+70%)	Cétirizine (R06AE07) 4.579 (-35%)	Oméprazole (A02BC01) 4.943 (+8%)
<b>18</b>	Hydrocortisone + antibiotiques (gouttes auriculaires, oculaires, pommade) (S03CA04) 2.536 (-22%)	Cétirizine (R06AE07) 3.745 (-44%)	Clarithromycine (J01FA09) 4.293 (-46%)	Ciprofloxacine (gouttes oculaires et auriculaires) (S01AE03) 4.841 (+76%)
<b>19</b>	Salmétérol + fluticasone (R03AK06) 2.184 (+96%)	Clarithromycine (J01FA09) 3.207 (-69%)	Hydrocortisone + antibiotiques (gouttes auriculaires, oculaires, pommade) (S03CA04) 3.654 (-15%)	Flucloxacilline (J01CF05) 4.810 (+35%)
<b>20</b>	Mométasone (nasal) (R01AD09) 2.096 (+59%)	Bétaméthasone (H02AB01) 2.650 (-43%)	Oméprazole (A02BC01) 3.523 (+69%)	Isotrétinoïne (D10BA01) 4.591 (-7%)

# Le rôle du manager dans la qualité du retour au travail

Synthèse d'une étude réalisée dans le cadre d'un mémoire de master (2023)

Laura Georges, sous la promotion du prof. Donatienne Desmette — Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, UCLouvain

## Résumé

Jusqu'à présent, la recherche s'est essentiellement attachée à comprendre les facteurs sous-tendant le retour au travail après une maladie de longue durée, et fort peu la qualité de ce retour. Cette étude vise à analyser le rôle du style de *leadership* dans le bien-être et la motivation des travailleur-euses après leur retour au travail.

Un questionnaire en ligne a été complété par 84 travailleur-euses ayant repris le travail après une absence pour maladie.

Les résultats mettent en évidence les effets positifs d'un style de *leadership* transformationnel plutôt qu'autoritaire, ces effets s'exerçant par le biais du soutien organisationnel perçu et de la perspective temporelle future.

Cette étude exploratoire souligne l'importance de la qualité du retour au travail et du rôle de l'organisation dans cette perspective.

Mots clés : Retour au travail, manager, *leadership*, bien-être, motivation, enquête, lu pour vous

## Introduction

En 2022, près de 502.371 travailleur-euses du régime général et du régime indépendant, étaient absent-es du marché du travail pour raison médicale depuis plus d'un an (INAMI, 2024). Les pathologies mentales, comme le burnout, la dépression et les troubles anxieux, constituent l'une des causes principales de l'augmentation des absences de longue durée (Bruyneel et al., 2024). Ces absences de longue durée ne sont pas sans conséquences. Elles représentent un coût pour la sécurité sociale (Bruyneel et al., 2024), induisent des pertes de revenus pour les travailleur-euses (Post et al., 2005) et entraînent des difficultés pour les employeurs et employeuses qui doivent compenser la perte de main-d'œuvre et éventuellement recruter des remplaçant-es (Briner, 1996 ; Francis et al., 2014). En outre, elles peuvent affecter le bien-être des travailleur-euses, par exemple, en menant à un sentiment d'isolement (Post et al., 2005 ; Spelten et al., 2002).

Le retour au travail s'est donc imposé ces dernières années comme un enjeu central des politiques d'emploi et de santé. Depuis plusieurs années, la recherche vise à comprendre les facteurs susceptibles de favoriser ou, au contraire, freiner la reprise du travail après une absence pour maladie de longue durée. La plupart de ces études examinent le retour au travail sous un angle objectif, c'est-à-dire la reprise du travail à temps plein ou partiel. Peu d'études se sont penchées sur la **qualité** du retour au travail, en examinant le **vécu lors du retour**, comme la satisfaction du-de la travailleur-euse, son engagement, son intention de quitter l'entreprise ou encore son niveau de stress/burnout (Wasiaik et al., 2007). Ce mémoire avait pour objectif d'explorer la dimension subjective, qualitative, du retour au travail, afin d'identifier les facteurs qui favorisent un maintien au travail durable.

## 1. Le cadre théorique

Les études mettent en évidence que le retour au travail est un processus multidimensionnel, qui inclut des aspects médicaux (par exemple, les symptômes, la durée de l'absence), individuels (par exemple, l'âge, le sentiment d'efficacité personnelle<sup>1</sup>), et/ou psychosociaux (par exemple, les conditions de travail, la qualité des relations sociales) (Gagnano et al., 2018). Sur ce dernier plan, les revues systématiques de la littérature soulignent l'importance du soutien du-de la supérieur-e (Gagnano et al., 2018 ; Etuknwa et al., 2019). Dans le cadre de ce mémoire, nous avons étudié la relation entre le-la travailleur-euse et son organisation par le biais du style de *leadership* et du soutien organisationnel perçu. Nous avons également examiné l'influence de l'âge du-de la travailleur-euse.

### 1.1. Soutien de l'organisation et *leadership*

L'organisation, comme le manager, peut être source de soutien pour le-la travailleur-euse. On parlera dans ce cas du 'Soutien Organisationnel Perçu'. Le soutien organisationnel perçu réfère à la perception des employé-es selon laquelle leur organisation valorise leurs contributions et se soucie de leur bien-être (Eisenberger et al., 1986). De nombreuses recherches ont démontré les effets positifs du soutien organisationnel perçu sur l'engagement des travailleur-euses, leur satisfaction et leur maintien au travail (Allen et al., 2003 ; Krishnan, & Mary, 2012), ainsi que son rôle protecteur contre le stress et le burnout (Gillet et al., 2016; Kurtiss et al., 2015). Par ailleurs, certaines études montrent que le soutien organisationnel perçu est influencé par la manière dont le-la supérieur-e interagit avec son employé-e et le type de *leadership* exercé (Rhoades & Eisenberger, 2002).

Deux styles de *leadership* sont principalement étudiés dans la littérature : le *leadership* autoritaire et le *leadership* transformationnel :

- Le *leadership* autoritaire correspond à un *leadership* directif, par lequel le manager impose son autorité, contrôle ses subordonné-es desquel-les il-elle attend une forte obéissance (Cheng et al., 2004; Khan et al., 2015). Ce style de *leadership* a un effet négatif sur la performance et la motivation des employé-es, dont il augmente le stress et

1 Le sentiment d'efficacité personnelle, ou auto-efficacité perçue, réfère aux croyances des individus en leurs propres capacités à atteindre des objectifs donnés (Bandura, 1977).

l'intention de quitter l'entreprise (AlKhajeh, 2018; Khan et al., 2015).

- À l'inverse, le *leadership* transformationnel valorise l'inspiration et la motivation des employé-es pour qu'ils-elles atteignent leur potentiel maximum (Susanto et al., 2023). Il augmente la satisfaction des travailleur-euses, leur engagement et leur intention de rester dans l'entreprise tout en diminuant leur stress (Park & Pierce, 2020 ; Susanto et al., 2023).

À notre connaissance, le soutien organisationnel perçu et les styles de *leadership* n'ont jusqu'à présent pas été mobilisés pour comprendre la qualité du retour au travail après une absence pour maladie. Nous avons examiné le rôle de ces variables, en supposant que le *leadership* transformationnel favoriserait la qualité du retour au travail en renforçant le soutien organisationnel perçu, tandis que le *leadership* autoritaire diminuerait la qualité du retour au travail en diminuant le soutien organisationnel perçu.

## 1.2. L'âge et la perspective temporelle future

La littérature souligne l'influence de l'âge sur le retour au travail après une absence pour maladie, les travailleur-euses plus jeunes ayant une plus probabilité plus élevée de reprendre le travail après une absence pour maladie, et de le reprendre plus rapidement (Etuknwa et al., 2019 ; Negrini et al., 2020). Les travaux récents sur le vieillissement au travail appréhendent l'âge en dépassant la simple notion d'âge calendrier, mesuré en termes d'années vécues, et considèrent le vieillissement comme un processus développemental qui peut conduire à des différences d'attitudes et de comportements marquées entre des personnes d'un même âge (Kooji et al., 2008).

En particulier, selon la théorie de la sélectivité socioémotionnelle (Carstensen et al., 1999), le vieillissement est associé à un rétrécissement du temps et des ressources disponibles (la « perspective temporelle future » de l'individu), ce qui conduit les personnes à négliger les objectifs de développement au profit des activités émotionnellement significatives. Différentes études ont montré qu'un environnement de travail favorable, comme un climat inclusif, contribue à ouvrir la perspective temporelle future des travailleur-euses, ce qui favorise leur motivation et leur bien-

être au travail (Henry et al., 2017). Nous avons donc supposé qu'une perspective temporelle future au travail étendue contribue à la qualité du retour au travail, et dépend du style de *leadership*.

## 1.3. La qualité du retour au travail

Dans cette étude, la qualité du retour au travail fait référence à la mesure dans laquelle la personne se sent satisfaite lors de son retour au travail, et est engagée dans son travail. Plus précisément, l'engagement au travail est défini comme un état d'esprit positif et satisfaisant lié au travail, caractérisé par la vigueur (niveaux élevés d'énergie et de résistance mentale au travail), le dévouement (forte implication dans le travail) et l'absorption (concentration élevée au travail) (Schaufeli et al., 2002). Un retour au travail de faible qualité est par contre caractérisé par des niveaux élevés de burnout, et une intention élevée de quitter l'entreprise.

## 2. Méthode

Nos données ont été recueillies par une enquête en ligne diffusée par la Mutualité chrétienne dans son journal 'En Marche' et sa Newsletter, ainsi que par le partage de notre questionnaire sur les réseaux sociaux comme LinkedIn et Facebook. Les critères d'inclusion étaient les suivants : avoir été absent de son travail pour cause de maladie pendant au moins 4 semaines et être désormais de retour au travail. Cette phase a été effectuée de mi-avril à mi-juillet 2023.

### 2.1. Description de l'échantillon

Après nettoyage de la base de données<sup>2</sup>, l'échantillon final était constitué de 84 participant-es. Ceux-celles-ci étaient âgé-es de 26 à 69 ans (âge moyen : 49 ans), en majorité de sexe féminin (79%), et vivant principalement en couple (68%). Les participant-es étaient pour la plupart des employé-es en contrat à durée indéterminée (87%), travaillant plus fréquemment dans le secteur privé (56%) que dans le secteur public (43%).

2 L'échantillon total comporte 120 répondant-es. Les personnes qui ont simplement ouvert le questionnaire, qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion ou pour lesquelles plus de 10% des données d'intérêt étaient manquantes, ont été supprimées, aboutissant à l'échantillon final de 84 participant-es.

En ce qui concerne **l'incapacité de travail**, la majorité des participant-es étaient absent-es depuis plus de 8 semaines (90%) et moins d'un an (61%). La cause principale de l'absence était une affection psychique comme un burnout, une dépression et/ou des crises d'anxiété pour la majorité des participant-es (69%), les affections physiques (cancers, troubles musculo-squelettiques, etc.) concernant 31% des participant-es.

En ce qui concerne **le retour au travail**, la majorité des participant-es était de retour au travail depuis moins d'un an (58%), dans la même entreprise (81%) et auprès du même superviseur-se qu'avant leur absence (64%). Les rechutes (c'est-à-dire le fait d'avoir eu au moins une rechute depuis le retour au travail) concernent environ un tiers des participant-es (30%).

## 2.2. Mesure des variables étudiées et analyses

Le questionnaire comportait 99 questions mesurant dans un premier temps la situation de l'individu (par exemple, son âge, son statut professionnel), le style de *leadership* (autoritaire et transformationnel), le soutien organisationnel perçu, la perspective temporelle future au travail et les indicateurs de la qualité du retour au travail. Pour répondre à ces questions, il était demandé aux participant-es de répondre sur une échelle d'accord allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord).

Le questionnaire était anonyme et aucune réponse n'était obligatoire. Les hypothèses ont été testées par le moyen de régression linéaires multiples, en contrôlant, lorsque c'était pertinent, l'influence de certaines variables individuelles (par exemple, l'horaire pour l'analyse de l'engagement au travail<sup>3</sup>), et d'analyses en *bootstrap* pour tester les effets indirects<sup>4</sup> (Hayes, 2013).

## 3. Synthèse des résultats

Les résultats des analyses de régression mettent en évidence que le *leadership* autoritaire réduit l'engagement et la satisfaction des employé-es qui ont repris le travail après une absence pour maladie. De plus, on observe une augmentation du burnout et de l'intention de quitter l'entreprise. À l'inverse, le *leadership* transformationnel augmente l'engagement et la satisfaction des travailleurs-euses mais diminue leurs scores de burnout et d'intention de quitter l'entreprise. En d'autres termes, un style de *leadership* transformationnel, qui motive et veille au développement des employé-es, favorise la qualité du retour au travail tandis que le style de *leadership* autoritaire, qui laisse peu d'autonomie aux employé-es, nuit à la qualité du retour au travail.

Le test des effets indirects confirme que le soutien organisationnel perçu explique l'effet des deux types de *leadership* sur les différentes variables mesurant la qualité du retour au travail. En d'autres termes, les travailleurs-euses qui perçoivent que leur manager met en œuvre un *leadership* autoritaire perçoivent également un moindre soutien de leur organisation et, par conséquent, sont moins engagés-es et moins satisfaits-es dans leur travail; ont un score de burnout plus élevé; et ont davantage l'intention de quitter leur entreprise. On observe l'inverse pour le *leadership* transformationnel.

Les résultats sont plus mitigés pour la perspective temporelle future au travail : ils ne s'observent que pour le *leadership* transformationnel et les indicateurs de satisfaction et de burnout. Le test des effets indirects met en évidence que la perspective temporelle future au travail explique l'effet du *leadership* transformationnel sur la satisfaction et le burnout. En d'autres termes, plus un manager valorise l'inspiration et la motivation de ses employé-es, plus ces dernier-ères percevront positivement leur avenir professionnel, ce qui augmentera leur satisfaction et diminuera leur risque de burnout. On notera que l'âge en tant que tel n'influence pas ces résultats.

3 Les variables contrôles étaient introduites dans la régression afin de neutraliser l'effet potentiel de variables externes dans la relation entre la variable explicative et la variable expliquée. C'était le cas, par exemple, pour l'horaire qui était négativement corrélé avec l'engagement et dont le rôle dans cette variable a été systématiquement contrôlé.

4 L'analyse en *bootstrap* selon Hayes (2013) est une méthode statistique couramment utilisée dans l'analyse de médiation. Elle est utilisée pour estimer la distribution de l'effet indirect par rééchantillonnage des données d'origine avec remplacement.

## Conclusion

Cette étude, bien que limitée par le nombre de participant-es et la représentativité de l'échantillon, a exploré de manière novatrice le retour au travail en posant la question de sa qualité. Elle souligne le rôle du manager et de son style de *leadership* dans le retour au travail, et apporte des éléments complémentaires à la littérature portant sur le soutien du-de la supérieur-e. Nos résultats mettent également en évidence deux ressources mobilisées par le *leadership* : tout d'abord, le soutien organisationnel perçu, qui est une ressource organisationnelle importante. Plus le manager incarne une vision inspirante de l'entreprise, plutôt qu'un management contraignant, plus les employé-es perçoivent

que leur organisation dans son ensemble les soutient, et, en conséquence, plus solides sont leur bien-être et leur motivation. De même, le *leadership* transformationnel contribue à ouvrir la perspective d'avenir des employé-es, renforçant par là une ressource de qualité pour le bien-être au travail.

En conclusion, nous espérons que l'étude menée dans le cadre de notre mémoire de master a ouvert des pistes que les recherches futures approfondiront afin d'améliorer la compréhension des conditions d'un retour au travail soutenable après une maladie.

## Bibliographie

- Al Khajeh, E. H. (2018). Impact of leadership styles on organizational performance. *Journal of Human Resources Management Research*, 1-10.
- Allen, D. G., Shore, L. M., & Griffeth, R. W. (2003). The role of perceived organizational support and supportive human resource practices in the turnover process. *Journal of management*, 29(1), 99-118.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Briner, R. B. (1996). ABC of work related disorders. Absence from work. *British Medical Journal*, 313(7061), 874-877.
- Bruyneel, L., Rygaert, X., Oslejova, J., Avalosse, H., Fabri, V., Noirhomme, C., Willaert, W., Vrancken, J., Meeus, A., Leclercq, A., Karakaya, G., Brunois, T., Di Zinno, T., & Roelants, E. (2004). Étude sur les profils des incapacités de travail de longue durée dues à des troubles psychosociaux. Bruxelles : Agence Intermutualiste.
- Cheng, B. S., Chou, L. F., Wu, T. Y., Huand, M. P., & Farh, J. L. (2004). Paternalistic leadership and subordinate responses: Establishing a leadership model in Chinese organizations. *Asian Journal of Social Psychology*, 7(1), 89-117.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American psychologist*, 54(3), 165.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied psychology*, 71(3), 500.
- Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable return to work: A systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679-700.
- Gillet, N., Fouquereau, E., Huyghebaert, T., & Colombat, P. (2016). Effets du soutien organisationnel perçu et des caractéristiques de l'emploi sur l'anxiété au travail et l'épuisement professionnel: le rôle médiateur de la satisfaction des besoins psychologiques. *Psychologie française*, 61(2), 73-81.
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M., & Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28, 215-231.
- Henry, H., Zacher, H., & Desmette, D. (2017). Future Time Perspective in the Work Context: A Systematic Review of Quantitative Studies. *Frontiers in Psychology*, 8(413).
- INAMI. (2024). Statistiques des indemnités. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/statistiques-indemnites/statistiques-2022#invalidite-en-2022>.
- Khan, M. S., Khan, I., Qureshi, Q. A., Ismail, H. M., Raut, H., Latif, A., & Tahir, M. (2015). The styles of leadership: A critical review. *Public Policy and Administration Research*, 5(3), 87-92.
- Kooji, D., de Lange, A., Jansen, P., & Dijkers, J. (2008). Older workers' motivation to continue to work: five meanings of age. *Journal of Managerial Psychology*, 23(4), 364-394.
- Krishnan, J., & Mary, V. S. (2012). Perceived organisational support-an overview on its antecedents and consequences. *International Journal of Multidisciplinary Research*, 2(4), 2-3.
- Kurtiss, N. J., Eisenberg, R., Ford, T. M., Buffardi, C. L., Stewart, A. K., Adis, S. C. (2015). Perceived Organizational Support: A meta-analytic evaluation of organizational support theory. *Journal of Management*, 43(6), 1-31.
- Negrini, A., Crobière, M., Dubé, J., Gragnano, A., Busque, M.A., Lebeau, M., Brondino, M., Vila Masse, S. (2020). *Quels sont les déterminants du retour au travail durable des travailleurs seniors ayant subi une lésion psychologique ou physique?* Montréal : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Park, T., & Pierce, B. (2020). Impacts of transformational leadership on turnover intention of child welfare workers. *Children and Youth Services Review*, 108, 104624.
- Post, M., Krol, B., & Groothoff, J. W. (2005). Work-related determinants of return to work of employees on long-term sickness absence. *Disability and Rehabilitation*, 27(9), 481-488.
- Rhoades, L., Eisenberg, R. (2002). Perceived Organizational Support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698-714.
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., Gonzales-Roma, V. and Bakker, A.B. (2002). The measurement of engagement and burnout: a confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Spelten, E. R., Sprangers, M. A., & Verbeek, J. H. (2002). Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 11(2), 124-131.
- Susanto, B., Tukiran, M., & Wiguna, W. (2023). The relationship between transformational leadership and job satisfaction: a literature review. *International Journal of Economy, Education and Entrepreneurship*, 3(2), 542-552.
- Wasiak, R., Young, A. E., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Van Poppel, M. N., & Anema, J. R. (2007). Measuring return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(4), 766-781.



*Santé & Société* est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être.

Le fichier d'adresses est utilisé exclusivement pour la distribution du magazine et il est géré et conservé conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Vous pouvez demander à tout moment d'accéder à vos données personnelles, de les modifier ou de les supprimer. Vous pouvez également faire corriger sans frais des données incorrectes ou incomplètes. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles et l'exercice de vos droits, vous pouvez consulter la politique de traitement des données personnelles de la MC sur notre site internet <https://www.mc.be/fr/clauses/politique-confidentialite-mc>

Si vous avez des questions sur le traitement licite et légal de vos données personnelles, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données.

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention du délégué à la protection des données à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek, Belgique
- Soit par mail : à l'adresse [privacy@cm.be](mailto:privacy@cm.be)

Si vous souhaitez déposer une plainte, vous pouvez le faire auprès du Médiateur

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention du médiateur de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek
- Soit par mail : à l'adresse [mediateur@mc.be](mailto:mediateur@mc.be)

Si vous ne souhaitez plus recevoir *Santé & Société*, vous pouvez nous le signaler :

- Soit par écrit : en envoyant un courrier à l'attention de Mieke Hofman à l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Service d'études, Chaussée de Haecht, 579, 1031 Schaerbeek
- Soit par mail : à l'adresse [SanteEtSociete@mc.be](mailto:SanteEtSociete@mc.be)

# Sommaire

Édito : Politiser la santé · 02

Étude : Changement climatique et engagement · 04

De la connaissance à l'engagement : plus complexe qu'il n'y paraît · 06

Méthode · 09

Résultats · 12

Discussion · 22

Recommandations · 25

Étude : L'accessibilité du trajet de soins autour d'un accouchement · 30

Revue de la littérature · 32

Méthode · 34

Résultats · 36

Discussion · 49

Recommandations · 52

Étude : Tendances en matière de recours aux médicaments chez les moins de 18 ans · 58

Méthode · 62

Résultats · 63

Discussion des résultats · 75

Recommandations · 78

Lu pour vous : Le rôle du manager dans la qualité du retour au travail · 84

## Colophon

Editeur responsable

Luc Van Gorp, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles

Rédacteur en chef

Nicolas Rossignol

Rédaction finale

Svetlana Sholokhova, Rebekka Verniest

Comité de rédaction

Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Ann Morissens, Clara Noirhomme, Nicolas Rossignol, Svetlana Sholokhova, Mattias Van Hulle, Rebekka Verniest

Mise en page

Gevaert Graphics

Impression

Albe De Coker

Adresse de retour

MC-CM Service d'études, Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles

Copyright

Les études de Santé & Société sont publiées sous Licence Creative Commons "by/nc/nd"

