

# 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 ( $p < 0.05$ ).*

<sup>5</sup> 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)

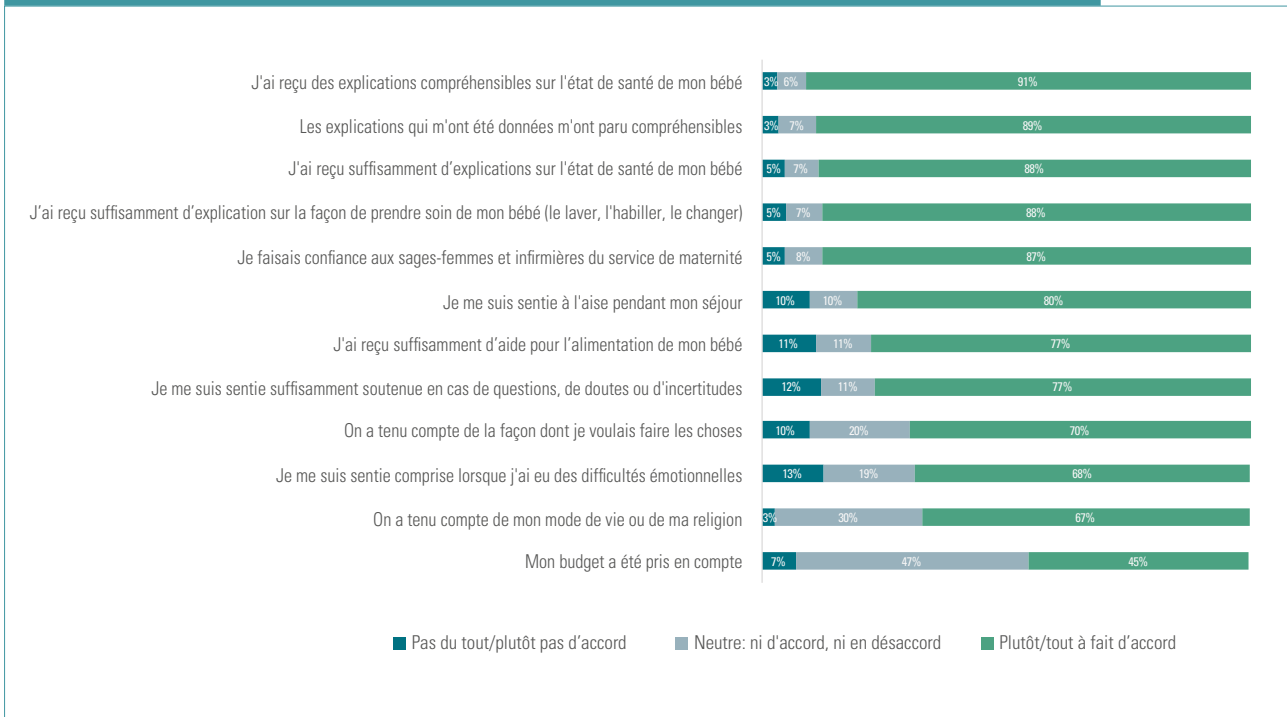
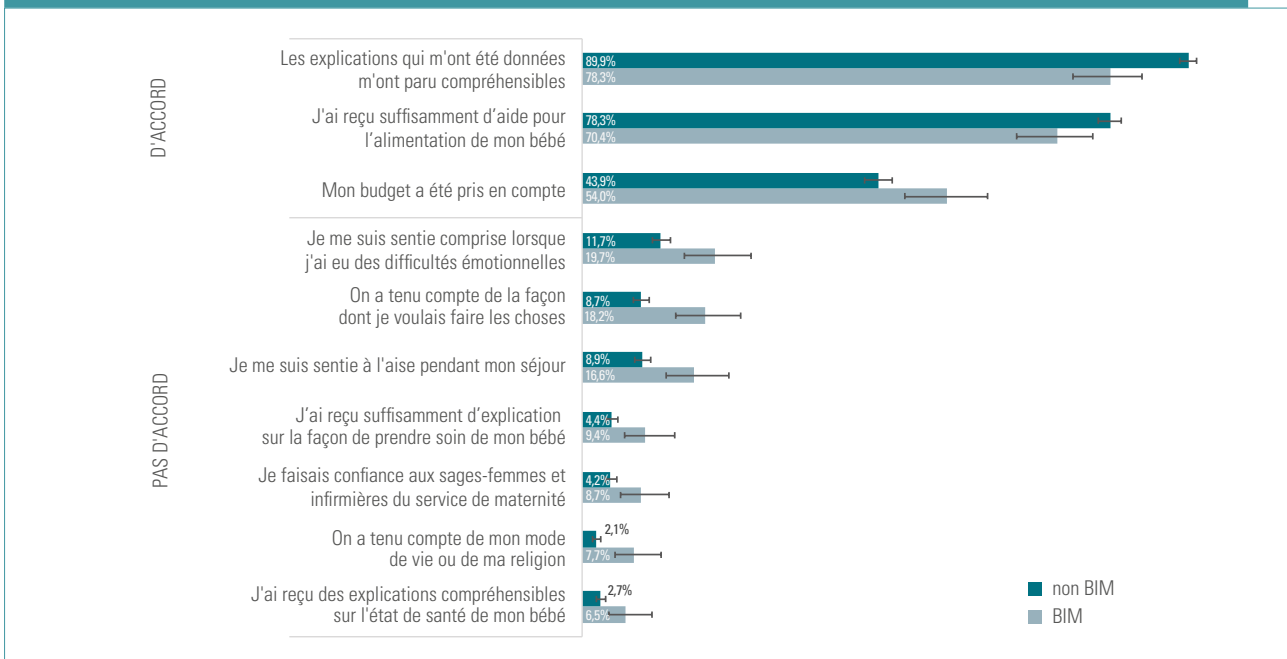


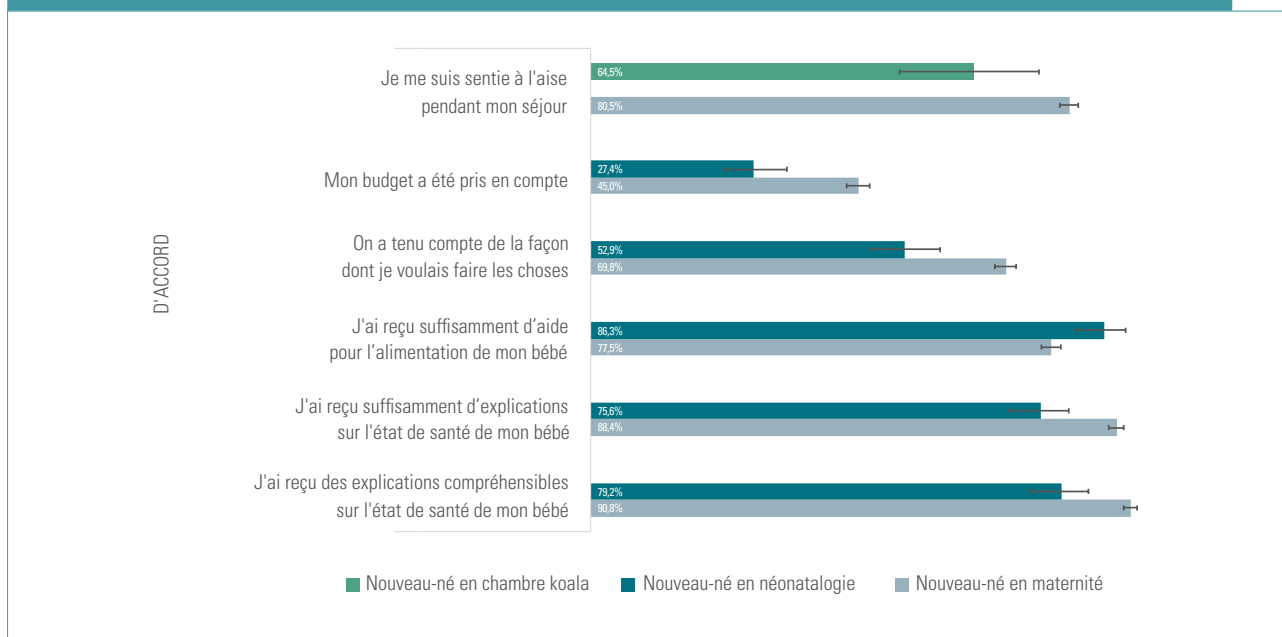
Figure 2 : Expérience des mères avec les prestataires de soins à la maternité, selon le statut BIM (Source : MC)



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).

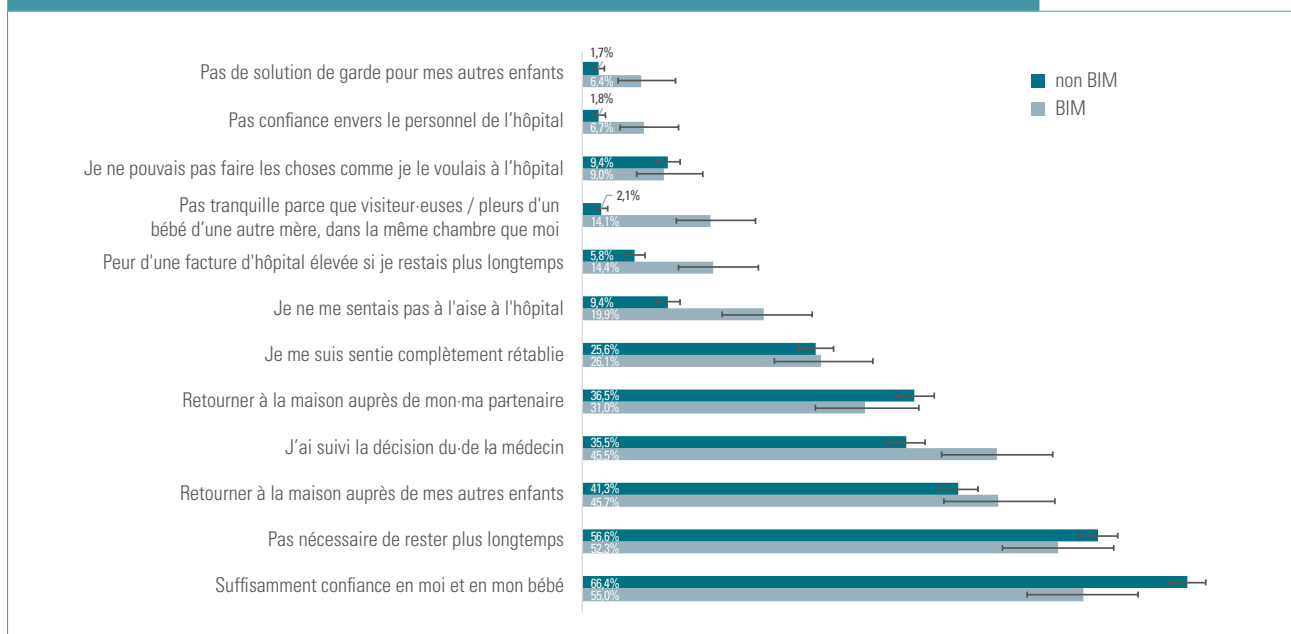
**Pourquoi ont-elles pensé qu'il était temps de rentrer chez elles ?** Cette question a été posée à la fois aux mères qui estimaient que la durée de leur séjour était idéale et à celles qui auraient préféré rentrer chez elles plus tôt. Les raisons les plus souvent citées sont le fait d'avoir suffisamment 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 conventionné-es, 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 déconventionné-es (ce n'est pas le cas lorsque le-la prestataire est conventionné-e, car il-elle s'engage alors à respecter le tarif officiel).

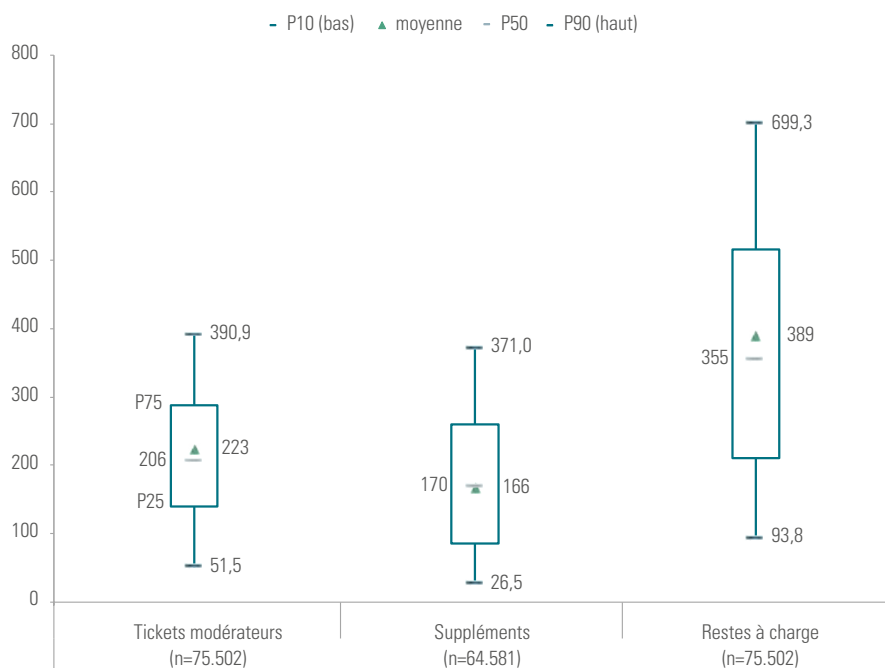
Pour les membres de la MC ayant accouché en 2022 et 2023, nous avons examiné en détail les coûts de leur trajet de soins autour de l'accouchement.

- **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'accessibilité 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-es, 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.

