

AGNES

**Accompagnement dans la grossesse, la naissance et le
Postnatal : quelles exigences et quelles solutions ?**

« *Etude sur le profil des mères nouvellement accouchées* »

Rapport final

Août 2008

REMERCIEMENTS

Nous remercions les maternités qui ont accepté de participer à cette étude. Nos remerciements s'adressent également à tous les professionnels (sage-femme, infirmière, ...) qui ont réalisé les entretiens avec les femmes nouvellement accouchées.

Nous remercions également le comité d'accompagnement de l'ONE pour l'encadrement apporté tout au long de cette étude.

Nous remercions Melle Christelle Senterre du Département de Biostatistique de l'Ecole de Santé Publique de l'ULB qui nous a apporté son appui tout au long de la réalisation des analyses.

Enfin, nous remercions toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette étude et qui nous ont permis de mieux comprendre les facteurs qui peuvent influencer sur la qualité du suivi de la grossesse et la complexité de leurs réalités.

Table des matières

1	INTRODUCTION	5
2	LE SUIVI PRENATAL EN BELGIQUE	6
3	LE CADRE CONCEPTUEL	7
3.1	LES ATTENTES DES FEMMES ENCEINTES	7
3.2	LES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX	7
3.3	UNE APPROCHE CONTEXTUELLE	7
3.4	LE RISQUE DE DESENGAGEMENT	7
3.5	LA COMPOSANTE CULTURELLE	8
3.6	LE RESEAU SOCIAL	8
3.7	DES BARRIERES OPERATIONNELLES	8
3.8	UNE APPROCHE GLOBALE	8
4	OBJECTIFS	9
5	METHODOLOGIE	9
5.1	POPULATION	9
5.1.1	LES MATERNITES	9
5.1.2	LES FEMMES NOUVELLEMENT ACCOUCHEES	13
5.1.3	SELECTION DES FEMMES	13
5.1.4	CRITÈRES D'EXCLUSION, ACCORD DE PARTICIPATION ET ANONYMAT DES DONNÉES	13
5.2	DEFINITIONS OPERATIONNELLES	14
5.3	LES QUESTIONNAIRES	15
5.3.1	LE QUESTIONNAIRE « MATERNITE »	15
5.3.2	LES QUESTIONNAIRES FEMMES NOUVELLEMENT ACCOUCHEES	15
5.4	ANALYSES	16
6	RESULTATS	17
6.1	POPULATION	17
6.1.1	LES MATERNITES	17
6.1.2	LES MERES	18
A	La qualité du suivi de grossesse dans notre échantillon (n=230)	18
B	L'inclusion des mères	18
C	Accord de participation	19
6.2	INFORMATIONS SOCIOCULTURELLES SUR LES MERES	21
A	Age de la mère	21
B	Pays d'origine	22
C	Langue maternelle de la mère	23
D	Etat d'union de la mère	24
E	Statut de résidence de la mère	25
F	Niveau d'étude de la mère	26
G	Religion de la mère	27
6.3	INFORMATIONS GYNECO-OBSTETRIQUES SUR LES MERES	27
A	Nombre d'accouchements antérieurs	28
B	Antécédents de fausse-couche	28
C	Antécédents d'IVG	29

6.4	LA GROSSESSE	30
A	Désir de la grossesse	30
B	Perception des signes annonciateurs de la grossesse	31
C	Sentiments de la mère à la découverte de la grossesse	32
D	Soutien reçu par la femme durant sa grossesse	32
6.5	HABITUDES DE SANTE DES FEMMES	34
A	Médecin généraliste traitant	34
B	Utilisation des services de santé	34
6.6	LE SUIVI DE GROSSESSE	35
A	Nombre de consultations prénatales durant la grossesse	35
B	Nombre d'échographies durant la grossesse	36
C	Types de services utilisés pour le suivi de la grossesse	36
D	Normes familiales en matière de suivi de grossesse	37
E	Consultations prénatales gratuites de l'ONE	38
6.7	L'ACCOUCHEMENT	39
A	Age de gestation	39
B	Modes de début de travail	40
C	Modes d'accouchement	41
D	Durée du séjour de la mère à la maternité	42
6.8	LE BEBE	43
A	Poids du bébé à la naissance	43
B	Apgar à 5 minutes	44
C	Durée du séjour du bébé à la maternité	45
6.9	PERCEPTION DES MERES PAR RAPPORT AU SUIVI DE GROSSESSE.	46
A	Consulter durant la grossesse, une bonne chose ?	46
B	Quand faut-il consulter la 1 ^{ère} fois ?	46
C	Nombre de consultations nécessaires durant la grossesse	47
D	Compétences de la famille ou des amis	47
E	Utilités des consultations prénatales, des professionnels qui les assurent	49
F	Freins	51
G	Motivations	52
H	Améliorations	52
I	Histoires de vie des femmes sans suivi prénatal	53
7	<u>DISCUSSION</u>	<u>54</u>
7.1	PRINCIPALES CONSTATATIONS	54
7.2	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	55
7.3	COMPARAISON A D'AUTRES ETUDES	55
7.4	ISSUES DE GROSSESSE DEFAVORABLES	56
7.5	LES CARACTERISTIQUES DES FEMMES MAL SUIVIES ET LES HYPOTHESES EXPLICATIVES.	56
7.6	LES PERCEPTIONS ET SUGGESTIONS DES FEMMES CONCERNANT LE SUIVI PRENATAL	56
7.7	LA QUANTIFICATION DU SUIVI SUB-OPTIMAL	56
7.8	SIGNIFICATION DE L'ETUDE, HYPOTHESES EXPLICATIVES, IMPLICATIONS POUR LES TMS, SOIGNANTS ET LES DECIDEURS EN POLITIQUE DE SANTE	57
7.9	QUESTIONS NECESSITANT UNE RECHERCHE ULTERIEURE, INTERFACE AVEC LA RECHERCHE APES APALEM	57
8	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>58</u>
9	<u>ANNEXES</u>	<u>59</u>
9.1	COORDONNEES DES MATERNITES INCLUSES DANS L'ETUDE	59
9.2	QUESTIONNAIRE MATERNITES	64
9.3	INDICATEURS DE NON SUIVI DE LA GROSSESSE	66
9.4	QUESTIONNAIRES SUIVI DE GROSSESSE	68

Abbréviations

AIM : Agence InterMutualiste

BDMS : Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE

CFWB : Communauté Française Wallonie-Bruxelles

LACE : Late Antenatal Care in Europe project

(Barriers and incentives to prenatal care in Europe)

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfant

TMS : Travailleurs Médico-sociaux

1 Introduction

Les indicateurs actuels de la banque de données de l'O.N.E. et les études plus anciennes confirment que les consultations prénatales de l'O.N.E. drainent une population socialement défavorisée

Durant les années 80, diverses recherches avaient mis en évidence la persistance d'une population de femmes non suivies ou de femmes peu ou mal suivies. Une étude réalisée par Wollast et al (1986) à partir d'un échantillon de mères nouvellement accouchées montrait d'une part que la population des futures mères fréquentant les structures publiques comportait davantage de femmes seules, inactives, peu scolarisées, immigrées et de femmes qui consultaient tardivement. Ces données ont été confirmées pour Bruxelles dans le cadre de l'Action Concertée Européenne Late Antenatal Care in Europe (LACE) (Delvaux et al, 2001) D'autre part, ces enquêtes avaient démontré le rôle positif joué par les consultations de l'ONE.

De nouveaux facteurs de risque sont apparus, ou sont devenus plus marquants récemment : primo-arrivantes, toxicomanie, etc. Aujourd'hui encore, différents indicateurs relevés par la BDMS de l'ONE et l'enquête de satisfaction (Andrien et al, 2005) menée auprès des usagers valident l'idée selon laquelle les consultations prénatales de l'ONE drainent une population socialement plus défavorisée que la moyenne.

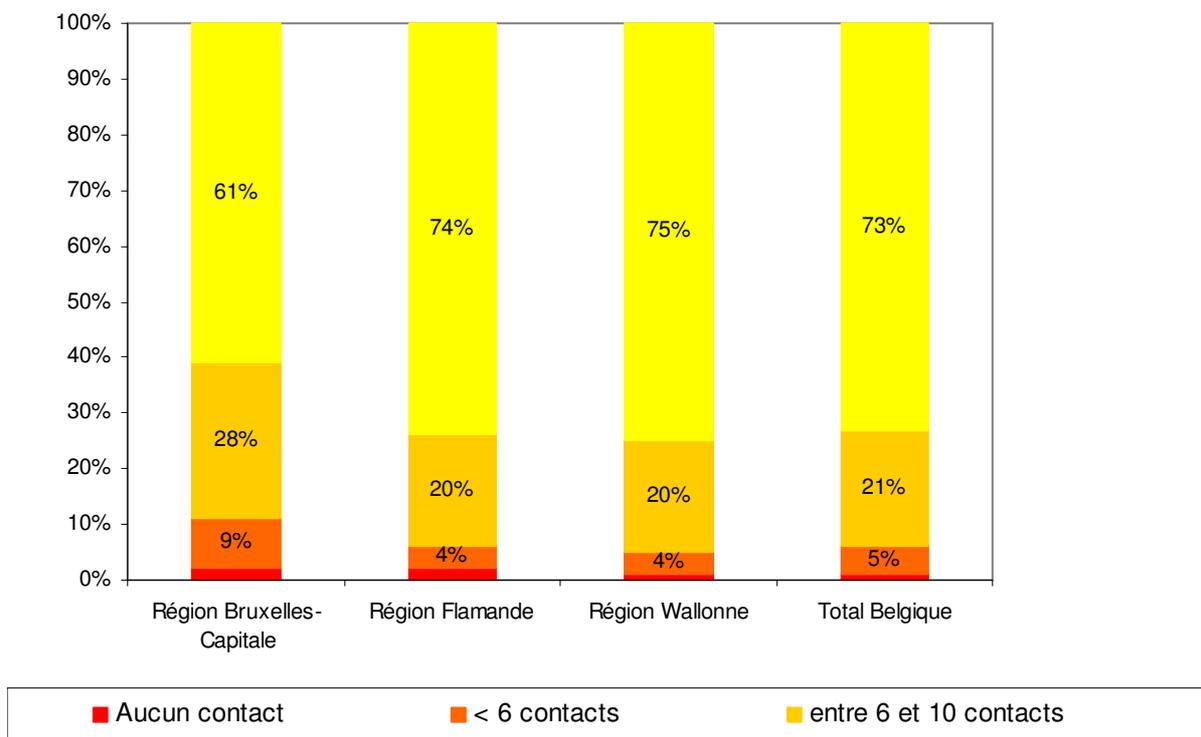
Néanmoins, nous ne disposons pas de comparaisons qui mettraient en exergue la spécificité à la fois des profils de populations et des risques associés ni par ailleurs de données directement exploitables sur les mères peu ou mal suivies.

L'identification des populations les plus vulnérables devient de plus en plus difficile pour les équipes médico-sociales étant donné l'évolution du profil des femmes suivies en prénatal au cours de ces 20 dernières années. D'autre part, les demandes des femmes suivies en prénatal par l'O.N.E. se sont également diversifiées et couvrent actuellement une gamme de besoins perçus par les soignants comme beaucoup plus large qu'auparavant.

2 Le suivi prénatal en Belgique

L'enquête de l'Agence Inter-Mutualiste (AIM) confirme le problème des femmes peu ou mal suivies. Pour l'ensemble de la Communauté française, il y a plus d'1% des femmes qui n'ont aucun contact avec les services de santé. Ce taux est doublé à Bruxelles (De Gauquier, 2006).

Figure 1. Pourcentage de femmes enceintes avec un certain nombre de consultations prénatales chez un gynécologue et/ou un généraliste et/ou une accoucheuse, par région. Données AIM-IMA 2002.



3 Le cadre conceptuel

Une première revue de la littérature nous a permis de constater que la multiplicité des facteurs à prendre en considération tend à confirmer que la femme enceinte doit être prise en charge de façon holistique, en incorporant les aspects physiques, économiques, psychosociaux, les questions de santé, de style de vie.

3.1 Les attentes des femmes enceintes

Parizot (2003) souligne qu'une pratique professionnelle centrée uniquement sur des tâches techniques peut conduire un patient à ne plus recourir aux services de santé, dans la mesure où il a l'impression d'y perdre sa dignité d'être humain. Il est donc important de prendre en compte la perception de la femme enceinte sur ce qu'elle considère être en droit d'attendre d'une relation interindividuelle de qualité avec un fournisseur de soins ou de service (Wolkenstein, 2002). Cette compréhension devrait permettre, d'une part, aux équipes médicales de repérer les femmes enceintes pour lesquelles il existerait un écart important entre leurs attentes et les services offerts par les équipes de soins. D'autre part, ces équipes pourraient adapter leur offre afin de réduire cet écart éventuel.

3.2 Les facteurs psychosociaux

Les obstacles rencontrés par la femme enceinte dans l'utilisation des services de soins peuvent relever de facteurs psychosociaux tels qu'un sentiment de honte par rapport au regard de l'autre, une peur de devoir annoncer sa grossesse à ses proches, une ignorance ou une non reconnaissance de l'utilité des services de santé, une non reconnaissance de la compétence du personnel et des fournisseurs de services, une peur des services de protection de l'enfance, une peur de rentrer dans un système perçu comme « policier » et qui pourrait se retourner contre elle (nous pensons notamment aux femmes enceintes sans papier qui pourraient craindre d'être expulsées).

3.3 Une approche contextuelle

La femme enceinte apprécie également que la responsabilité de la santé de son enfant ne lui soit pas entièrement attribuée. Elle supporte difficilement les critiques qui implicitement considèrent que, si elle se trouve dans sa situation, c'est parce qu'elle le souhaite. Par ailleurs, elle appréciera que les questions contextuelles susceptibles de rendre sa vie de femme enceinte plus difficile soient également abordées.

3.4 Le risque de désengagement

Les facteurs psychosociaux peuvent conduire la femme enceinte à nier son état de grossesse ou à adopter une certaine distance par rapport à celle-ci. Il n'est pas étonnant qu'il résulte souvent de ces différents facteurs des mensonges aux fournisseurs de services et aux médecins et la négligence des soins prénataux (G. de Montmollin, 1984). J-C Croizet (2003) note que le désengagement est une réalité psychologique pour tous les individus. Le risque de désengagement sera d'autant plus grand si la femme enceinte se sent écrasée par les attentes que l'équipe médicale place sur elle. Sa motivation à fréquenter les consultations

prénatales peut également être réduite si elle perçoit une forme d'attentes négatives de la part de l'équipe médicale (on entend par là le professionnel qui pense qu'une personne n'est pas capable d'atteindre l'objectif fixé avant même que celle-ci n'ait essayé).

3.5 La composante culturelle

La composante culturelle (famille, éducation, origine géographique,...) jouera également un rôle important chez la femme enceinte. La culture de la femme enceinte aura un impact direct, notamment, sur ses représentations sociales en terme de relation à son corps, à sa santé, à sa perception de la relation mère-enfant, à sa perception de l'enfant qui grandit en elle. Ses représentations se traduiront ensuite dans les comportements de santé qu'elle adoptera. D'autre part, comme le souligne Parizot (2003), nous ne souscrivons pas toujours aux valeurs définies par le milieu médical en matière de santé et de comportements à risque. Ces préoccupations peuvent paraître secondaires au regard d'autres priorités telles que se nourrir, se loger, se vêtir, ... Pour beaucoup, l'attention portée à la santé dépend essentiellement de la présence de symptômes graves ou de douleurs importantes. En l'absence de ceux-ci, la motivation à utiliser des services de soins, et de prévention peut être quasi inexistante.

Une meilleure connaissance des comportements de santé devrait permettre d'identifier les femmes enceintes à risque de non-suivi ou de suivi irrégulier.

3.6 Le réseau social

La qualité du réseau social qui entoure la femme enceinte au cours de sa grossesse est également un facteur déterminant dans la qualité de son suivi. Le réseau social permet souvent aux individus de traverser des moments difficiles et offre entre autre un support émotionnel, un lieu d'expression d'affection et d'estime. Si l'équipe médicale peut appréhender la qualité du réseau social existant autour de la femme enceinte, elle pourra repérer la femme dont la vulnérabilité pourra être exacerbée par l'absence ou la faiblesse d'un tel réseau et tenter d'adapter son offre en conséquence.

3.7 Des barrières opérationnelles

Les femmes enceintes peuvent également rencontrer des obstacles plus opérationnels tels que des problèmes de transport, de garde pour les enfants restés à la maison, de compréhension de la langue... qui mériteraient d'être abordés dans le but d'améliorer l'accessibilité des soins.

3.8 Une approche globale

Il est donc important pour les équipes médicales de pouvoir appréhender la femme enceinte dans sa globalité, que ce soit en termes de représentations sociales, de contraintes contextuelles, des conditions de survenue de la grossesse, des implications de la grossesse pour la femme, de l'acceptation de cette grossesse par la femme, du réseau social qui l'entoure etc...

4 Objectifs

Les outils actuellement disponibles n'offrent plus aux équipes médicales la possibilité de remplir leur mission d'évaluation des besoins et d'identification des facteurs de vulnérabilité chez les futurs mères ou parents. Ces outils ne leurs permettent plus d'appréhender la complexité de la situation de la femme enceinte et doivent être réactualisés et complétés.

Dès lors, cette étude a pour objectif principal d'identifier les difficultés rencontrées par les femmes enceintes dans l'utilisation des services.

Au travers de cet objectif principal, quatre objectifs plus spécifiques se dégagent :

1. Compléter et mettre à jour les indicateurs de vulnérabilité psychosociale qui sont liés à la mauvaise utilisation des services
2. Quantifier et améliorer la compréhension du phénomène « grossesse non suivie ou mal suivie » en Communauté Française Wallonie Bruxelles (CFWB) en 2007
3. Améliorer la capacité de repérage par les prestataires de soins (TMS, sages-femmes, généralistes, gynécologues) des femmes présentant des difficultés ou des réticences à utiliser adéquatement les services de santé.
4. Proposer des interventions visant à améliorer l'accessibilité et l'utilisation de la consultation prénatale et des services qui en découlent

5 Méthodologie

C'est à partir des maternités de la Communauté française qu'une typologie des femmes nouvellement accouchées sera dressée en soulignant les facteurs de risque/vulnérabilité ainsi que les caractéristiques du suivi de leur grossesse.

5.1 Population

5.1.1 Les maternités

Toutes les maternités de la CFWB ont été invitées par courrier, à participer à cette étude. Toutes les 53 maternités ont accepté de prendre part à cette recherche. Les noms et coordonnées complètes des maternités et des personnes ressources sont jointes en annexe 1.

Quatre réunions ont été organisées pour présenter l'étude et les questionnaires aux maternités qui avaient accepté de participer à cette recherche (1 à Ghlin, 1 à Liège, 1 à Namur (pour Namur et le Brabant Wallon) et 1 à Bruxelles). Une réunion était prévue dans la province du Luxembourg mais elle a dû être annulée. Une présentation a également été réalisée à la Clinique Saint-Etienne et à la clinique St Jean de Bruxelles.

Durant 6 mois, toutes les patientes qui se présentaient pour accoucher sans aucun suivi de grossesse devaient être identifiées. Les circonstances du non suivi de grossesse étaient rapportées ainsi que des caractéristiques de patientes. Si elles marquaient leur accord, les femmes répondaient aussi à une enquête par questionnaire. Ceci devait être réalisé dans toutes les maternités. Par ailleurs 3 maternités servant une population vulnérable ont recueilli des cas témoins.

Le choix de ces 3 maternités a reposé sur différents critères :

1. le taux de femmes non suivies étant 2 fois supérieur à Bruxelles par rapport à la Wallonie, nous avons choisi de sélectionner 2 maternités à Bruxelles et 1 en Wallonie.
2. Ces maternités devaient couvrir une population vulnérable.
 - a. Pour Bruxelles, nous avons donc choisi la maternité de Saint-Jean et celle de Saint-Pierre.
 - b. Pour la Wallonie, nous avons choisi la maternité de la Citadelle à Liège car nous avons pu déjà apprécier la qualité de leur collaboration.

L'adjonction d'une maternité du Hainaut aurait été optimale mais les limites inhérentes à la faisabilité de l'étude ne l'ont pas permis.

Le démarrage de l'enquête s'est fait de manière décalée, province par province, en commençant par Liège et en terminant par le Luxembourg Ceci, de manière à pouvoir assurer un encadrement optimal. De même, durant les 6 mois de l'enquête des contacts téléphoniques réitérés ont eu lieu avec les différentes maternités pour rappeler l'étude en cours. Des affichettes de l'étude avec le calendrier ont été fournies à chaque maternité.

AGNES

ACCOMPAGNEMENT DE LA GROSSESSE, DE LA NAISSANCE ET DU POSTNATAL : QUELS ENJEUX ET QUELLES SOLUTIONS ?

DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES

- Définition d'une CPN** : une consultation chez une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste, dans laquelle des actes sont posés ou des prescriptions sont faites avec comme objet le suivi de grossesse. Ceci exclut donc un simple diagnostic sans actes associés.
- Définition d'un «suivi satisfaisant» répond aux 4 critères suivants :**
 - 1^{re} CPN avant 16 semaines
 - Au moins 6 CPN planifiées
 - Au moins 1 prise de sang et 2 échos réalisées
 - Pas de période de plus de 8 semaines sans CPN
 - Pas plus de deux changements de filière de soins, à l'exclusion de ceux qui sont motivés par des circonstances extérieures telles que : voyage, immigration, déménagement, obligation des CPAS etc.
- Définition de «pas de suivi CPN» :**
 - aucune CPN durant la grossesse
 - ou uniquement la consultation pour poser/confirmer le diagnostic de la grossesse (même si une écho est réalisée durant cette consultation)
 - ou 1^{re} consultation après 36 semaines de grossesse.

SÉLECTION DES FEMMES

Cette étude se déroule sur une période de 6 mois.

INCLURE :

TOUTES les femmes appartenant au groupe «NON SUIVIES» doivent être invitées à participer à cette étude.

Si la mère refuse de répondre à l'enquête, veuillez compléter uniquement les parties I et III du questionnaire.

Pour St-Pierre, St-Jean (Bxl) et la Citadelle (Liège) : Pour les groupes témoins, c-à-d suivi «SATISFAISANT» ou «SUBOPTIMAL» («mal» suivies), choisissez TOUTES les femmes qui viennent accoucher DONT le numéro de dossier est un MULTIPLE DE 10. En fonction du suivi qu'elles auront reçu, classez ces femmes dans le groupe «satisfaisant» ou «suboptimal».

EXCLURE :

les mères dont le bébé est décédé ou en soins intensifs avec un pronostic vital défavorable et les mères qui sont en soins intensifs ou qui présentent de graves déficiences mentales. Pour ces mères, veuillez compléter uniquement les parties I et III du questionnaire.

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Pour tout renseignements complémentaires, veuillez contacter :

Moreau Nathalie (chercheuse)
Tél.: 02.555.40.30
nathalie.moreau@ulb.ac.be

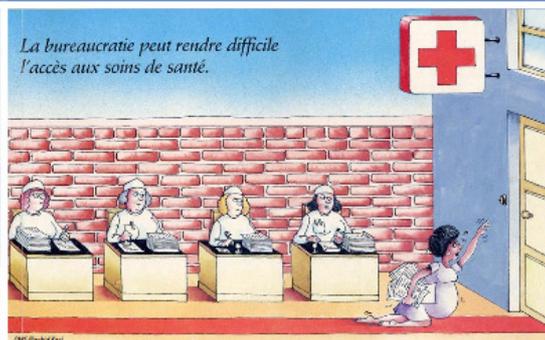
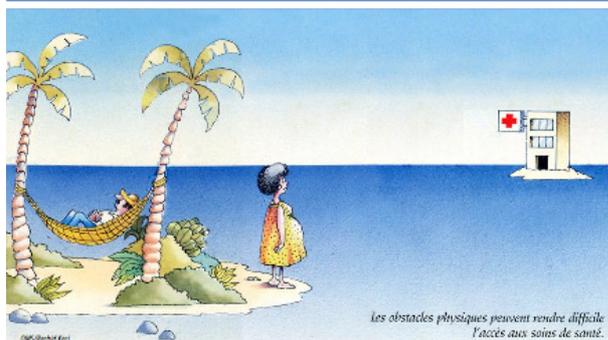
Alexander Sophie (promotrice)
Tél.: 02.555.40.63
saalexand@ulb.ac.be

CALENDRIER

PROVINCE	DATE DE RÉUNION	DATE DE DÉMARRAGE	DATE DE FIN (jusqu'à minuit)
Liège	6 novembre 2007	7 novembre 2007	6 mai 2008
Bruxelles	14 novembre 2007	15 novembre 2007	14 mai 2008
Brabant-wallon	21 novembre 2007	22 novembre 2007	21 mai 2008
Namur	21 novembre 2007	22 novembre 2007	21 mai 2008
Hainaut	27 novembre 2007	28 novembre 2007	27 mai 2008
Luxembourg		20 décembre 2007	19 juin 2008

RESPONSABLE(S) DANS CETTE MATERNITÉ :

--



Réalisation de l'étude :
Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles



Etude commandée et financée par l'ONE.

Liste des maternités participant à l'étude

Province	Maternités	Commune
BRABANT WALLON	Clinique Saint-Pierre	Ottignies
	C.H. Tubize-Nivelles	Nivelles
	C.H. Edith Cavell	Braine-L'Alleud
BRUXELLES	Kliniek St-Jan	Bruxelles
	C.H.U. Saint-Pierre	Bruxelles
	C.H.U. Brugmann - Horta	Laeken
	Clinique Saint-Michel	Etterbeek
	Iris Sud - Etterbeek-Ixelles	Ixelles
	Clinique Ste-Anne/St-Rémi	Anderlecht
	C.H.U. Erasme	Anderlecht
	Hôpital Français	Berchem-Sainte-Agathe
	Universitair Ziekenhuis Brussel	Jette
	C.H.I. Edith Cavell	Uccle
	V.Z.W.Europa Ziekenhuizen - Ste Elisabeth	Uccle
	C.U. St-Luc	Woluwe-Saint-Lambert
	Clinique St-Etienne	Saint-Josse-Ten-Noode
HAINAUT	Clinique Notre-Dame	Tournai
	C.H. Haute Senne - Le Tilleriau	Soignies
	Réseau Hosp. Médecine Sociale - Louis Caty	Baudour
	C.H. Mouscron - Refuge	Mouscron
	C.H.U. André Vésale	Montigny-le-Tilleul
	C.H.U. Ambroise Paré	Mons
	C.H.R. Clinique St-Joseph	Mons
	C.H. de Jolimont-Lobbès	Lobbès
	C.H.U. Tivoli	La Louvière
	C.H. de Jolimont-Lobbès - Jolimont	Haine-Saint-Paul
	Centre de Santé des Fagnes	Chimay
	Hopital Sainte-Thérèse	Montignies-sur-Sambre
	Clinique Notre-Dame de Grâce	Gosselies
	C.H.U. Charleroi	Charleroi
	C.H. Notre-Dame Reine-Fabiola	Charleroi
	Prov. Des malades et Mutualité Chrétienne	Hornu
	Hôpital de Warquignies	Boussu
	Réseau Hosp. Médecine Sociale - Ath	Ath
LIEGE	C.H. Peltzer - La Tourelle (La Tourelle)	Verviers
	C.H. St Vincent - Ste Elisabeth (Ste Elisabeth)	Heusy
	C.H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye (Seraing)	Seraing
	Clinique Reine Astrid	Malmédy
	C.H. St Vincent - Ste Elisabeth (St Vincent)	Rocourt
	Clinique St-Joseph	Liège
	C.H.R. la Citadelle	Liège
	C.H.U. Liège - Notre-Dame des Bruyères	Chenée
	C.H.R. de Huy	Huy
	Klinik St-Joseph	Sankt-Vith
	St-Nikolaus Hospital	Eupen
LUXEMBOURG	I.F.A.C. Princesse Paola	Marche
	C.H. Ardenne - Libramont	Libramont
	I.F.A.C. Sainte-Thérèse	Bastogne
	Cliniques du Sud-Luxembourg - Saint-Joseph	Arlon
NAMUR	C.H.R. Val de Sambre - Auvélais	Auvélais
	C.H. Régional	Namur
	Clinique Sainte-Elisabeth	Namur
	C.H. de Dinant - Saint-Vincent	Dinant

5.1.2 Les femmes nouvellement accouchées

La recherche, d'une durée de 18 mois (janvier 2007-juin 2008), est menée auprès d'un échantillon de mères nouvellement accouchées dont le parcours de suivi de la grossesse sera étudié de manière rétrospective.

En s'adressant aux femmes nouvellement accouchées, l'objectif recherché est d'atteindre les mères dont la grossesse n'aurait pas du tout été suivie ou de façon très irrégulière.

Un échantillon de mères dont la grossesse aura été correctement suivie seront également prises en compte dans l'étude et serviront de groupe témoin.

Le dossier médical des femmes accouchées permettra également de disposer d'une information objective concernant l'issue de la grossesse.

3 groupes de femmes ont donc été identifiés :

- Les femmes qui ont eu un suivi optimal durant leur grossesse
- Les femmes qui ont eu un suivi suboptimal durant leur grossesse
- Les femmes qui n'ont eu aucun suivi durant leur grossesse

Dans 3 maternités (La Citadelle à Liège, Saint-Pierre et Saint-Jean à Bruxelles), l'étude a été réalisée auprès des 3 groupes de femmes et dans les 50 autres maternités, l'étude a été réalisée uniquement auprès des femmes qui n'avaient reçu aucun suivi durant leur grossesse. Cette méthodologie a pour objectif d'identifier et d'inclure toutes les femmes non suivies dans l'étude.

5.1.3 Sélection des femmes

Dans les maternités de la Citadelle, Saint-Pierre et Saint-Jean, les femmes ayant reçu un suivi optimal ou suboptimal étaient sélectionnées sur base de leur dossier à raison d'un dossier sur 10 au début de la recherche. Au cours de l'étude, il s'est avéré que les femmes ayant reçu un suivi suboptimal n'étaient pas assez représentées et il a été décidé de sélectionner toutes les femmes appartenant à ce groupe de suivi. La charge de travail que cela impliquait étant trop importante pour pouvoir faire cette sélection tous les jours, les femmes ayant reçu un suivi suboptimal ont été sélectionnées un jour sur deux.

En ce qui concerne le groupe des femmes non suivies, toutes les femmes appartenant à ce groupe devaient être sélectionnées lorsqu'elles se présentaient pour accoucher dans toutes les maternités et tout au long de l'étude.

5.1.4 Critères d'exclusion, accord de participation et anonymat des données

Il est apparu dès le début de la recherche que certaines situations ne se prêtaient pas à la réalisation de l'enquête. Ainsi, les femmes dont le bébé était décédé, dont le bébé ou elle-même était pris en charge en soins intensifs et les femmes qui présentaient des déficiences mentales ont été exclues de l'enquête en ce qui concerne l'entretien avec la sage-femme mais elles ont toutefois été identifiées et les informations portant sur la partie 1 du questionnaires ont été recueillies.

Par ailleurs, un « accord de participation » a été systématiquement obtenu ; toutes les patientes qui ont répondu à l'enquête avaient choisi de le faire, la première question de l'enquête étant « souhaitez vous répondre à notre enquête sur le suivi de grossesse ? ». Pour celles qui n'ont pas souhaité répondre, les données accessibles aux soignants ont été enregistrées (partie 1 du questionnaire).

Dans tous les cas, les carnets de l'enquête ont été remplis de manière anonyme.

5.2 Définitions opérationnelles

Lorsque la réflexion s'est engagée sur la notion de suivi prénatal, il est d'abord apparu nécessaire de s'accorder sur la définition d'une « consultation prénatale ». Ensuite, la réflexion a porté sur les différents types de suivis qui pouvaient être rencontrés et sur la définition de ceux-ci.

3 types de suivis ont été pris en considération :

- Le suivi « optimal »
- Le suivi « suboptimal »
- Le « non suivi »

Si la définition du « non suivi » semble pouvoir être aisément établie, une revue de la littérature montre clairement qu'il existe de nombreuses définitions du suivi « optimal » (satisfaisant).

De la même manière, la définition d'un suivi « suboptimal » (tardif, irrégulier, erratique) a suscité de nombreuses réflexions

Il a donc été nécessaire de réunir des experts au début de l'étude pour s'accorder sur une définition uniforme et opérationnelle des différents concepts abordés dans cette recherche.

Ces définitions se déclinent comme suit :

1. Définition d'une consultation prénatale (CPN) : une consultation chez une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste, dans laquelle des actes sont posés ou des prescriptions sont faites avec comme objet le suivi de grossesse. Ceci exclut donc un simple diagnostic sans actes associés.
2. Définition d'un « suivi satisfaisant » répond aux 4 critères suivants
 - a. 1^{ère} CPN avant 16 semaines
 - b. Au moins 6 CPN planifiées
 - c. Au moins 1 prise de sang et 2 échographies réalisées
 - d. Pas de période de plus de 8 semaines sans CPN
 - e. Pas plus de deux changements de filière de soins, à l'exclusion de ceux qui sont motivés par des circonstances extérieures telles que : voyage, immigration, déménagement, obligation des CPAS etc...
3. Définition de « pas de suivi CPN » :
 - a. aucune CPN durant la grossesse
 - b. ou uniquement la consultation pour poser/confirmer le diagnostic de la grossesse
 - c. ou 1^{ère} consultation prénatale à partir de 36 semaines.
4. Définition d'un « suivi suboptimal »
 - a. Par extension des deux définitions précédentes, toutes les femmes qui n'appartiennent ni au groupe « suivi optimal » ni au groupe « pas de suivi »

5.3 Les questionnaires

Trois questionnaires ont été élaborés : un questionnaire « maternité », un questionnaire « femme non suivie » pour les 50 maternités sans témoins, et un questionnaire pour les maternités avec témoins : Liège Citadelle, Bruxelles St Jean et Bruxelles St Pierre.

5.3.1 Le questionnaire « maternité »

Un questionnaire a été élaboré afin de rassembler quelques informations sur les maternités qui participent à l'étude. Ces informations portent sur :

- Caractéristiques générales (type de service, nombre d'accouchements par an, nombre de lits, type de pouvoir organisateur, niveau socio-économique de la patientèle, ...)
- Données chiffrées pour estimer le niveau de risque de la population
- Données en relation avec les femmes non suivies, le niveau de risque « social » des femmes accouchant dans la maternité et les soutiens existants

Ce questionnaire est repris en annexe 2.

5.3.2 Les questionnaires femmes nouvellement accouchées

Des indicateurs de non suivi de la grossesse ont été identifiés sur base de la revue de la littérature(annexe 3).

Deux questionnaires ont été élaborés pour l'enquête auprès des femmes nouvellement accouchées :

- Pour les 3 maternités qui couvraient les 3 groupes de femmes, un questionnaire se prêtant à tous les types de suivis a été réalisé.
- Pour les 50 maternités qui couvraient uniquement les femmes non suivies durant leur grossesse, un questionnaire adapté à ce groupe de femmes a été élaboré.

Les 2 questionnaires se composaient de 3 parties :

Une 1^{ère} partie complétée par la sage-femme (sur base du dossier de la femme ou du témoignage de celle-ci) reprenant des informations relatives au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à la santé du bébé.

Une 2^{ème} partie, la plus conséquente, qui correspond à l'entretien réalisé par la sage-femme avec la femme nouvellement accouchée. Les différents thèmes abordés au cours de l'entretien portent sur :

- L'état d'union de la mère, sa nationalité, son niveau d'études, sa profession, son statut d'emploi, ses ressources financières, sa langue maternelle, sa religion, son statut de résidence, sa situation en matière de remboursement des soins ;
- le conjoint, sa nationalité, son niveau d'études, sa profession, son statut d'emploi, ses ressources financières, sa langue maternelle, sa religion, son statut de résidence, sa situation en matière de remboursement des soins ;
- la manière dont la femme utilise les services de santé en général et par rapport à la grossesse ;
- les conditions de survenue de la grossesse (désir, planification, perception de signes annonciateurs, moyens de diagnostic, réactions à l'annonce de la grossesse (de la

- femme, du conjoint, de la famille), perception de la femme des changements physiques de son corps, soutien reçu durant la grossesse, suivi des précédentes grossesses, normes familiales en matière de suivi prénatal ;
- les représentations de la femme quant aux consultations prénatales et aux professionnels qui les assurent ;
 - l'avis, les connaissances de la femme quant au suivi de grossesse, l'utilité de l'échographie et de la prise de sang, les différentes sources d'informations disponibles ;
 - la consommation de tabac, alcool et drogue de la femme avant et pendant la grossesse ;
 - les perceptions de la femme sur des éléments qui pourraient encourager une femme à faire suivre sa grossesse par un professionnel de la santé ;
 - les perceptions de la femme sur des éléments qui pourraient décourager une femme à faire suivre sa grossesse par un professionnel de la santé ;
 - les perceptions de la femme sur les améliorations qui pourraient être apportées aux consultations prénatales pour mieux répondre aux besoins des femmes ;
 - pour les femmes n'ayant pas fait suivre leur grossesse, divers scénarii étaient proposés pour expliquer la raison du non suivi

Une 3^{ème} partie complétée par la sage-femme pour faire part, notamment, des conditions de déroulement de l'entretien (langue, présence d'un interprète, d'un membre de la famille) et de ses éventuels commentaires.

Les 2 questionnaires sont repris en annexe 4.

5.4 Analyses

Les données ont été encodées en EPI INFO Version 6. Les statistiques usuelles ont été utilisées pour la description des données.

Toutes les comparaisons de proportions ont été faites grâce au test du Chi² de Pearson. Toutefois, lorsque les conditions d'applications n'étaient pas satisfaites (attendu ≤ 5), la méthode de Monté Carlo a été utilisée.

Pour toutes les analyses, nous avons adopté un seuil de signification de 0,05. Les analyses ont été réalisées avec SPSS Version 15.0.

6 Résultats

6.1 Population

6.1.1 Les maternités

!!! Dans la mesure où notre échantillon n'est pas représentatif de la population des femmes qui accouchent en Communauté française (les femmes non suivies étant surreprésentées), les résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de cette population.

Tableau 1 : Nombre de maternités par région ayant complété au moins 1 questionnaire

Régions	Nombre de maternités	Questionnaires complétés
Bruxelles	3	134
Brabant Wallon	1	1
Hainaut	5	8
Liège	5	86
Namur	1	1
TOTAL	15	230

Au total, 230 questionnaires complétés ont été reçus¹. Au moins 1 maternité de chaque région, hormis le Luxembourg, a réalisé au moins 1 entretien. 15 maternités ont renvoyé des questionnaires complétés. Les questionnaires des Régions du Hainaut et de Namur ne concernent que les femmes qui n'ont reçu aucun suivi durant leur grossesse. Ceux des Régions de Bruxelles-Capitale et Liège couvrent les femmes avec un suivi optimal ou un suivi suboptimal ou sans suivi de grossesse. Ceci implique que 38 maternités n'auraient eu aucune femme non suivie durant la période. Toutes n'ont pas été recontactées, mais celles qui l'ont été déclarent n'avoir eu aucune grossesse non suivie durant la période de l'étude.

Tableau 2 : Nombre de maternités par région ayant complété le questionnaire portant sur leur service

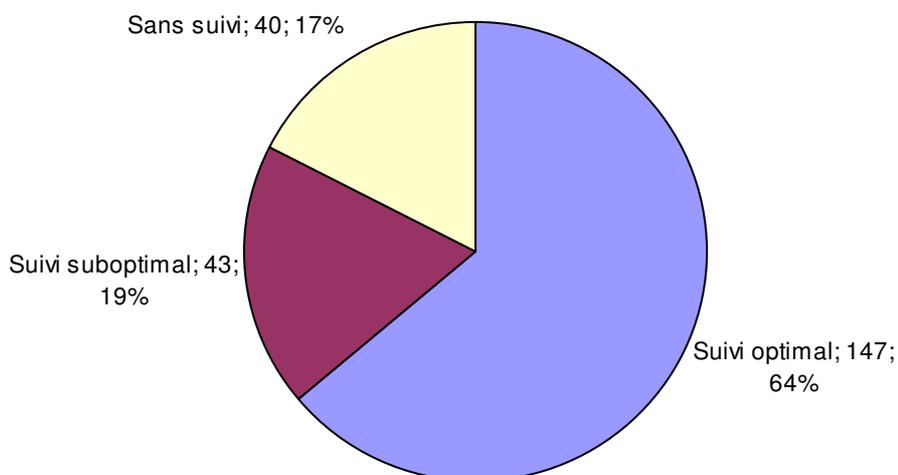
Régions	Nombre total de maternités	Questionnaires complétés
Bruxelles	13	8
Brabant Wallon	3	1
Hainaut	18	8
Liège	11	7
Namur	4	2
Luxembourg	4	2
TOTAL	53	28

En ce qui concerne le questionnaire portant sur les maternités, celui-ci n'a pas été complété par tous les participants, malgré de nombreux rappels. Au total, 28 maternités ont rempli ce questionnaire.

¹ De fait, d'autres questionnaires sont arrivés trop tard pour être analysés et feront, nous l'espérons partie d'un projet complémentaire

6.1.2 Les mères

A La qualité du suivi de grossesse dans notre échantillon (n=230)



Graphique 1 : Proportions des différentes qualités de suivi parmi l'ensemble des femmes nouvellement accouchées.

Parmi les 230 mères qui ont participé à l'étude, 147 (64 %) d'entre elles ont fait suivre leur grossesse de manière optimale, 43 (19 %) de manière sub-optimale et 40 (17%) d'entre elles n'ont eu aucun suivi prénatal. Il faut se souvenir que le recrutement fait qu'il y a sur-représentation des grossesses non suivies et avec suivi suboptimal. Par ailleurs les hôpitaux participants sélectionnent une patientèle défavorisée.

B L'inclusion des mères

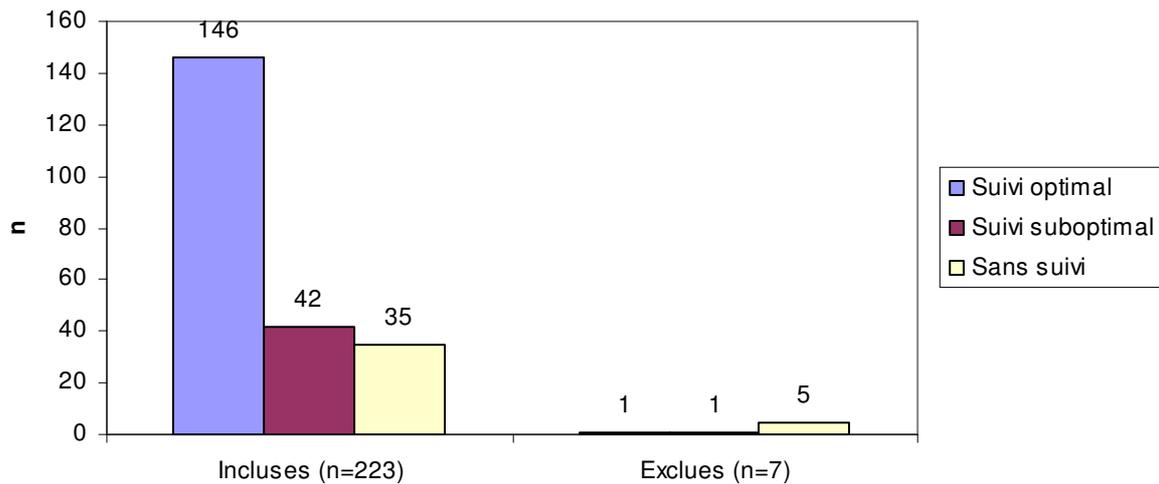
Tableau 3 : Proportions des mères en fonction de leur inclusion ou non dans l'étude.

Mères incluses	n	%
Oui	223	97,0
Non	7	3,0
Total	230	100,0

Parmi les 230 mères identifiées, 7 d'entre elles (3%) ont été exclues car leur situation répondait à un des critères d'exclusion établis au début de l'étude (voir p.11).

Pour 6 d'entre elles, le bébé était décédé à la naissance.

La 7^{ème} mère a été considérée comme « exclue » de l'étude car elle est sortie trop tôt de la maternité mais le poids du bébé et les tests d'Apgar étaient bons.



Graphique 2 : Qualité du suivi de la grossesse parmi les femmes incluses et les femmes exclues de l'étude.

L'exclusion des femmes a été réalisée sans connaître la qualité du suivi de la grossesse dans la mesure où les critères d'exclusion portent sur la santé de la mère et de l'enfant.

On observe néanmoins une association significative entre l'inclusion ou l'exclusion de la mère et la qualité du suivi de la grossesse (p global (Monte Carlo) =0,002). Parmi les 7 femmes exclues de l'étude, 5 d'entre elles n'ont pas fait suivre leur grossesse alors qu'elles représentent 35 des 223 femmes incluses.

Parmi les 6 femmes dont le bébé est décédé à la naissance, 1 seule appartient au groupe des femmes avec un suivi de grossesse optimal, 1 autre femme a eu un suivi de grossesse suboptimal et 4 femmes n'ont pas fait suivre leur grossesse.

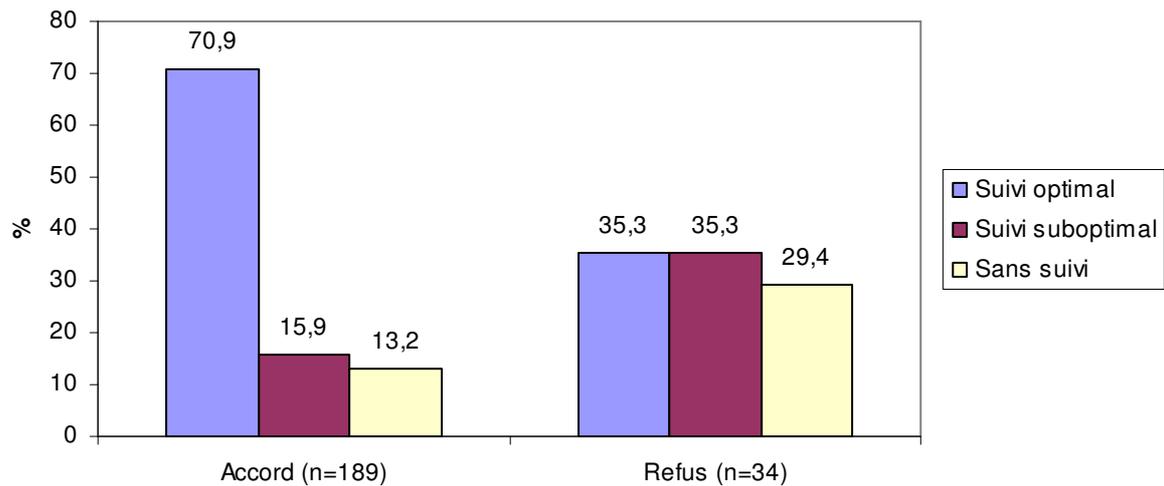
La mère qui a quitté prématurément la maternité n'avait pas de suivi de grossesse.

C Accord de participation

Tableau 4 : Proportions des mères incluses en fonction de leur accord de participation.

Accord des mères de participer	n	%
Oui	189	84,8
Non	34	15,2
Total	223	100,0

Parmi les 223 femmes incluses dans l'étude, près de 85 % d'entre elles ont accepté de répondre au questionnaire ce qui constitue un excellent taux de participation.



Graphique 3 : Qualité du suivi de la grossesse en fonction de l'accord de participation des mères.

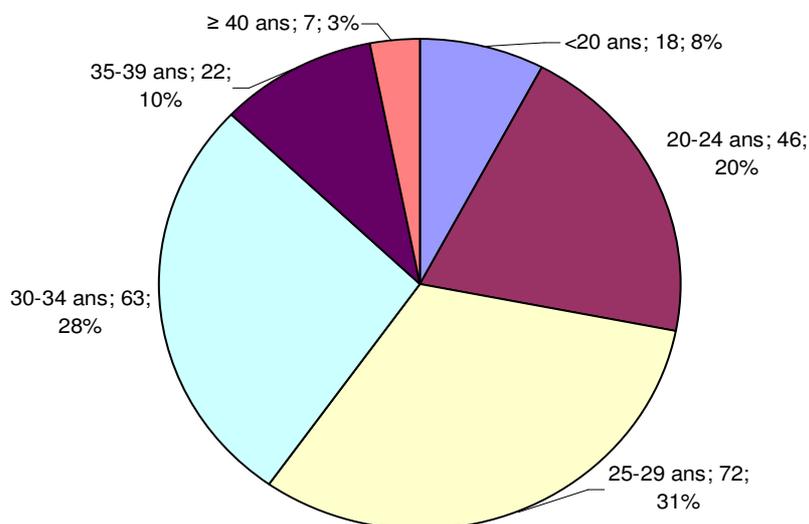
Parmi les 189 femmes qui ont accepté de participer à l'étude, 71% d'entre elles ont fait suivre leur grossesse de manière optimale, 16% d'entre elles ont fait suivre leur grossesse de manière suboptimale et 13 % d'entre elles n'ont pas fait suivre leur grossesse.

Les 34 femmes incluses qui ont refusé de participer à l'étude sont réparties de manière plus ou moins équivalente entre les 3 groupes de suivi de grossesse.

On observe que la qualité du suivi de la grossesse varie de manière significative (p de Pearson <0,001) en fonction de l'accord ou non des mères pour participer à l'étude.

6.2 Informations socioculturelles sur les mères

A Age de la mère



Graphique 4 : Proportions des mères en fonction de leur âge (n=228)

L'âge des mères présenté dans ce graphique correspond à leur âge au jour de l'accouchement. L'âge moyen des 228 femmes est de 28,5 ans (âge médian = 28,6 ans). Sur l'ensemble des 228 femmes dont on connaît l'âge, 28% des mères ont moins de 25 ans et près de 13 % sont âgées d'au moins 35 ans.

Tableau 5 : Qualité du suivi de la grossesse en fonction de l'âge de la mère.

Age de la mère (années)	Qualité du suivi						
	n	Optimal		Suboptimal		Sans	
		n	%	n	%	n	%
<20	18	3	16,7	6	33,3	9	50,0
20-24	46	24	52,2	9	19,6	13	28,3
25-29	72	49	68,1	16	22,2	7	9,7
30-34	63	51	81,0	7	11,1	5	7,9
35-39	22	15	68,2	3	13,6	4	18,2
≥ 40	7	4	57,1	2	28,6	1	14,3

p global (Monte Carlo) <0,001

Lorsqu'on analyse la qualité du suivi de la grossesse en fonction de l'âge de la mère, on constate que celle-ci varie de manière significative.

On observe que :

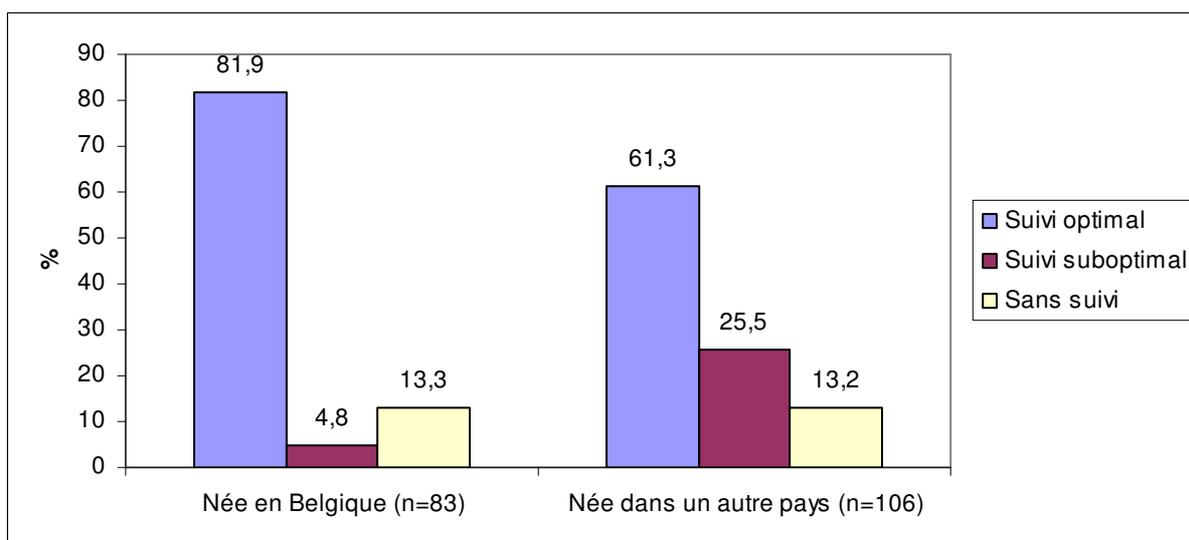
- Les proportions les plus importantes de femmes ayant eu un suivi de grossesse optimal se trouvent parmi les femmes âgées de 30-34 ans (81%), 25-29 ans (68%) et 35-39 ans (68%).
- Les femmes ayant fait suivre leur grossesse de façon suboptimale se concentrent principalement dans les classes d'âge des femmes de moins de 20 ans (33%) et les femmes de plus de 40 ans (29%).
- Les proportions de femmes non suivies sont les plus élevées parmi les plus jeunes : 50% des femmes âgées de moins de 20 ans, 28% des femmes âgées de 20-24 ans.

B Pays d'origine

Tableau 6 : Proportions des mères en fonction de leur pays de naissance.

	n	%
Née en Belgique	83	43,9
Née dans un autre pays	106	56,1
Total	189	100,0

Parmi les mères ayant accepté de participer à l'étude, on constate que plus d'1 femme sur 2 (56%) déclarent ne pas être née en Belgique.



Graphique 5 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse en fonction du fait que la mère est née en Belgique ou non.

On observe que la qualité du suivi de la grossesse varie significativement (p de Pearson = 0,001) en fonction du fait que la mère soit née ou non en Belgique. En effet, la proportion de femmes ayant fait suivre leur grossesse de manière optimale est plus élevée parmi les femmes qui déclarent être née en Belgique (82%) que parmi celles qui sont nées dans un autre pays (61%). On constate également que la proportion de femmes avec un suivi suboptimal est plus élevée parmi les femmes qui ne sont pas nées en Belgique (26%) que parmi les femmes nées en Belgique (5%). Par contre, la proportion de femmes n'ayant pas fait suivre leur grossesse est sensiblement la même dans les deux groupes.

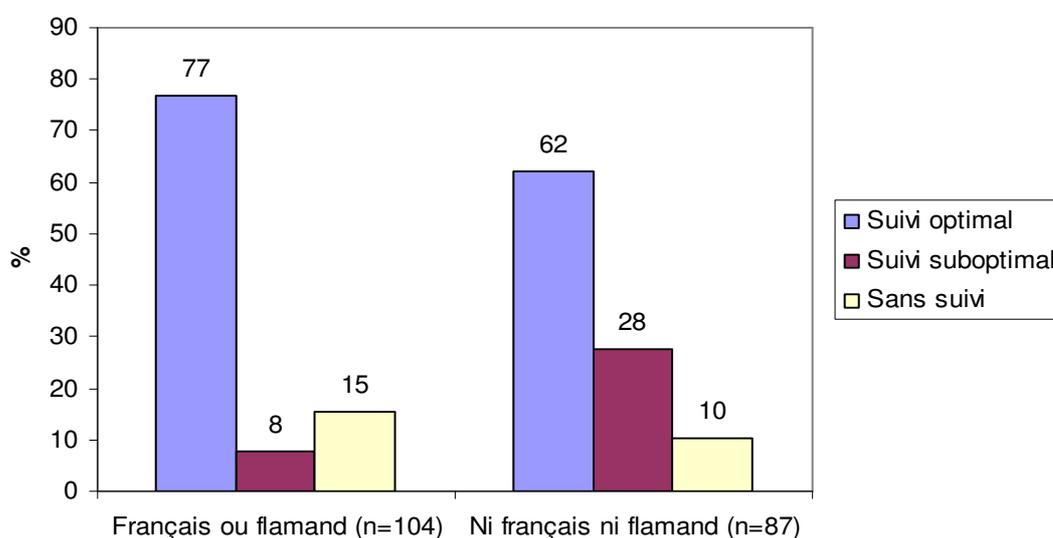
C Langue maternelle de la mère

Le total des réponses (191) est plus élevé que le nombre de femmes qui ont accepté de répondre (189) car 2 femmes ont refusé de poursuivre l'entretien après avoir répondu aux premières questions, dont celle sur la langue maternelle.

Tableau 7 : Proportions des langues maternelles citées par les mères.

Langue maternelle de la mère	n	%
Français ou flamand	104	54,5
Ni français ni flamand	87	45,5
Total	191	100,0

En ce qui concerne la langue maternelle des mères, 55 % d'entre elles déclarent que le français ou le flamand est leur langue maternelle ou une de leurs langues maternelles.



Graphique 6 : Distribution de la qualité du suivi de grossesse en fonction de la langue maternelle de la mère.

Lorsqu'on étudie la qualité du suivi en fonction de la langue maternelle de la mère, celle-ci varie de manière significative selon que la langue maternelle de la mère est ou non le français ou le flamand (p de Pearson = 0,001).

On observe que les femmes ayant fait suivre leur grossesse de manière optimale sont proportionnellement plus nombreuses parmi les femmes dont la langue maternelle est le français ou le flamand (77%) que parmi les mères dont la langue maternelle n'est ni le français ni le flamand (62%). En ce qui concerne les femmes avec un suivi de grossesse suboptimal, on constate que la proportion est plus importante parmi les femmes dont la langue maternelle n'est ni le français ni le flamand (28%) que parmi les femmes qui ont le français ou le flamand comme langue maternelle (8%). Enfin, on observe que la proportion de femmes sans suivi de grossesse est plus élevée parmi les femmes dont la langue maternelle est le français ou le flamand (15%).

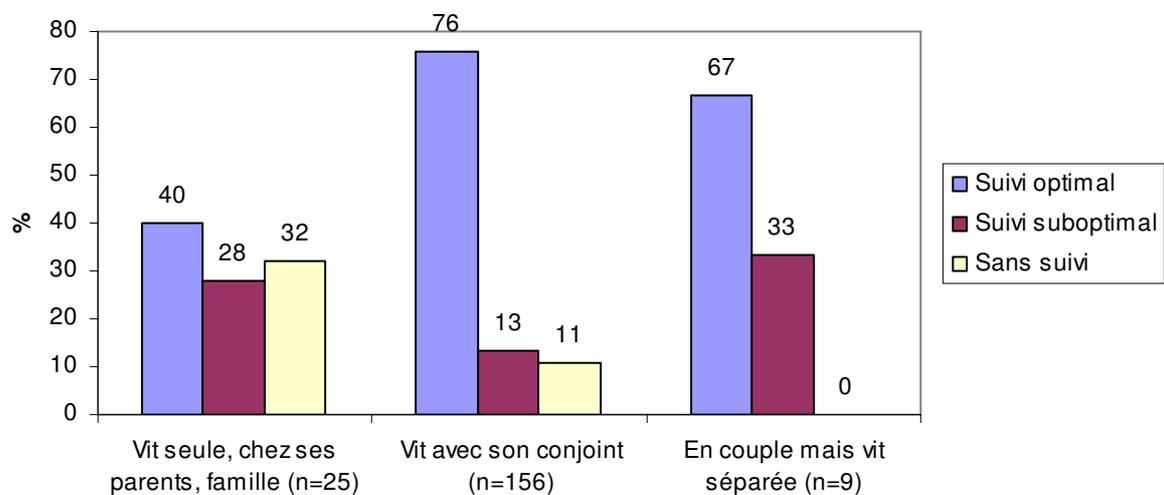
Cette observation est en accord avec la précédente sur les nationalités, sans permettre d'inférer si la barrière est liée à la langue à la culture ou aux deux.

D Etat d'union de la mère

Tableau 8 : Proportions des mères en fonction de leur état d'union.

Etat d'union de la mère	n	%
Vit seule	21	11,1
Vit avec son conjoint	156	82,1
En couple mais vit séparée	9	4,7
Autre (parents, famille)	4	2,1
Total	190	100,0

Lorsqu'on interroge les femmes sur leur état d'union, on observe que la grande majorité (82%) sont en couple et vivent avec leur conjoint.



Graphique 7 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse en fonction de l'état d'union de la mère

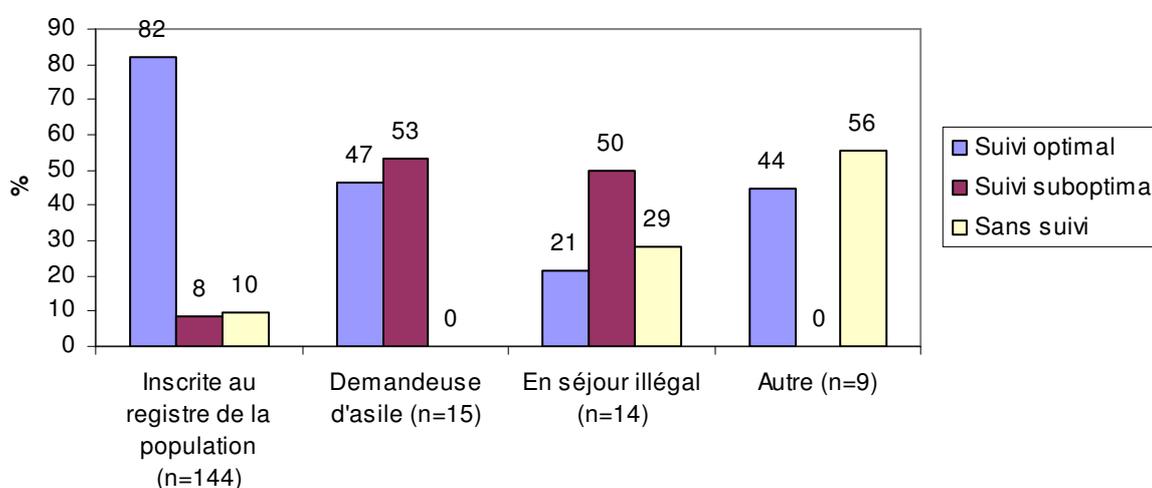
On constate que la qualité du suivi de la grossesse varie de manière significative (p global (Monte Carlo) = 0,005) en fonction de l'état d'union de la mère. Les proportions de femmes ayant fait suivre leur grossesse de manière optimale sont les plus élevées parmi les femmes en couple. On constate néanmoins que cette proportion est plus élevée si la femme vit avec son conjoint (76%) que si elle vit séparée de lui (67%). Les femmes qui n'ont pas fait suivre leur grossesse sont également proportionnellement plus nombreuses parmi les femmes qui vivent seules ou chez leurs parents ou un membre de leur famille (32%).

E Statut de résidence de la mère

Tableau 9 : Proportions des mères en fonction de leur statut de résidence.

Statut de résidence de la mère	n	%
Inscrite au registre de la population	144	79,1
Demandeuse d'asile	15	8,2
En séjour illégal	14	7,7
Autre (dossier en cours, ...)	9	4,9
Total	182	100,0

Parmi les femmes interrogées, on constate que près de 8 femmes sur 10 (79%) sont inscrites dans le registre de la population.



Graphique 8 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse en fonction du statut de résidence de la mère.

Au niveau du statut de résidence de la mère, on constate que la qualité du suivi de la grossesse varie significativement de celui-ci (p global (Monte Carlo) $<0,001$).

En effet, la proportion de femmes avec un suivi de grossesse optimal est la plus élevée parmi les femmes inscrites au registre de la population (82%). Dès que les femmes ont un statut de résidence plus « fragile », on constate que les proportions de femmes avec un suivi suboptimal ou sans suivi de grossesse sont plus importantes.

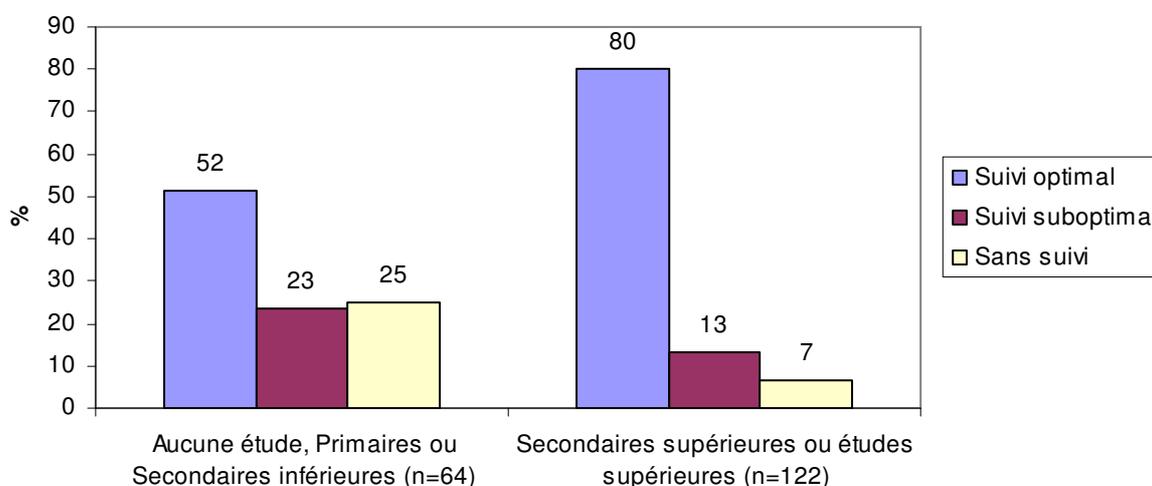
La situation est particulièrement remarquable si on cumule les demandeuses d'asile et les séjours illégaux : près de la moitié d'entre elles ont eu un suivi « suboptimal », alors que les non suivies paraissent moins affectées.

F Niveau d'étude de la mère

Tableau 10 : Proportions des mères en fonction de leur niveau d'études.

Niveau d'études de la mère (cycle terminé)	n	%
Aucune, Primaire ou Secondaires inférieures	64	34,2
Secondaires supérieures ou études supérieures	122	65,2
Autre (en cours d'études)	1	0,5
Total	187	100,0

Lorsqu'on interroge les mères sur le dernier cycle d'études qu'elles ont terminé, on constate qu'un tiers des mères (34%) n'ont pas terminé leurs études dans le cycle secondaire.



Graphique 9 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse en fonction du niveau d'études de la mère.

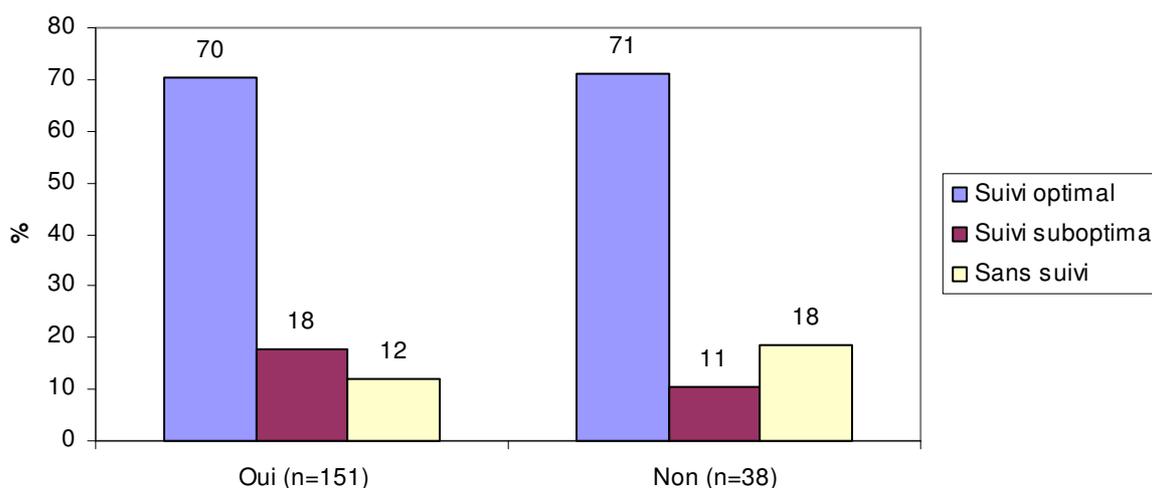
On observe que la qualité du suivi de la grossesse varie significativement (p de Pearson $<0,001$) en fonction du niveau d'études de la mère. Ainsi, la proportion de mères dont la grossesse a été correctement suivie est la plus élevée parmi les mères qui ont au moins terminé l'enseignement secondaire (80%). Parmi les mères qui n'ont pas terminé le cycle secondaire, 1 mère sur 2 a fait suivre sa grossesse de manière optimale tandis que 23% et 25% d'entre elles ont, respectivement eu un suivi suboptimal ou aucun suivi de leur grossesse.

G Religion de la mère

Tableau 11 : Distribution des mères en fonction qu'elles aient ou non une religion.

	n	%
A une religion ou des croyances	151	79,9
N'a pas de religion ni de croyances	38	20,1
Total	189	100,0

Dans la population de l'étude, 80% des femmes déclarent qu'elles ont une religion.



Graphique 10 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse en fonction du fait que la mère a ou non une religion.

On n'observe aucune association significative (p de Pearson $<0,373$) entre le fait d'avoir une religion ou des croyances et la qualité du suivi de la grossesse. Les proportions des femmes ayant fait suivre leur grossesse de manière optimale sont équivalentes dans les deux groupes.

6.3 Informations gynéco-obstétriques sur les mères

Plusieurs questions portaient sur le passé gynéco-obstétrique des mères (Partie 1 du questionnaire) afin d'identifier si certains facteurs, comme le nombre d'accouchements antérieurs, le nombre de fausses couches ou d'IVG, pouvaient jouer un rôle sur la qualité du suivi de la grossesse.

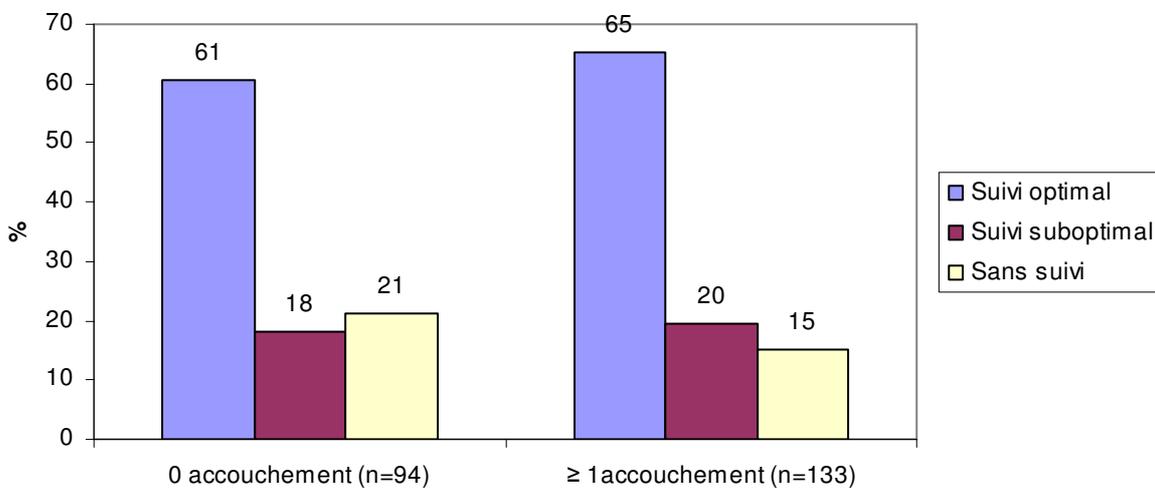
Ces informations ont pu être recueillies sur base du dossier de la femme. Elles ont donc été récoltées pour toutes les femmes, y compris celles qui ont été exclues de l'entretien avec la sage-femme ou qui ont refusé de participer à l'entretien (Partie 2 du questionnaire), ce qui explique que l'effectif total peut être supérieur aux 189 femmes qui ont été incluses et qui ont accepté de répondre à l'enquête.

A Nombre d'accouchements antérieurs

Tableau 12 : Proportion des mères en fonction du nombre d'accouchements qu'elles ont eu avant la dernière grossesse.

Nombre d'accouchements précédents	n	%
0 accouchement	94	41,4
1-3 accouchements	123	54,2
>3 accouchements	10	4,4
Total	227	100,0

On observe qu'il s'agissait du premier accouchement pour 4 femmes sur 10. Une minorité de femmes (10) avaient déjà accouché plus de 3 fois auparavant.



Graphique 11 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse en fonction du nombre d'accouchements précédents.

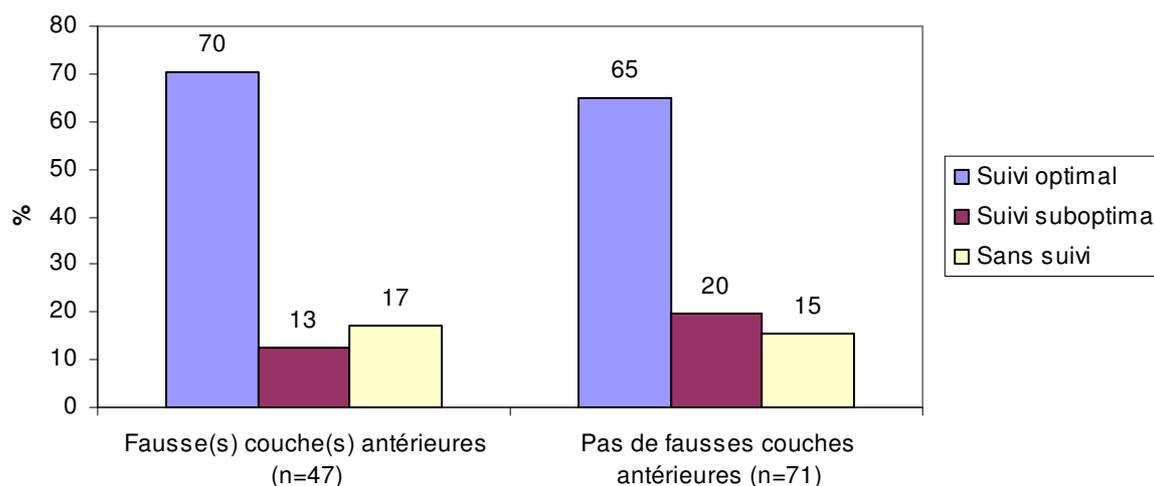
La qualité du suivi de la grossesse n'est pas associée de manière significative au nombre d'accouchements précédant la dernière grossesse (p global (Monte Carlo) $< 0,165$). On observe cependant que parmi les femmes qui ont eu > 3 accouchements antérieurs ($n=10$), 4 d'entre elles ont eu un suivi optimal, 2 un suivi suboptimal et 4 n'ont pas été suivies durant leur grossesse.

B Antécédents de fausse-couche

Tableau 13 : Distribution des mères selon qu'elles aient ou non fait une (des) fausse(s) couche(s) précédemment.

Fausse(s) couche(s) précédentes	n	%
Oui	47	39,8
Non	71	60,2
Total	118	100,0

En ce qui concerne les éventuelles fausses couches, on constate que l'information n'est pas disponible pour plus d'un tiers des femmes qui ont accepté de répondre à l'enquête (71/189). Parmi celles qui ont répondu, on constate que 60 % d'entre elles n'ont pas eu de fausses couches avant la dernière grossesse.



Graphique 12 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse selon que les mères aient ou non fait une (des) fausse(s) couche(s) précédemment.

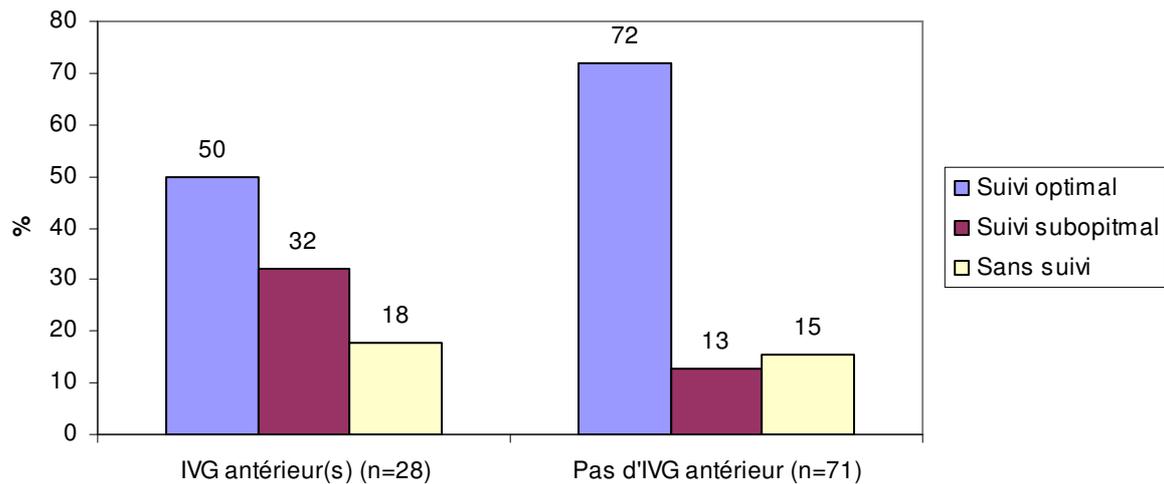
Si on observe que la proportion des femmes ayant fait suivre sa grossesse de manière optimale est un peu plus élevée parmi les femmes qui ont fait précédemment au moins une fausse couche, la qualité du suivi de la grossesse n'est pas significativement associée au fait d'avoir ou non fait une fausse couche auparavant (p de Pearson = 0,61).

C Antécédents d'IVG

Tableau 14 : Proportion des mères qui ont eu au moins un IVG auparavant.

IVG précédents	n	%
Oui	28	28,3
Non	71	71,7
Total	99	100,0

En ce qui concerne les antécédents d'IVG, le nombre de réponses manquantes est également considérable, près de la moitié de l'effectif total (90/189). Parmi les femmes pour lesquelles l'information a été recueillies, près d'un tiers d'entre elles (28,3%) déclarent avoir eu au moins une IVG auparavant.



Graphique 13 : Distribution de la qualité du suivi en fonction du fait que la mère a eu ou non au moins une IVG.

On observe que la proportion de femmes qui ont fait suivre leur grossesse de manière optimale est nettement moins élevée parmi les femmes qui ont eu au moins une IVG (50%) que parmi celles qui n'en ont jamais eu (72%). A l'inverse, la proportion des femmes avec un suivi suboptimal est plus importante parmi les femmes qui ont eu au moins une IVG (32%) que parmi celles qui n'en ont jamais eu (13%). L'association entre la qualité du suivi de la grossesse et le fait d'avoir eu ou non une IVG est à la limite de la signification statistique (p de Pearson = 0,057).

6.4 La grossesse

Lors de l'entretien, les femmes ont été invitées à s'exprimer sur les conditions de survenues de la grossesse, les éventuels signes annonciateurs de celle-ci, leurs sentiments à la découverte de cette grossesse, le type de soutien et la qualité de celui-ci dont elles ont pu bénéficier au cours de leur grossesse.

A Désir de la grossesse

Tableau 15 : Conditions de survenue de la grossesse, en termes de désir.

Votre grossesse a été souhaitée par	n	Oui (%)
De façon égale par le couple	154	82,5
Particulièrement par vous	95	51,6
Particulièrement par votre conjoint	88	38,6
Autre (grossesse "surprise", FIV ou accident)	49	30,6
Particulièrement par votre famille proche	78	26,9

Le total des réponses est supérieur au nombre de femmes participant à l'étude dans la mesure où elles ont eu la possibilité de sélectionner plusieurs propositions pour cette question (par exemple, une femme peut considérer que la grossesse a été souhaitée par le couple et par la famille proche).

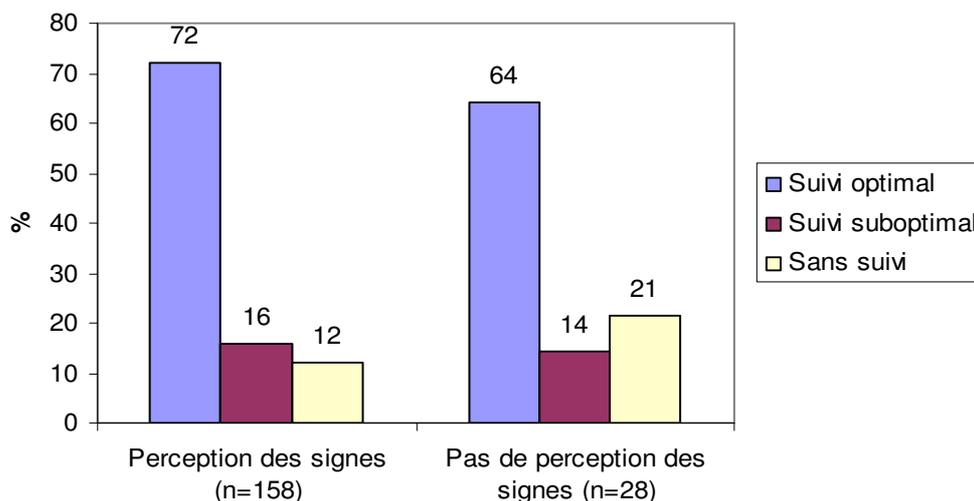
Les résultats montrent que la grossesse reste très majoritairement un projet de couple (82,5% des répondants). A la proposition « autre », on constate que 31% des répondants déclarent que la grossesse était inattendue ce qui ne remet pas forcément en cause le désir de celle-ci, comme par exemple dans le cas des FIV.

B Perception des signes annonciateurs de la grossesse

Tableau 16 : Perception par la femme d'éventuels signes annonciateurs de la grossesse.

Certains signes vous ont fait penser que vous étiez enceinte	n	%
Oui	158	84,9
Non	28	15,1
Total	186	100,0

Lorsqu'on leur demande si elles ont perçu des signes qui ont pu leur fait penser qu'elles étaient enceintes, 85 % des femmes répondent par l'affirmative.



Graphique 14 : Distribution de la qualité du suivi en fonction du fait d'avoir perçu ou non certains signes annonciateurs de la grossesse

L'hypothèse sous-jacente est que les femmes qui n'ont pas perçu de signes annonciateurs de leur grossesse sont plus à risque de ne pas avoir un suivi optimal que les femmes qui ont perçu de tels signes.

Les résultats montrent que malgré quelques légères variations, l'association entre la qualité du suivi de la grossesse et la perception ou non de signes annonciateurs de celle-ci n'est pas statistiquement significative (p global (Monte Carlo) =0,427).

C Sentiments de la mère à la découverte de la grossesse

Tableau 17 : Sentiments ressentis par la mère à la découverte de sa grossesse.

A la découverte de votre grossesse, avez-vous ressenti	n	Oui (%)
Joie	174	90,8
Surprise	139	61,9
Soulagement	129	41,9
Inquiétude	134	41,8
Peur	136	35,3
Contrariété	127	13,4
Tristesse	130	11,5
Colère	128	7,8
Aucun sentiment	100	3,0
Autres sentiments	62	1,6

A nouveau, les mères ont pu choisir plusieurs réponses pour cette question. Il y a dès lors plus de réponses que de femmes répondant.

Les résultats montrent que la joie reste le sentiment majoritairement perçu par les femmes à la découverte de leur grossesse (91%). On observe également que 62 % des femmes témoignent du sentiment de surprise à la découverte de la grossesse alors qu'à la question concernant les conditions de survenue de la grossesse, 31 % d'entre elles ont déclaré qu'il s'agissait d'une grossesse « surprise ». Cette réalité pourrait notamment correspondre aux femmes qui étaient dans un processus de FIV.

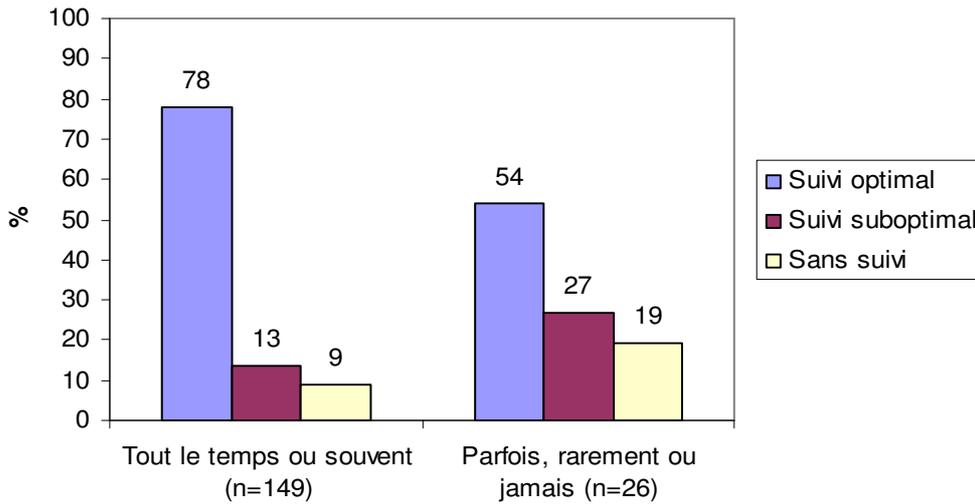
D Soutien reçu par la femme durant sa grossesse

Tableau 18 : Type de soutien reçu par la femme durant la grossesse.

Durant votre grossesse, vous êtes-vous sentie soutenue	n	Tout le temps ou souvent (%)
par votre conjoint	175	149 (85,1)
par votre famille	170	133 (78,2)
par vos amis	157	112 (71,3)
par quelqu'un d'autre	72	18 (25,0)
autre soutien	19	3 (15,8)

L'étude montre que 85 % des femmes ont déclaré qu'elles avaient été souvent ou tout le temps soutenues par leur conjoint, indépendamment de leur état d'union (voir page 20) et près de 80% par leur famille. Les amis semblent également constituer un soutien important (70%).

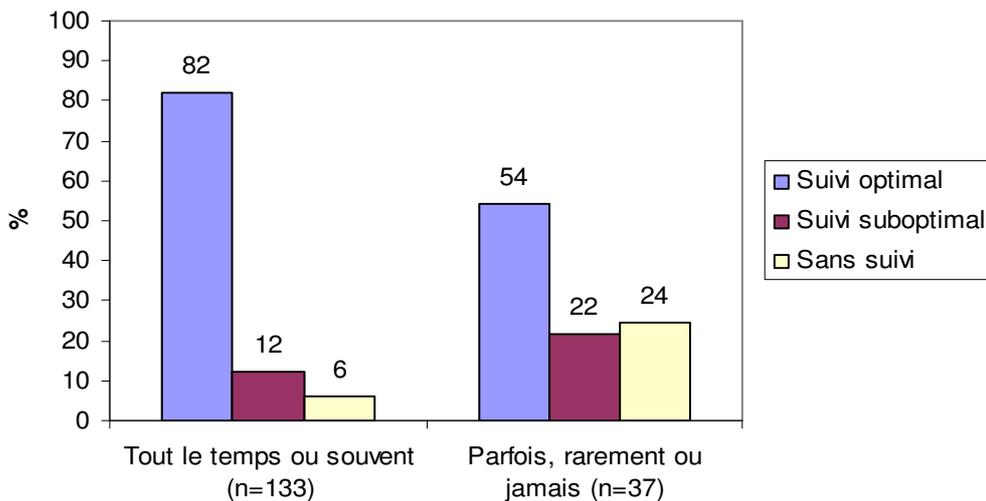
Si on tient compte du nombre de femmes qui déclarent avoir un conjoint, qu'elles vivent en couple ou séparément (n=165), on constate que la grande majorité d'entre elles ont été soutenues de façon fréquente ou permanente par ce dernier (90,3%).



Graphique 15 : Distribution de la qualité du suivi en fonction du soutien du conjoint durant la grossesse.

L'association entre la qualité du suivi de la grossesse et la qualité du soutien que la femme a reçu de son conjoint est statistiquement significative (p global (Monte Carlo) = 0,034). La proportion de femmes avec un suivi optimal est nettement plus élevée parmi les femmes qui ont été « tout le temps ou souvent » soutenue par leur conjoint (78%) que parmi les femmes qui l'ont été « parfois, rarement ou jamais » (54%).

Inversement, les proportions de femmes avec un suivi suboptimal ou sans suivi sont plus faibles parmi les femmes qui ont été « tout le temps ou souvent » soutenue par leur conjoint (respectivement 13% et 9%) que parmi les femmes qui l'ont été « parfois, rarement ou jamais » (respectivement 27% et 19%).



Graphique 16 : Distribution de la qualité du suivi en fonction du soutien familial durant la grossesse.

Le même constat est observé lorsqu'on analyse la qualité du suivi de la grossesse en fonction du soutien apporté par la famille à la femme enceinte et l'association est également statistiquement significative (p de Pearson = 0,001).

6.5 Habitudes de santé des femmes

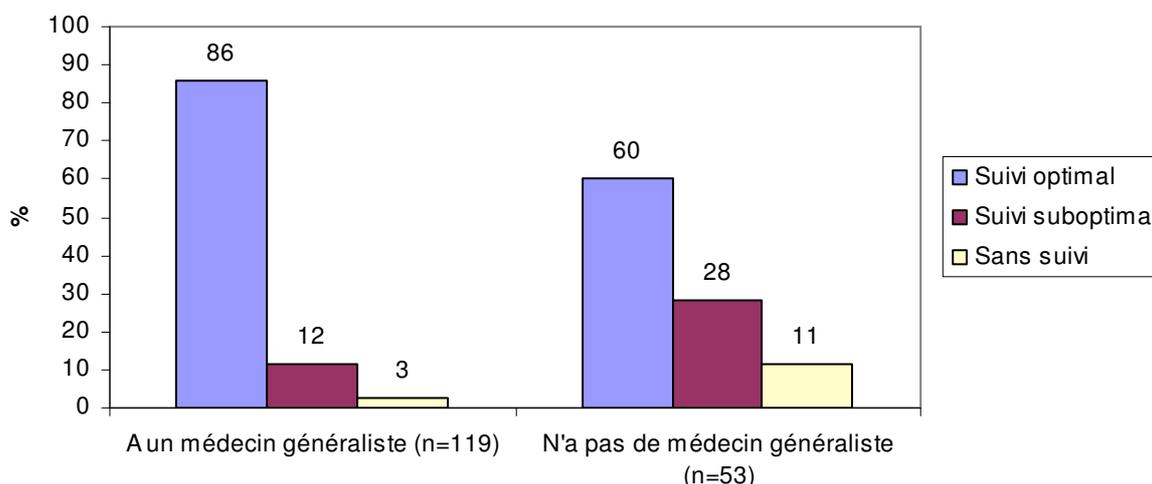
A Médecin généraliste traitant

Les résultats suivants portent sur des questions qui visaient à documenter les habitudes des femmes par rapport à l'utilisation des services de santé. L'hypothèse est que les femmes qui n'utilisent pas en général les services de santé sont plus à risque de ne pas utiliser les services destinés au suivi de la grossesse.

Tableau 19 : Proportion de femmes qui déclarent avoir un médecin généraliste traitant.

Avez-vous un médecin généraliste traitant	n	%
Oui	119	69,2
Non	53	30,8
Total	172	100,0

On constate que 70 % des femmes interrogées déclarent avoir un médecin généraliste traitant.



Graphique 17 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse en fonction du fait que la femme a ou non un médecin généraliste traitant

Il existe une association statistiquement significative entre le fait que la femme déclare avoir ou non un médecin généraliste traitant et la qualité du suivi de la grossesse (P global (Monte Carlo) =0,001).

En effet, 86 % des femmes qui ont déclaré qu'elles avaient un médecin généraliste traitant ont eu un suivi de grossesse optimal tandis qu'elles ne sont que 60% parmi celles qui ont déclaré qu'elles n'en avaient pas. Inversement, les proportions de femmes avec un suivi suboptimal ou sans suivi de grossesse sont plus importantes parmi les femmes qui ont déclaré qu'elles n'avaient pas de médecin généraliste traitant (28% et 11% vs 12% et 3%).

B Utilisation des services de santé

Tableau 20 : Utilisation des services de santé par les femmes, en général.

En général, quand vous êtes souffrante, vous consultez	N ayant répondu à la question	Oui (%)
un médecin généraliste traitant PAS en maison médicale	130	67,7
un service des urgences	130	56,9
un pharmacien	113	47,8
un médecin généraliste traitant en maison médicale	125	42,4
un médecin spécialiste	114	37,7
un membre de votre famille	105	26,7
un médecin généraliste traitant de garde	105	13,3
personne	87	9,2

Lorsqu'on les interroge sur les services de santé qu'elles utilisent lorsqu'elles sont souffrantes, le médecin généraliste qui ne reçoit pas dans une maison médicale est la proposition la plus fréquemment citée (68%). L'utilisation des services d'urgences est également souvent citée (57%) et le recours à aucun service ou professionnel n'est évoqué que dans 9% des cas.

6.6 Le suivi de grossesse

Les résultats suivants apportent des informations quant au nombre de consultations prénatales et d'échographies que la femme a eues durant sa grossesse. Ces informations sont recueillies sur base du dossier médical de la femme ou sur base de son témoignage en l'absence de dossier. Ces informations ont donc été recueillies auprès des 223 femmes incluses.

Des informations ont également été recueillies à propos des services utilisés par la femme pour le suivi de sa grossesse, des normes familiales en matière de suivi de grossesse, de leur connaissance des consultations prénatales organisées gratuitement par l'ONE. Ces informations ont été recueillies uniquement auprès des 189 femmes qui ont accepté de participer à l'étude.

A Nombre de consultations prénatales durant la grossesse

Tableau 21 : Nombre de consultations prénatales (CPN) durant la grossesse.

Nombre de CPN durant la grossesse	n	%
0	14	7,0
1-5	29	14,5
≥ 6	157	78,5
Total	200	100,0

On constate que 79 % des femmes ont eu au moins 6 consultations prénatales durant leur grossesse et que 7% d'entre elles n'en ont eu aucune.

B Nombre d'échographies durant la grossesse

Tableau 22 : Nombre d'échographies durant la grossesse.

Nombre d'échographies durant la grossesse	n	%
< 3	46	24,2
3-4	69	36,3
> 4	75	39,5
Total	190	100,0

En ce qui concerne le nombre d'échographies, on observe que 24 % des femmes ont eu moins de 3 échographies durant sa grossesse et que près de 40 % des femmes ont eu plus de 4 échographies. Ceci est en excédent par rapport aux recommandations du Kennis Centrum – Centre d'expertise (KCE), l'agence belge d'évaluation des technologies de santé (Lodewijck et al, 2004)

C Types de services utilisés pour le suivi de la grossesse

Tableau 23 : Types de services utilisés par les femmes pour le suivi de leur grossesse.

Pour le suivi de votre grossesse, vous avez utilisé les services de	n	Oui (%)
une CPN à prix conventionné	129	63,6
un gynécologue en privé	126	52,4
l'ONE	122	37,7
un médecin généraliste	101	18,8
un planning familial	102	13,7
aucun service	79	6,3
une sage-femme en privé	99	6,1
des services à l'étranger	99	6,1
d'autres services	51	15,7

A cette question, les femmes pouvaient choisir plusieurs possibilités de réponse. On constate que 64% des réponses déclarent avoir utilisé les services d'une consultation prénatale à prix conventionné et qu'1 femme sur 2 (52%) a eu recours au service d'un gynécologue en privé. Près de 40 % des femmes (38%) témoignent qu'elles ont utilisé les services de l'ONE.

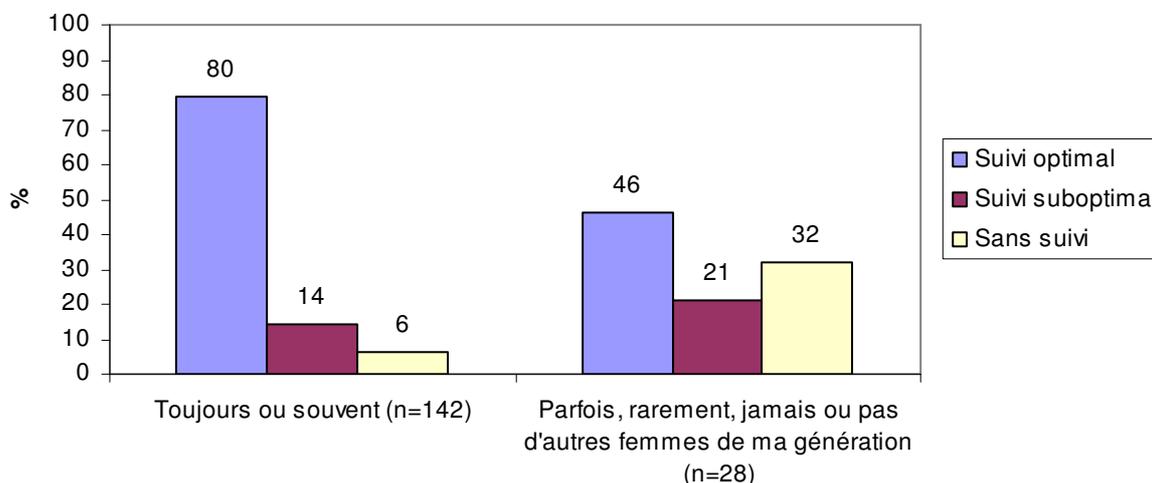
On observe également que pour seulement 6% des réponses il n'y a eu recours à aucun service pour le suivi de grossesse alors que 17% des femmes participant à l'étude ont été identifiées comme n'ayant eu aucun suivi de grossesse (Graphique 1). Cet écart peut être en partie expliqué par le fait que ce n'est pas tant le type de services qu'elles ont utilisé mais plutôt le nombre de fois qu'elles l'ont utilisé qui détermine la qualité du suivi. Ainsi, certaines femmes identifiées comme n'ayant eu aucun suivi prénatal peuvent avoir déclaré utilisé un type de service alors qu'elles ne s'y sont présentées qu'une fois au début ou à la fin de leur grossesse.

D Normes familiales en matière de suivi de grossesse

Tableau 24 : Normes familiales en matière de suivi de grossesse.

Dans votre famille, les femmes de votre génération font-elles suivre leur grossesse par un professionnel de la santé	n	%
Toujours ou souvent	142	83,5
Parfois, rarement, jamais ou il n' y a pas d'autres femmes de ma génération dans ma famille	28	16,5
Total	170	100,0

On constate que 84% des femmes déclarent que les autres femmes de leur génération dans leur famille font suivre « toujours ou souvent » leur grossesse par un professionnel de la santé.



Graphique 18 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse en fonction des normes familiales.

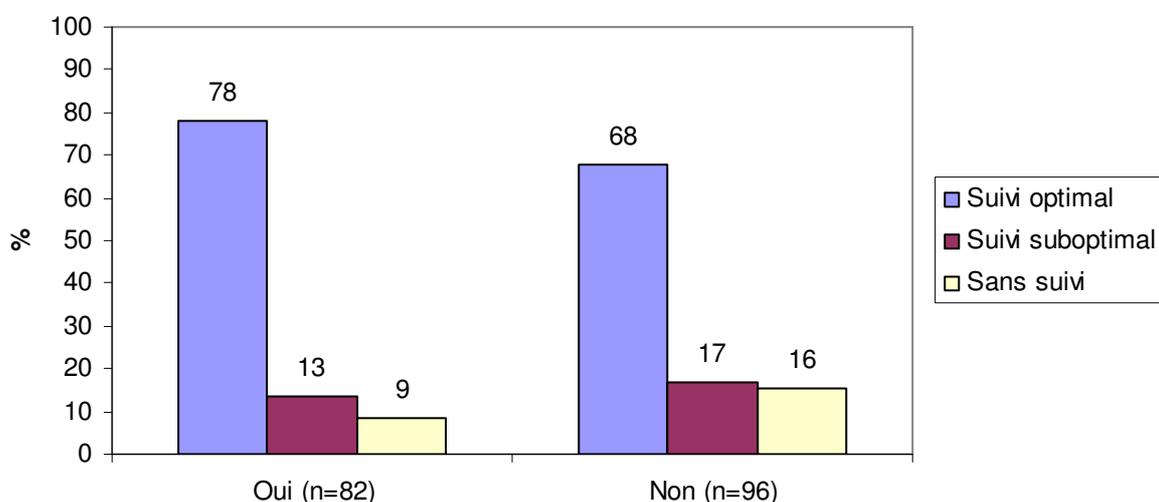
Les résultats montrent que la qualité du suivi de la grossesse varie de manière significative en fonction des normes familiales (P global (Monte Carlo) $<0,001$). La proportion de femmes avec un suivi optimal est très largement supérieure parmi les femmes qui déclarent que les autres femmes de leur famille font « toujours ou souvent » suivre leur grossesse par un professionnel (80%) que parmi celles qui déclarent que les autres femmes le font « parfois, rarement ou jamais » ou qu'il n'y a pas d'autres femmes de leur génération dans leur famille (46%).

E Consultations prénatales gratuites de l'ONE

Tableau 25 : Proportion de femmes qui savent que l'ONE offre des consultations prénatales gratuites.

Savez-vous que l'ONE offre des consultations prénatales gratuites	n	%
Oui	82	46,1
Non	96	53,9
Total	178	100,0

Parmi les femmes interrogées, un peu plus d'une femme sur deux (54%) déclarent ignorer que l'ONE offre des consultations prénatales gratuites.



Graphique 19 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse en fonction du fait que la femme sait ou non que l'ONE offre des consultations prénatales gratuites.

Bien que les proportions de femmes sans suivi de grossesse soient plus importantes parmi les femmes qui déclarent ignorer que l'ONE offre des consultations prénatales gratuites, il n'y a pas d'association significative entre la qualité du suivi et le fait de connaître ou non les services offerts par l'ONE (p de Pearson = 0,25).

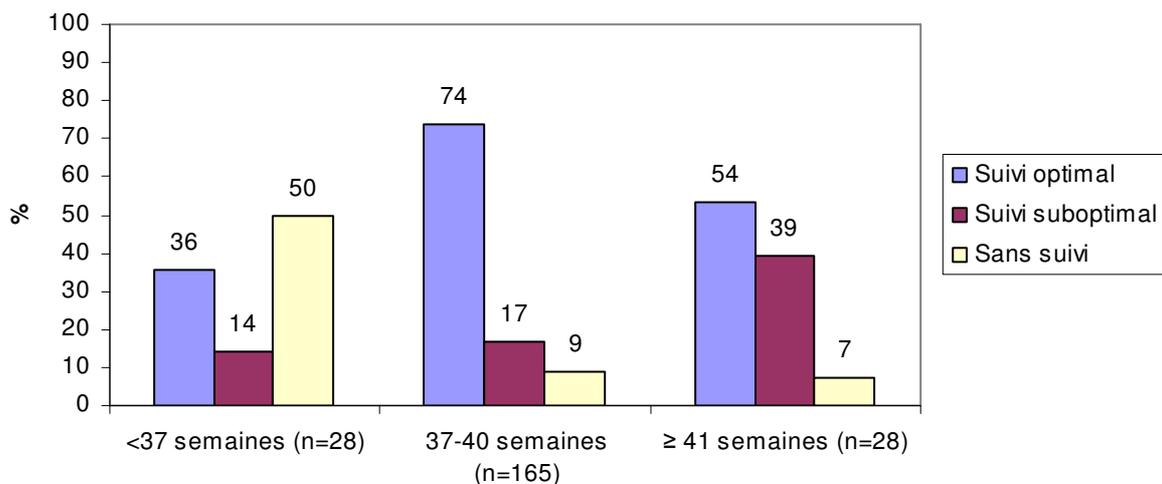
6.7 L'accouchement

A Age de gestation

Tableau 26 : Age de gestation au moment de l'accouchement.

Age de gestation (semaines)	n	%
< 28	4	1,8
28-31	3	1,4
32-36	21	9,5
37-40	165	74,7
≥41	28	12,7
Total	221	100,0

Les données recueillies portent sur les femmes incluses dans l'étude et montrent que la grande majorité d'entre elles (87%) ont accouché après une durée de gestation d'au moins 37 semaines. La prévalence de la prématurité (<37 semaines) est donc de 13 % dans notre échantillon mais celle-ci doit être relativisée car les femmes non suivies sont surreprésentées et le graphique ci-après montre que la proportion de femmes non suivies est plus importante parmi les accouchements prématurés.



Graphique 20 : Distribution de la qualité du suivi en fonction de l'âge de gestation

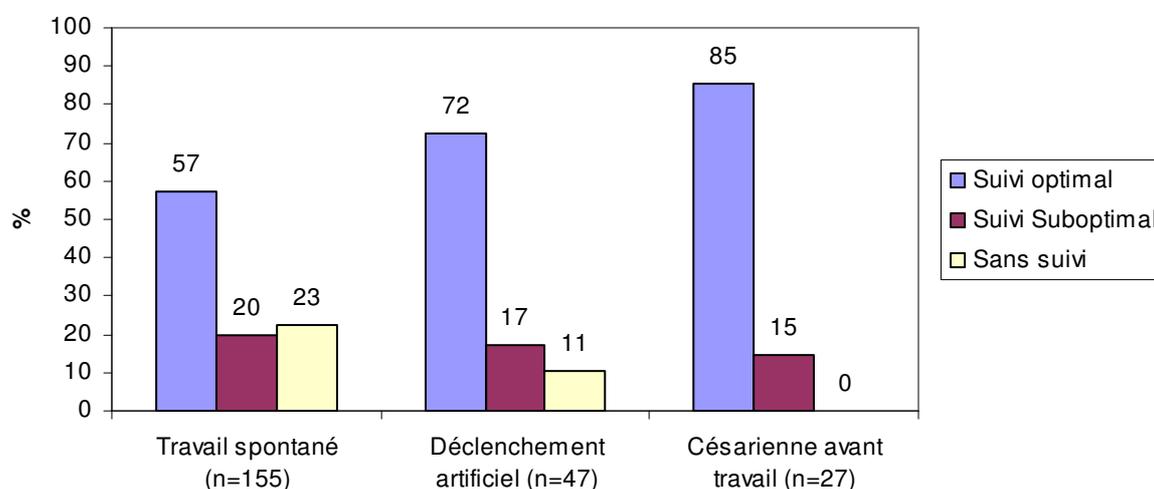
On observe une association statistiquement significative entre la qualité du suivi et l'âge de gestation (p global (Monte Carlo) $<0,001$). La proportion de femmes avec un suivi optimal est plus importante parmi les femmes dont la gestation a duré entre 37-40 semaines (74%). La proportion de femmes avec un suivi suboptimal est plus importante parmi les femmes dont la gestation a duré plus de 41 semaines (39%). Enfin, celle des femmes sans suivi de grossesse est plus importante parmi les femmes dont la durée de gestation est inférieure à 37 semaines (50%).

B Modes de début de travail

Tableau 27 : Modes de début de travail de l'accouchement

	n	%
Travail spontané	155	67,7
Déclenchement artificiel	47	20,5
Césarienne avant travail	27	11,8
Total	229	100,0

Sur l'ensemble de l'échantillon, on constate que pour près de 7 femmes sur 10 (68%), le travail a commencé de manière spontanée. Le travail a été déclenché artificiellement chez 20 % des femmes et une césarienne a été réalisée avant le début du travail auprès de 12 % des femmes.



Graphique 21 : Distribution de la qualité du suivi en fonction du mode de début de travail.

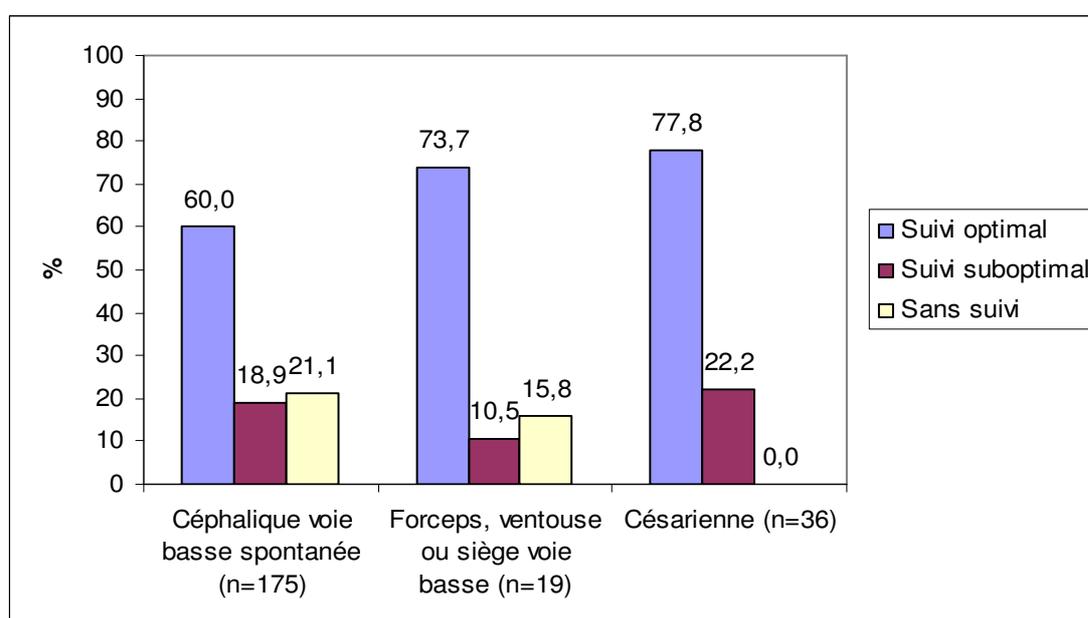
La qualité du suivi de la grossesse est associée de manière significative au mode de début de travail (p de Pearson = 0,016). La proportion de femmes avec un suivi optimal est la plus faible parmi les femmes dont le début du travail s'est fait de manière spontanée (57%) alors que cette proportion est plus élevée (72 %) parmi les femmes dont le travail a été déclenché artificiellement et encore plus élevée (85%) parmi les femmes où une césarienne avant le travail a été réalisée. Les proportions de femmes avec un suivi suboptimal ou sans suivi sont plus importantes parmi les femmes dont le début du travail a été spontané (respectivement 20 % et 23%). Une césarienne avant le début du travail n'a été réalisée chez aucune femme sans suivi de grossesse.

C Modes d'accouchement

Tableau 28 : Modes d'accouchement.

	n	%
Céphalique voie basse spontanée	175	76,1
Forceps ou ventouse si présentation céphalique	17	7,4
Siège voie basse	2	0,9
Césarienne	36	15,7
Total	230	100,0

Sur l'ensemble des femmes identifiées pour l'étude, 76 % d'entre elles ont accouché avec une présentation céphalique par voie basse spontanée et 15% par césarienne.



Graphique 22 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse en fonction du mode d'accouchement.

On observe également une association significative entre la qualité du suivi de la grossesse et le mode d'accouchement (p global (Monte Carlo) =0,017). Les proportions de femmes avec un suivi optimal sont plus importantes parmi les femmes qui ont accouché par césarienne (78%) ou avec des forceps ou ventouse ou avec un siège voie basse (74%) que parmi les femmes qui ont accouché par voie basse spontanée avec un bébé se présentant par la tête (60%).

Les proportions de femmes avec un suivi suboptimal sont plus importantes parmi les femmes qui ont accouché par césarienne (22%) ou par voie basse avec un bébé se présentant par la tête (19%).

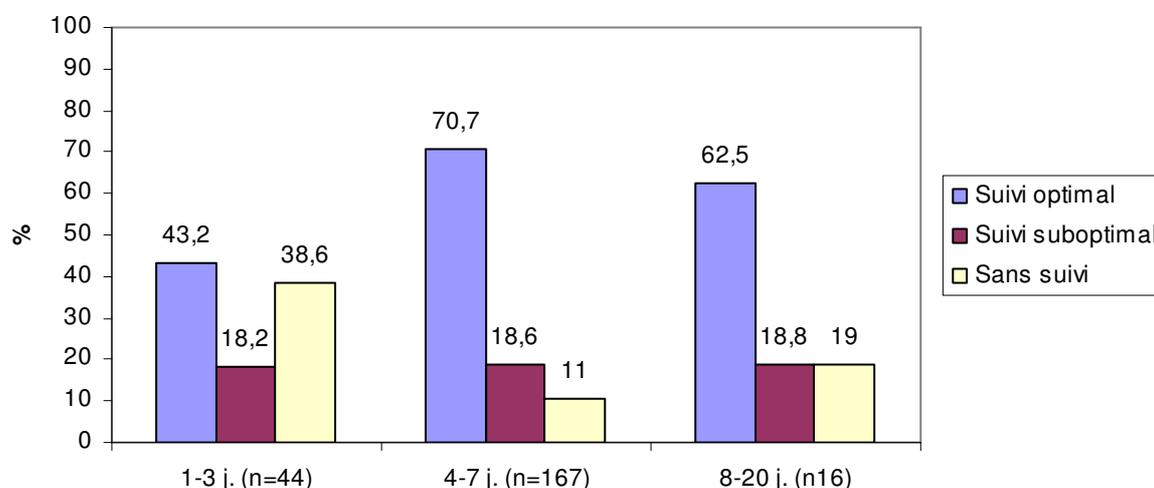
Enfin, la proportion de femmes sans suivi prénatal est plus importante parmi les femmes qui ont accouché par voie basse spontanée et aucune d'entre elles n'a accouché par césarienne.

D Durée du séjour de la mère à la maternité

Tableau 29 : Durée du séjour de la mère à la maternité.

Durée du séjour de la mère à la maternité (jours)	n	%
1-3	44	19,4
4-7	167	73,6
8-20	16	7,0
Total	227	100,0

Parmi les femmes de l'échantillon, 74% d'entre elles sont restées entre 4 et 7 jours à la maternité. Près d'1 femme sur 5 (19%) est restée moins de 4 jours et 7% des femmes sont restées plus de 7 jours.



Graphique 23 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse en fonction de la durée du séjour de la mère à la maternité.

La qualité du suivi de la grossesse est associée de manière significative à la durée du séjour de la mère à la maternité (p global (Monte Carlo) = 0,001). La proportion de femmes avec un suivi optimal est plus importante parmi les femmes qui sont restées entre 4 et 7 jours à la maternité. La proportion de femmes avec un suivi suboptimal est équivalente, quelle que soit la durée du séjour de la mère à la maternité tandis que la proportion de femmes sans suivi prénatal est la plus importante parmi les femmes qui sont restées < 4 jours.

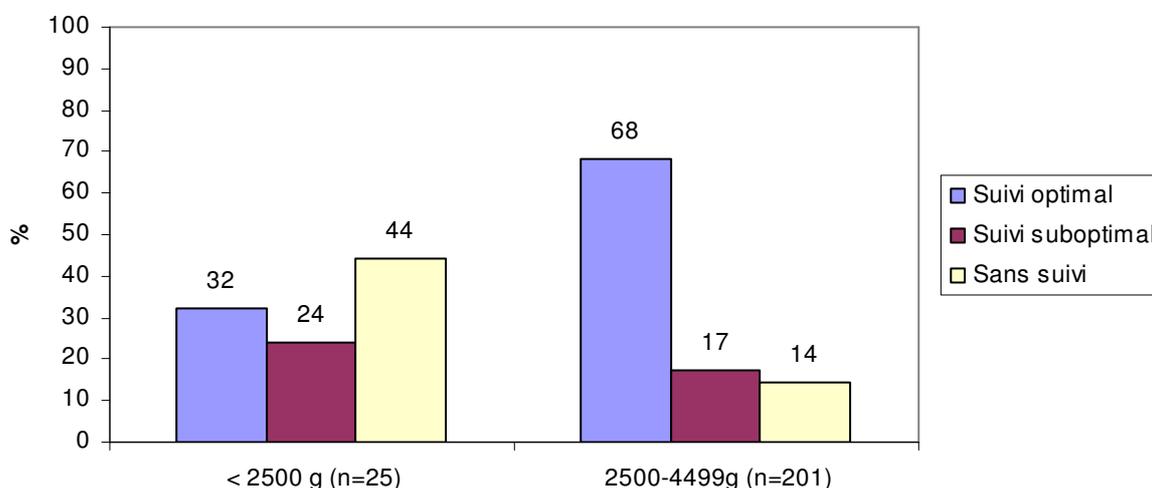
6.8 Le bébé

A Poids du bébé à la naissance

Tableau 30 : Poids de naissance du bébé.

Poids de naissance du bébé	n	%
< 2500 g	25	10,9
2500-4499 g	201	87,8
≥4500 g	3	1,3
Total	229	100,0

On observe que 88% des bébés sont nés avec un poids compris entre 2500 g et 4499 g. 11 % des bébés sont nés avec un poids inférieur à 2500 g.



Graphique 24 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse en fonction du poids du bébé.

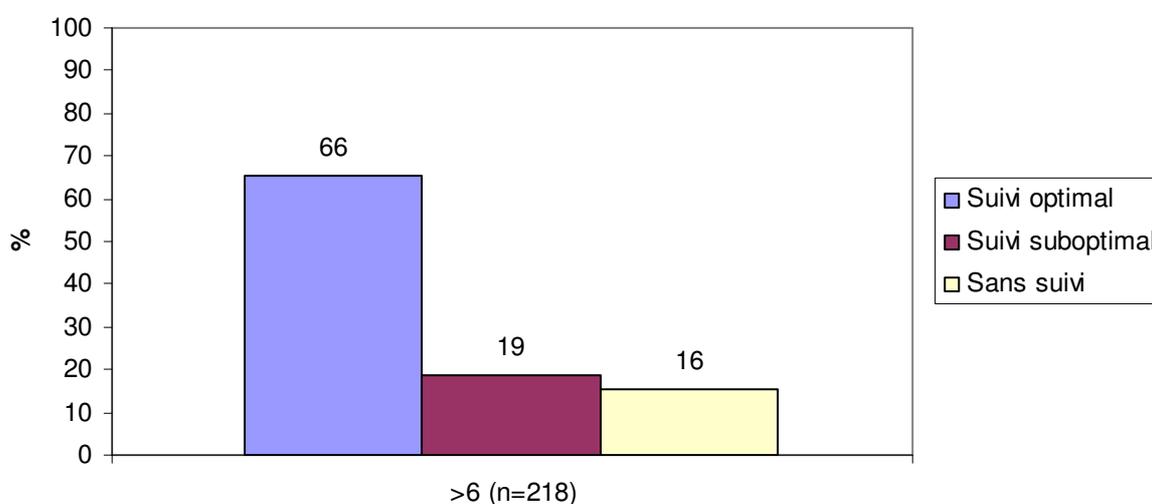
On observe une association significative entre la qualité du suivi de la grossesse et le poids du bébé (p global (Monte Carlo) =0,001). Environ 70 % des femmes qui ont accouché d'un bébé pesant entre 2500g et 4499 g ont eu un suivi optimal et près de 70 % des femmes qui ont accouché d'un bébé pesant <2500 g ont eu un suivi suboptimal (24%) ou aucun suivi de grossesse (44%). En ce qui concerne les bébés dont le poids de naissance est supérieur à 4499 grammes, les effectifs sont très petits ($n=3$). Parmi ces 3 bébés, 2 ont une maman dont le suivi de grossesse a été suboptimal et 1 maman a eu un suivi optimal.

B Apgar à 5 minutes

Tableau 31 : Résultats du test d'Apgar à 5 minutes.

Apgar à 5 minutes	n	%
<3	6	2,6
3-6	3	1,3
>6	218	96,0
Total	227	100,0

On constate que la grande majorité des bébés (96%) ont eu un résultat >6 au test d'Apgar réalisé 5 minutes après la naissance.



Graphique 25 : Distribution de la qualité du suivi de grossesse parmi les bébés dont les résultats au test d'Apgar à 5 minutes sont supérieurs à 6.

La qualité du suivi de la grossesse varie de manière significative en fonction des résultats du test d'Apgar réalisé 5 minutes après la naissance (p global (Monte Carlo) =0,004).

Parmi les bébés qui ont un score d'Apgar supérieur à 6, la majorité d'entre eux (66%) ont une maman qui a eu un suivi de grossesse optimal.

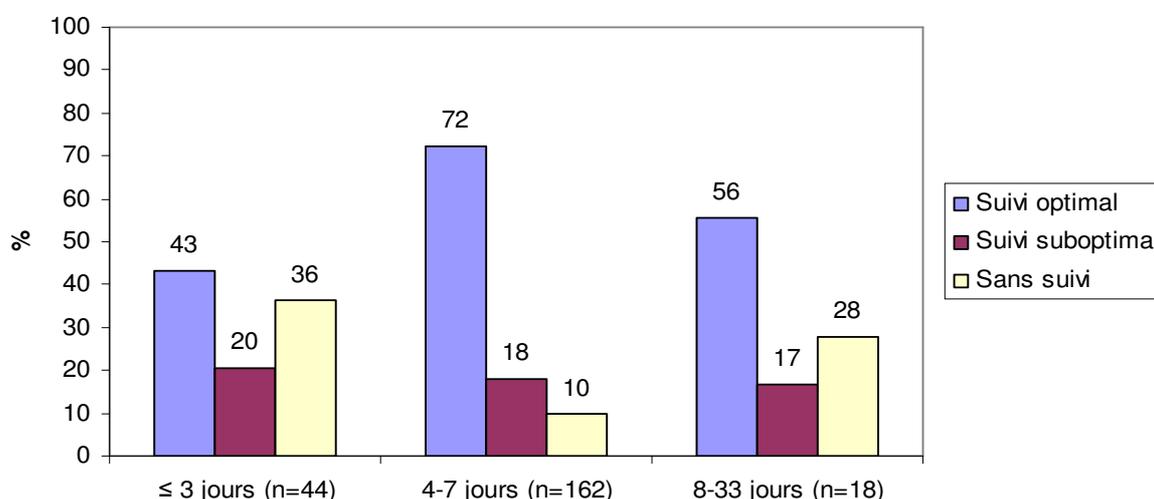
Concernant les bébés qui ont de moins bons résultats (<6), les effectifs sont très faibles ($n=9$). Parmi ces 9 bébés, 6 d'entre eux ont une maman qui n'a pas été suivie durant sa grossesse. Pour 2 bébés, le suivi prénatal de la mère est suboptimal et pour 1 bébé le suivi de grossesse de la maman est optimal.

C Durée du séjour du bébé à la maternité

Tableau 32 : Durée du séjour du bébé à la maternité.

Durée du séjour du bébé à la maternité (jours)	n	%
0	5	2,2
1-3	39	17,4
4-7	162	72,3
>7 (8-33)	18	8,0
Total	224	100,0

On observe que 80% des bébés sont restés au moins 4 jours à la maternité et parmi eux, 72 % des bébés ayant quitté la maternité après 1 semaine et 8 % sont restés plus de 7 jours. 17 % des bébés sont restés entre 1 et 3 jours à la maternité. Les 5 bébés dont la durée du séjour = 0 sont des bébés décédés à la naissance.



Graphique 26 : Distribution de la qualité du suivi de la grossesse en fonction de la durée du séjour du bébé à la maternité.

On observe une association statistiquement significative entre la qualité du suivi de la grossesse et la durée du séjour du bébé (p global (Monte Carlo) $<0,001$). Parmi les bébés qui ont séjourné entre 4 et 7 jours, 72% des femmes ont eu un suivi de grossesse optimal. Cette proportion est plus faible parmi les bébés dont le séjour a été inférieur à 4 jours (43%) ou supérieur à 7 jours (56%). Enfin, une femme sur deux dont le bébé a séjourné moins de 4 jours a eu soit un suivi suboptimal (21%), soit n'a pas été suivie durant sa grossesse (31%).

6.9 Perception des mères par rapport au suivi de grossesse.

Les femmes ont également été interrogées sur leurs perceptions par rapport à la nécessité de faire suivre sa grossesse et au nombre de consultations nécessaires.

A Consulter durant la grossesse, une bonne chose ?

Tableau 33 : Répartition des femmes selon qu'elles considèrent que c'est une bonne chose de consulter ou non durant la grossesse.

Bonne chose de consulter durant la grossesse	n	%
Oui	175	96,7
Non ou ça dépend	6	3,3
Total	181	100,0

On observe que la quasi-totalité des femmes (97%) considèrent que c'est une bonne chose de consulter durant la grossesse.

Bonne chose de consulter durant la grossesse	n	Qualité du suivi			Total (%)
		Optimal (%)	Suboptimal (%)	Sans (%)	
Oui	175	74,3	15,4	10,3	100,0
Non ou ça dépend	6	16,7	0,0	83,3	100,0

p global (Monte Carlo) <0,001

De manière relativement cohérente, on remarque que la proportion de femmes sans suivi prénatal est nettement plus élevée parmi les femmes qui considèrent que ce n'est pas une bonne chose de consulter durant la grossesse ou que cela dépend des cas (83%). On remarque également que 25% des femmes qui considèrent que c'est une bonne chose de consulter durant la grossesse n'ont pas eu un suivi optimal durant leur grossesse.

B Quand faut-il consulter la 1^{ère} fois ?

Tableau 34 : Opinion des femmes sur le moment où il faut consulter la 1^{ère} fois.

Selon vous, quand faut-il consulter la 1 ^{ère} fois	n	Oui (%)
Dès qu'on sait qu'on est enceinte	173	93,6
Si on est inquiet	113	40,7
Quand on est malade	112	32,1
Après quelques mois	107	23,4
Quand le bébé bouge	104	15,4
Autre	40	12,5
Je ne sais pas	86	4,7

La grande majorité des femmes interrogées (94%) considèrent que la 1^{ère} consultation doit avoir lieu dès que la femme sait qu'elle est enceinte. 4 femmes sur 10 considèrent que cette 1^{ère} consultation doit se faire si on est inquiet. Le recours à une liste de propositions non exclusives a pu induire une disparition de la notion de « 1^{ère} fois » au profit d'une objectivation des moments où il faut consulter (qu'il s'agisse de la 1^{ère} fois ou non).

C Nombre de consultations nécessaires durant la grossesse

Tableau 35 : Répartition des femmes selon le nombre de consultations prénatales qu'elles considèrent nécessaires durant la grossesse.

Combien de fois faut-il consulter durant la grossesse	n	Oui (%)
Autant de fois que le médecin le dit	127	82,7
Chaque fois qu'on en a besoin	113	77,0
Environ 10 fois	119	71,4
Environ 5 fois	101	59,4
Au moins 1 fois	94	57,4
Au moins 3 fois	95	56,8
Au moins 2 fois	93	52,7
Plus de 10 fois	104	47,1
Je ne sais pas	56	17,9

On remarque que si l'avis du médecin est reconnu par plus de 80 % des femmes pour définir le nombre de consultations nécessaires, près de 80% estiment que le nombre des consultations est également fonction des besoins de la femme. Les femmes considèrent majoritairement (71%) qu'environ 10 consultations sont nécessaires.

On relève qu'un peu plus d'1 femme sur 2 (57%) considèrent qu'il faut consulter au moins 1 fois durant la grossesse.

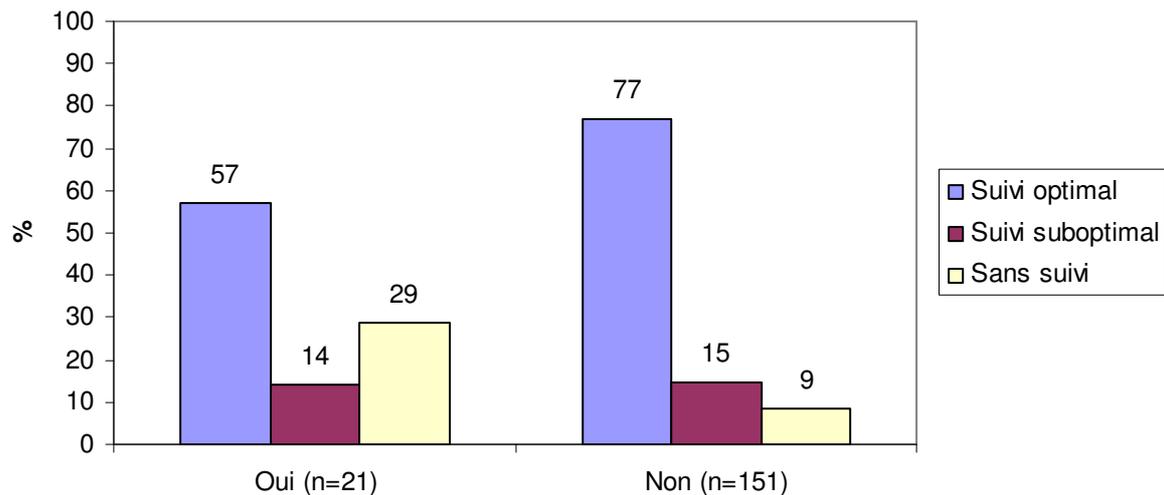
On note également que près d'1 femme sur 5 (18 %) ne savent pas se positionner par rapport au nombre de consultations nécessaires durant la grossesse.

D Compétences de la famille ou des amis

Tableau 36 : Reconnaissance par les femmes d'une compétence chez les membres de la famille ou chez les amis pour le suivi de la grossesse.

Compétence de la famille ou des amis pour le suivi de la grossesse	n	%
Oui	21	12,2
Non	151	87,8
Total	172	100,0

Une hypothèse pouvant expliquer que certaines femmes n'ont pas recours aux services de santé pour le suivi de leur grossesse serait qu'elles trouvent parmi leur famille ou leurs amis des personnes qu'elles jugent aussi compétentes que des professionnels de la santé pour assurer ce suivi. Les résultats montrent que la majorité des femmes (88%) ne considèrent pas que les membres de la famille ou les amis peuvent avoir ce type de compétences.



Graphique 27 : Distribution de la qualité du suivi selon que les mères estiment ou non que des membres de la famille ou des amis peuvent être aussi compétents que des professionnels pour le suivi de la grossesse

La qualité du suivi de la grossesse varie de manière significative selon que les femmes considèrent ou non que leur entourage peut être aussi compétent que les professionnels de la santé pour suivre une grossesse (p global (Monte Carlo) = 0,02). La proportion de femmes avec un suivi optimal est plus importante parmi les femmes qui ne reconnaissent pas ce type de compétences à leur entourage (77%) que parmi celles qui le reconnaissent (57%).

On observe également que la proportion de femmes avec un suivi suboptimal ne varie pas beaucoup entre les deux groupes mais que la proportion de femmes sans aucun suivi est plus importante parmi les femmes qui reconnaissent ces compétences à leur entourage (29%) que parmi celles qui ne les reconnaissent pas (9%).

E Utilités des consultations prénatales, des professionnels qui les assurent

Plusieurs questions visaient à explorer les représentations que les mères avaient éventuellement sur les consultations prénatales, leurs utilités ainsi que sur les professionnels qui assureraient ces consultations.

Tableau 37 : Opinion des mères sur les consultations prénatales

Avis des mères sur les CPN	n	D'accord (%)
Elles sont utiles	176	168 (95,5)
Elles sont indispensables	171	139 (81,3)
Elles coûtent trop cher	161	40 (24,8)
Elles sont trop courtes	162	32 (19,8)
Il n'y a pas assez de CPN	160	26 (16,3)
Je ne savais pas que ça existait	105	12 (11,4)
Il y a trop de CPN prévues au cours de la grossesse	163	14 (8,6)
C'est une forme de contrôle qui peut vous apporter des ennuis avec les services d'immigration	148	9 (6,1)
C'est une forme de contrôle qui peut vous apporter des ennuis avec les services sociaux	150	6 (4,0)

La grande majorité des mères considèrent que les consultations prénatales sont très utiles (96%) et qu'elles sont indispensables (81%). 1 mère sur 4 estime (25%) qu'elles coûtent trop cher et 1 mère sur 5 (20%) que les consultations sont trop courtes.

On relève également que 11% des femmes déclarent qu'elles ne connaissaient pas l'existence de ces consultations. Enfin, en ce qui concerne les représentations des consultations prénatales en termes de contrôle, 6% des femmes considèrent qu'une consultation prénatale peut être en lien avec les services d'immigration et 4% avec les services sociaux.

Tableau 38 : Opinion des mères sur l'utilité des consultations prénatales.

Utilités des CPN selon les mères	n	D'accord (%)
A s'assurer que le bébé se développe bien	179	171 (95,5)
A s'assurer que vous allez bien	178	163 (91,6)
A vous rassurer si vous êtes inquiète	147	122 (83,0)
A obtenir des informations sur les besoins du bébé durant la grossesse	177	140 (79,1)
A s'informer pour adopter de meilleurs comportements de santé durant la grossesse	173	135 (78,0)
A obtenir des informations sur l'accouchement	176	126 (71,6)
A trouver quelqu'un avec qui on peut parler de la grossesse	172	104 (60,5)
A obtenir des informations sur les besoins du bébé après l'accouchement	175	87 (49,7)
A obtenir une aide dans les formalités à remplir	174	81 (46,6)
Autre	17	2 (11,8)
A rien	127	4 (3,1)

Les missions que les femmes attribuent aux consultations prénatales sont principalement :

- De s'assurer du bon développement du bébé (96%)
- De s'assurer du bon état de santé de la mère (92%)
- De rassurer la femme lorsqu'elle est inquiète (83%)
- D'obtenir des informations sur les besoins du bébé durant la grossesse (79%)
- D'informer la femme sur les meilleurs comportements de santé à adopter durant la grossesse (78%).

Tableau 39 : Opinion des mères sur les professionnels qui assurent les consultations prénatales

Avis des mères sur les professionnels qui assurent les CPN	n	D'accord (%)
Ils prennent soin de la santé du bébé	174	161 (93,0)
Ils répondent à vos questions	172	159 (92,4)
Ils prennent soin de votre santé	160	147 (92,0)
Ils vous donnent des conseils	172	157 (91,3)
Ils s'expriment avec un vocabulaire difficile à comprendre	165	21 (12,7)
Ils n'ont jamais beaucoup de temps à vous accorder	167	21 (12,6)
Ils ne tiennent pas compte de ce que vous dites	166	11 (6,6)
Ils vous jugent	162	6 (3,7)

Une large majorité des femmes déclarent que les professionnels qui assurent les consultations prénatales :

- Prennent soin de la santé du bébé (93%)
- Répondent aux questions de la femme (92%)
- Prennent soin de la santé de la femme (92%)
- Donnent des conseils (91%).

On observe malgré tout qu'un peu plus d'1 femme sur 10 considère que les professionnels des consultations prénatales utilisent un vocabulaire difficile et n'ont pas beaucoup de temps à leur accorder. Une faible minorité témoigne qu'ils ne tiennent pas compte de ce qu'elles disent (7%) et qu'ils les jugent (4%).

Tableau 40 : Opinions des mères sur les freins qui peuvent amener une femme à ne pas faire suivre sa grossesse par un professionnel de la santé.

Propositions	n	D'accord (%)
Elle n'a pas de couverture de soins de santé	155	84 (54,2)
Elle ne sait pas qu'il faut consulter	159	85 (53,5)
Ca coûte trop cher	157	77 (49,0)
Elle a peur des services sociaux	156	76 (48,7)
Elle a peur car elle est en situation irrégulière	158	73 (46,2)
Elle ne sait pas où consulter	161	69 (42,9)
Elle a peur qu'on l'incite à avorter	156	61 (39,1)
Elle n'a personne pour garder les enfants	159	55 (34,6)
Elle ne parle pas bien le français	161	55 (34,2)
Elle estime que ce n'est pas nécessaire	160	53 (33,1)
Ce n'est pas toujours le même professionnel qui la reçoit	161	53 (32,9)
Elle n'a pas de moyen de transport	160	51 (31,9)
C'est difficile d'obtenir un rendez-vous rapidement	160	49 (30,6)
Elle n'aime pas les médecins	160	45 (28,1)
Les horaires de la consultation ne lui conviennent pas	161	43 (26,7)
Elle a peur des examens médicaux	163	43 (26,4)
Son mari estime que ce n'est pas nécessaire	157	41 (26,1)
Sa famille estime que ce n'est pas nécessaire	158	41 (25,9)
Elle a peur d'être jugée par des professionnels	154	39 (25,3)
Elle a des problèmes familiaux	161	40 (24,8)
Elle rencontre des difficultés dans son couple	158	39 (24,7)
La consultation est loin de chez elle	161	35 (21,7)
Il faut attendre longtemps dans la salle avant la consultation	161	28 (17,4)
Elle est trop fatiguée	159	22 (13,8)
Autre	17	2 (11,8)

Lorsqu'on les interroge sur les freins qui pourraient empêcher une femme enceinte de s'inscrire dans une démarche de suivi optimal de leur grossesse, l'obstacle qui semble le plus reconnu par les femmes interrogées concerne l'absence de couverture de soins de santé pour la femme enceinte (54%) et le fait que la femme enceinte ignore qu'il est important de consulter pour faire suivre sa grossesse (54%). Le coût des consultations (49%), la peur des services sociaux (49%) ou de l'immigration (46%) sont également identifiés comme des freins potentiels quant au suivi prénatal.

G Motivations

Tableau 41 : Opinions des mères sur ce qui peut motiver une femme à faire suivre sa grossesse par un professionnel de la santé.

Propositions	n	D'accord (%)
Avoir un bébé en bonne santé	177	165 (93,2)
Si la grossesse est difficile, s'il y a des complications	168	148 (88,1)
Pour apprendre à préserver sa santé (celle de la mère)	170	147 (86,5)
Pour adopter de meilleurs comportements de santé	169	144 (85,2)
Pour obtenir des informations sur l'accouchement	171	142 (83,0)
Par peur d'avoir un problème si la grossesse n'est pas suivie	170	140 (82,4)
Si un professionnel l'y encourage	165	102 (61,8)
Pour pouvoir parler avec quelqu'un de sa grossesse	168	103 (61,3)
Si son conjoint l'y encourage	163	92 (56,4)
Pour connaître la personne qui va l'accoucher	166	88 (53,0)
Si sa famille l'y encourage	164	84 (51,2)
Si ses amis l'y encouragent	160	76 (47,5)
Autres motivations	14	3 (21,4)

Lorsqu'on les interroge sur ce qui peut motiver une femme enceinte à faire suivre sa grossesse, les motivations principales sont :

- le fait d'avoir un bébé en bonne santé (93%)
- une grossesse difficile, des complications (88%)
- le désir des femmes enceintes d'apprendre à préserver leur santé (87%)
- leur désir d'obtenir des informations sur l'accouchement (83%)
- et la crainte de rencontrer des problèmes si la grossesse n'est pas suivie (82%)

H Améliorations

Tableau 42 : Propositions en vue d'améliorer l'utilisation des consultations de suivi prénatal.

Propositions	n	D'accord (%)
Mieux informer les femmes des services offerts par l'ONE (CPN gratuites)	165	149 (90,3)
Mieux informer les femmes sur l'utilité des CPN	160	136 (85,0)
Mieux informer les femmes sur l'obligation du secret professionnel	158	129 (81,6)
S'assurer qu'elle puisse avoir un RDV à la consultation du gynécologue de leur choix	160	130 (81,3)
Mieux informer les femmes sur la localisation des CPN	163	131 (80,4)
Proposer un système de garde gratuit des enfants durant la CPN	160	119 (74,4)
Aménager les heures de consultations	163	104 (63,8)
Réduire les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous	163	104 (63,8)
Organiser les services pour limiter la distance entre le domicile et la CPN	157	100 (63,7)
Réduire les délais d'attente dans la salle d'attente	163	96 (58,9)
Proposer des transports gratuits domicile-CPN-domicile	164	96 (58,5)
Proposer des consultations prénatales à domicile	162	92 (56,8)

Lorsque les femmes sont interrogées sur les actions qui pourraient être développées pour augmenter l'utilisation des consultations de suivi prénatal, les améliorations principalement évoquées sont :

- de mieux informer les femmes sur les services offerts par l'ONE (90%), sur l'utilité des consultations prénatales (85%), sur l'obligation pour les professionnels de la santé qui assurent ces consultations de respecter le secret professionnel (82%), sur la localisation des consultation (80%)
- de s'assurer que les femmes enceintes puissent avoir un rendez-vous avec le gynécologue de leur choix (81%)
- la proposition d'un système de garde gratuit des enfants durant la consultation a également été choisie par près de 3 femmes sur 4 (74%).

I Histoires de vie des femmes sans suivi prénatal

Tableau 43 : Propositions de scénario pouvant expliquer pourquoi la mère n'a pas fait suivre sa grossesse (aucun suivi).

Propositions	n	D'accord (%)
Je savais que j'étais enceinte, et je savais qu'on s'attend à ce que les femmes enceintes aillent à la CPN. J'aurais voulu y aller, mais ma vie personnelle était trop compliquée à ce moment là (par exemple drogue, maladie psychiatrique, conflit conjugal).	19	36,8
Je ne savais pas que j'étais enceinte , je n'avais donc aucune raison de me faire suivre durant la grossesse	22	27,3
Je savais que j'étais enceinte et je savais qu'ici c'est considéré « normal » de consulter pour se faire suivre durant la grossesse, mais personnellement je trouve que les consultations prénatales ne servent à rien ou ne servent pas à grand-chose	19	21,1
Je savais que j'étais enceinte et qu'ici c'est considéré « normal » de consulter pour se faire suivre durant la grossesse, mais je suis en situation irrégulière et j'avais peur qu'on me dénonce au service d'immigration	19	15,8
Je savais que j'étais enceinte mais je ne savais pas qu'ici c'est considéré « normal » de se faire suivre durant la grossesse	23	13,0
Je savais que j'étais enceinte et qu'ici c'est considéré « normal » de consulter pour se faire suivre durant la grossesse, mais j'avais peur qu'on essaie de m'influencer pour me convaincre d'avorter	18	11,1
Je savais que j'étais enceinte, et je savais qu'on s'attend à ce que les femmes enceintes consultent pour se faire suivre durant la grossesse. Mais je ne savais pas comment utiliser les services (par exemple parce que je suis illégale, primo arrivante, ne parle pas de langues, ne sait pas lire).	19	10,5
Je savais que j'étais enceinte et qu'ici c'est considéré « normal » de consulter pour se faire suivre durant la grossesse, mais je suis dans une situation difficile et j'avais peur que les services sociaux veuillent prendre mon bébé.	19	10,5
J'étais à l'étranger	21	9,5
Je savais que j'étais enceinte et qu'ici c'est considéré « normal » de consulter pour se faire suivre durant la grossesse, mais je trouve que les consultations ne répondent pas à mes besoins	18	5,6
Je savais que j'étais enceinte, et je savais qu'on s'attend à ce que les femmes enceintes consultent pour se faire suivre durant la grossesse. J'ai choisi de ne pas y aller parce que j'étais certaine que l'équipe soignante m'agresserait sur des points qui ne les regardent pas (par exemple : mon souhait de ne pas faire le test de dépistage du mongolisme, le bien-fondé de faire un bébé quand on est adolescente ou des relations antérieures avec le Service Aide à la Jeunesse)	20	5,0
J'ai dû attendre plusieurs mois avant d'avoir un rendez-vous chez mon gynécologue	20	5,0
Autre	5	20,0

Cette question n'était destinée qu'aux femmes sans aucun suivi de grossesse (n=40) et qui étaient incluses dans l'étude (n=36) ce qui explique les faibles effectifs de réponses.

On constate que les scénarii le plus fréquemment évoqués par ces femmes sont celui où elles rencontrent des difficultés trop importantes dans leur vie personnelle (37%) et celui où elles ignorent qu'elles sont enceintes (27%).

21 % des femmes interrogées témoignent également qu'elles étaient conscientes de leur grossesse, qu'elles connaissaient la norme qui veut qu'une femme enceinte fasse suivre sa grossesse mais qu'elles estiment personnellement que les consultations prénatales ne servent à rien ou ne servent pas à grand-chose. Près de 16 % des femmes interrogées ont également témoigné de leur situation irrégulière et de leur crainte des services d'immigration.

7 Discussion

Les données obtenues par l'enquête sont étonnamment riches et diverses. Dans une certaine mesure, elles ne simplifient pas la tâche impartie au départ : améliorer l'accessibilité et l'utilisation de la consultation prénatale. Elles méritent toutefois une réflexion pour chercher à faire des propositions concrètes.

7.1 Principales constatations

Les femmes enceintes avec un suivi suboptimal, et aussi celles qui n'ont pas de suivi se recrutent dans une population vulnérable et présentent des caractéristiques différentes de la population bien suivie, même en mettant un seuil très bas au concept de bien suivie, et même en recrutant les contrôles dans des maternités à vocation sociale.

Malgré un échantillon de faible taille, la répartition des femmes peu ou pas suivies différaient statistiquement des femmes bien suivies par l'âge, par la situation de couple, par la nationalité à la naissance, par la langue, par l'inscription au registre de la population. Pour chacune de ces caractéristiques, les femmes peu ou pas suivies se retrouvent dans des caractères de vulnérabilité augmentée : jeune âge et âge avancé, femmes seules, non originaires de Belgique, langue maternelle autre que le français ou le flamand, demandeurs d'asile ou en séjour illégal.

De manière quasiment prévisible, les mêmes répartitions s'observent pour les issues de grossesse : décès, prématurité, séjour néonatal. A titre d'exemple, parmi les 6 décès périnataux, 1 seul se retrouve chez les femmes bien suivies, qui cependant constituent les deux tiers de l'échantillon.

Ces constats ne sont pas neufs, même s'ils s'observent de manière particulièrement importante dans notre échantillon. Ce qui est moins connu, c'est la différence de profil entre les « non suivies » et les suivies sub-optimales.

Les femmes avec un suivi sub-optimal sont largement issues de l'immigration, peu instruites, parlant une autre langue à la maison, en séjour irrégulier, avec des grossesses qui dépassent plus souvent le terme, des bébés macrosomes, et une proportion accrue de femmes de plus de 40 ans.

Les femmes totalement non suivies ont des caractéristiques différentes, moins de support familial, moins de médecin généraliste, plus de recours à des soins par un non professionnel. Leurs issues de grossesse sont moins favorables : plus d'asphyxie néonatale, plus de séjours au néonatal, plus de prématurité et aucune césarienne.

Le processus de « non suivi » tel que la femme le décrit est multiforme. Toutefois certaines réponses sont interpellantes, même sur un échantillon de 40 femmes. 20% des femmes disent ignorer qu'elles étaient enceintes et beaucoup cumulent des difficultés existentielles.

7.2 Forces et faiblesses de l'étude

La principale force de la présente étude réside dans la richesse des concepts qu'elle amène, liée à la richesse du questionnaire. La plupart des études identifiées recherche un très petit nombre de facteurs, ou alors utilise des méthodes purement qualitatives avec une validité externe amoindrie. La deuxième grande force est la modalité de recrutement, qui amène un échantillon valide, certainement pour les suivis optimaux et suboptimaux. Pour les « non suivies », l'absence de cas dans certaines maternités pose la question de l'exhaustivité de l'enregistrement. La troisième force est la mise en évidence de différences importantes entre les femmes non suivies et les femmes avec un suivi suboptimal. Une dernière force est d'avoir revu à la baisse les estimations de l'AIM en matière de femmes non suivies. L'AIM a considéré comme non suivie, toute femme pour qui aucun acte (consultation, prise de sang, échographie) n'a été facturé pendant la grossesse, mettant l'estimation à 2% des grossesses à Bruxelles. Notre enquête a montré qu'il s'agit là d'une surévaluation. Au contact des patientes dans les hôpitaux, il semble exister un circuit parallèle notamment pour les consultations et les échographies, souvent pratiquées dans le privé, parfois même à un prix social, mais sans que ne soit donné d'attestation de soins donnés. Le volume de notre étude ne nous permet pas de quantifier ce phénomène. Pour les prises de sang, il peut arriver semble-t-il qu'une amie complaisante « prête » sa carte SYS.

L'étude présente quelques faiblesses, inhérentes en partie à des moyens limités. La première a trait à l'exhaustivité de l'enregistrement des « non suivies ». Apparemment 38 sur 53 maternités n'auraient eu aucune « non suivie » en 6 mois. Pour toutes ces maternités un contact a été tenté soit avec le médecin chef soit avec la sage-femme chef. Ces contacts n'ont pas toujours été fructueux, tout comme les questionnaires maternités sont encore manquants pour la moitié des maternités.

Une deuxième faiblesse a trait au fait que les réponses aux questions concernant la motivation à consulter sont peu discriminantes. En effet, dans la mesure où les questions étaient non mutuellement exclusives, beaucoup de femmes ont répondu « oui » à plusieurs options. Une troisième limitation, nous l'espérons temporaire, est qu'un certain nombre d'items n'ont pas été explorés. Par ailleurs, il a été décidé arbitrairement de considérer que les caractéristiques des personnes constituaient la variable indépendante, et que la variable dépendante était le type de suivi, mais l'analyse pourrait conceptuellement se faire en inversant, ce qui serait peut-être plus parlant.

Finalement, la démarche de collaboration proactive avec l'équipe de Liège qui travaillait elle sur les soignants, s'est mise en place assez tardivement, ce qui limite aussi la possibilité de fournir des réponses résultant de la synthèse des deux recherches.

7.3 Comparaison à d'autres études

Quatre grands thèmes seront abordés : 1) l'association entre soins suboptimaux et issues de grossesse défavorable ; 2) les caractéristiques des femmes mal suivies et les hypothèses explicatives concernant leur non utilisation des services ; 3) Les perceptions et suggestions des femmes concernant le suivi prénatal, 4) La quantification du suivi sub-optimal.

La recherche bibliographique a été limitée à une mise à jour pour ceux des pays occidentaux disposant d'un système de gratuité d'accès aux soins prénataux, et uniquement pour les deux années écoulées depuis la soumission de la demande de crédits pour Agnès, qui contenait déjà une revue sur ce thème.

7.4 Issues de grossesse défavorables

Quatre nouvelles études confirment l'augmentation de risque de mortalité, prématurité, retard de croissance, etc. chez les femmes avec un suivi absent ou suboptimal, au Canada (Heaman et al, 2008), en Italie (Nobile et al, 2007) au Pays Bas (Goedhart et al, 2008) et même en Finlande (Raatikainen et al, 2007). Ces deux dernières études ont identifié en outre un risque accru de chorioamnionite et d'infection grave maternelle et fœtale. Même après multiples ajustements, l'excès de risque persiste avec la possibilité qu'il s'agisse d'un risque comportemental surajouté.

7.5 Les caractéristiques des femmes mal suivies et les hypothèses explicatives.

La plupart des caractéristiques que nous avons dégagées en concertation avec l'équipe de Liège dans la première phase ont été confirmées dans notre étude mais aussi dans les publications déjà citées : mère adolescente, niveau d'instruction faible, nationalité, langue. Certains facteurs non significatifs ou non encore analysés dans Agnès sont présents dans les études reprises plus haut : grossesse accidentelle, grande multiparité, tabac, utilisation de substances illicites. D'autres facteurs de risque de non utilisation des services ont été identifiés dans ces publications : l'obésité, la dépression, le lieu de résidence, l'hyper-symptomatologie (high symptom distress), l'absence du père à la consultation. Concernant les femmes qui rapportent ne pas avoir su qu'elles étaient enceintes, le problème est largement débattu actuellement sous la thématique du déni de grossesse et des grossesses cachées.

7.6 Les perceptions et suggestions des femmes concernant le suivi prénatal

Cette thématique est moins largement étudiée, en tout cas dans les pays riches. Notre recherche est donc originale, en particulier en ce qui concerne les explications apportées par les femmes elles-mêmes à leur parcours.

7.7 La quantification du suivi sub-optimal

Aux Etats-Unis les certificats de naissance reprennent systématiquement deux informations qui ont trait à la surveillance prénatale : l'âge gestationnel à la première CPN et le nombre total de CPN. Ces données ont donné lieu à plusieurs scores de qualité de suivi. Une comparaison de ceux-ci (Alexander et Kotelchuck, 1996) montre à quel point il est difficile de quantifier la qualité du suivi. Dans la présente étude, il n'a pas été tenu compte des femmes sur-consommatrices des services, et, globalement la catégorie « suivi sub-optimal » est sans doute peu discriminante.

7.8 Signification de l'étude, hypothèses explicatives, implications pour les TMS, soignants et les décideurs en politique de santé

Les résultats de l'étude AGNES montrent que les barrières à l'utilisation des services subsistent, même lorsque le système a éliminé les barrières financières et de distance.

Nous pensons que la **priorité est à une action de visibilité de la consultation prénatale, associée à des messages simples** et clairs.

Il faut faire suivre sa grossesse
Il faut consulter dès le retard de règles
Vous aurez 3 échographies et 6 à 10 consultations
C'est gratuit

Ceci ne peut se faire que par des **médias à haute diffusion** : grandes affiches ou télévision. Un autre incitant possible est l'allocation de grossesse, mais elle ne sera pas distribuée aux personnes en séjour illégal, qui sont parmi les plus à risque de suivi suboptimal.

Au-delà, il faut que cela se sache aussi, que ce n'est pas dangereux de faire suivre sa grossesse, que les **soignants et les TMS seront à l'écoute, respectueux** de vous, dans votre intégralité. Ceci implique des formations efficaces des soignants et des TMS, et aussi sans doute des réceptionnistes.

Quant à la dialectique du respect de la femme et de ses valeurs, sans doute faudra-t'il apprendre à exprimer avec plus de sensibilité, certaines questions qui peuvent être perçues comme sensible : le dépistage de la trisomie, le conseil génétique, la possibilité d'IVG pour les grossesses de très jeunes adolescentes. Toutefois, une telle finesse demande des **consultations sans hâte et une bonne connaissance des cultures par les soignants**.

7.9 Questions nécessitant une recherche ultérieure, interface avec la recherche APES APALEM

Ce projet de recherche apporte autant de questions qu'il suscite de réponses.

Quel sont les parcours des femmes qui ont utilisé des filières parallèles, hors attestations de soins INAMI, et les femmes qui les utilisent sont-elles satisfaites ?

Comment faire pour pérenniser la collecte de la description des suivis absents ou insuffisants ?

Comment monitorer l'amélioration ?

Comment rédiger un référentiel d'accueil à la fois cohérent mais utile aussi bien à Charleroi qu'à Bruxelles, aussi bien pour les TMS que les généralistes, les sages-femmes et les gynécologues ?

Comment éduquer les futures mères à utiliser adéquatement les services offerts ?

Un moment « mis à part » comme pour l'entretien prénatal » en France doit-il être envisagé ?

Y a-t-il des limites à poser aux demandes « culturelles », comme par exemple l'exigence qu'ont certaines femmes d'avoir un soignant de sexe féminin ?

Parallèlement au projet AGNES, l'équipe APES APALEM a travaillé avec les TMS sur la pertinence de mettre en place un dispositif de suivi. Au vu de leur rapport, il sera utile de développer un référentiel commun, tirant les conclusions des deux recherches.

8 Bibliographie

Alexander GR, Kotelchuck M. Quantifying the adequacy of prenatal care : a comparison of indices. Public Health Reports, 1996; 3 : 408-18.

Andrien M, Philippet C, Riffon A. Enquête auprès des usagers des services de l'ONE – Rapport Final. CERES ULg 2005 pp75

Croizet, J-C et Leyens, J-Ph. Stigmatisation et estime de soi. In J-C Croizet et J-Ph Leyens, Mauvaises réputations : réalités et enjeux de la stigmatisation sociale, Ed Armand Colin, Paris, 2003, p.53.

De Gauquier, K. Le suivi périnatal en Belgique. Rapport de l'Agence Intermutualiste (IMA), février 2006

Delvaux T, Buekens P, Godin I, Boutsen M. Barriers to prenatal care in Europe. Am J Prev Med 2001; 21:52-9.

de Montmollin, G. Le changement d'attitude. In Psychologie sociale, S. Moscovici, P.U.F., 1984 : 91-138.

Goedhart, G. van Eijsden, M. van der Wal, M F. Bonsel, G J. Ethnic differences in preterm birth and its subtypes: the effect of a cumulative risk profile. BJOG 2008; 115:710-9

Heaman MI, Newburn-Cook CV, Green CG, Elliott LJ, Helewa ME. Inadequate prenatal care and its association with adverse pregnancy outcomes: a comparison of indices. BMC Pregnancy and Childbirth 2008; 8:15

Lodewyckx K, Peeters G, Spitz B, Blot S, Temmerman M, Zhang W, Alexander S, Mambourg F, Ramaekers D. Recommandation nationale relative aux soins prénatals: Une base pour un itinéraire clinique de suivi de grossesses. KCE 2004

Nobile CGA, Raffaele G, Altomare C, Pavia M. Influence of maternal and social factors as predictors of low birth weight in Italy. BMC Public Health 2007; 7:192

Parizot, I. Soigner les exclus, P.U.F., coll. Le lien social, 2003

Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. BMC Public Health. 2007 Sep 27;7(147):268

Wolkenstein, P., Consoli, S., Roujeau, J-C. et al. La relation médecin-malade : l'annonce d'une maladie grave, la formation du patient atteint de maladie chronique, la personnalisation de la prise en charge. Ann Dermatol Venerol, 2002 ; 129 : 2S7-10.

Wollast, E., Vandebussche, P., Buekens P. Evaluation de la surveillance prénatale et comparaison entre les secteurs médicaux, publics et privés. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Paris n°34, 1986.

9 Annexes

9.1 Coordonnées des maternités incluses dans l'étude

Province	Nom	Adresse	CP	Commune	Responsable Gyné	Personne Ressource
Hainaut	Clinique Notre-Dame	Avenue Delmée 9	7500	Tournai	dr M. Wauters (michel.wauters@cndt.be)	Mme M.C. Rousseau (rousseau-mc@cndt.be)
	C.H. Haute Senne - Le Tilleriau Réseau Hosp. Médecine Sociale - Louis Caty	Chaussée de Braine 47	7060	Soignies	Dr Gielen François (francois_gielen@yahoo.fr - secmed.til@chrhautesenne.be)	Mme Capron (067/348580)
	C.H. Mouscron - Refuge	Rue Louis Caty 136	7331	Baudour	Dr Paquay Renaud Dr Jacobs (056/858577) (jl.jacobs@skynet.be)	renaud.paquay@rhms.be
	C.H.U. André Vésale	Rue du Couvent 39	7700	Mouscron Montigny-le-	Dr Oberweis Didier	dr.oberweis@swing.be
	C.H.U. Ambroise Paré	Rue de Gozée 706	6110	Tilleul	Dr Pierre Leblicq (pierre.leblicq@hap.be)	
	C.H.R. Clinique St- Joseph	Boulevard Kennedy 2	7000	Mons	Dr P. du Bois d'Enghien	Mme Françoise Laurent (mons.maternite@chr-afic.be)
	C.H. de Jolimont- Lobbes	Avenue B. De Constantinople 5	7000	Mons		Mme Denamur (071/599211 - ddenamur@hotmail.com)
	C.H.U. Tivoli	Dr Francotte (jacques.francotte@chu- tivoli.be)	6540	Lobbes		S. Cresel, Durieux Séverine (severine.durieux@gmail.com / 0478/251429)
	C.H. de Jolimont- Lobbes - Jolimont	Avenue Max Buset 34	7100	La Louvière		Adam Annie (annie-adam@hotmail.com)
	Centre de Santé des Fagnes	rue Ferrer 159	7100	Haine-Saint-Paul	Dr Dewille (aspect@swing.be)	Catherine Hubert (c.hubert@csf.be)
	Boulevard Louise 18	6460	Chimay			

	Hopital Sainte-Thérèse	Rue Trieu Kaisin 134	6061	Montignies-sur-Sambre	Dr T. Willems (t.willems@hopitaux-gilly.be)	Mme Poiron (m.poiron@hopitaux-gilly.be)/ Mme Colson Monique (m.colson@hopitaux-gilly.be / 0494/323812)
	Clinique Notre-Dame de Grâce	Chaussée de Nivelles 212	6041	Gosselies	Dr Gautier (consultations privées : 071/359198 - christian.gautier@docs.be)	
	C.H.U. Charleroi	Boulevard Paul Janson 92	6000	Charleroi	Dr Maréchal (marc.marechal@chu-charleroi.be)	Mme Baillet Sabine (sabine.baillet@hotmail.com)
	C.H. Notre-Dame Reine-Fabiola	Grand'Rue 3	6000	Charleroi		Pesenti Stefania (pesenti.stefania@chndrf.be)
	Prov. Des malades et Mutualité Chrétienne	Route de Mons 63	7301	Hornu	DR Semoulin	Mme Sylvie Cannone (maternite@chhf.be) (0485/402810)
	Hôpital de Warquignies	Rue des Chauffours 27	7300	Boussu		Mme Dejonghe, Resp. Maternité (valerie.dejonghe@chr-afic.be)
	Réseau Hosp. Médecine Sociale - Ath	Rue Maria Thomée 1 Avenue Reine Fabiola 9	7800	Ath	Dr Delvoye/Dr Paquay	Mme Clerquin Françoise (françoise.clerquin@rhms.be)
Namur	Clinique Saint-Pierre		1340	Ottignies	Dr Etienne Longueville	V. Fiasse
	C.H. Tubize-Nivelles	Rue Samiette 1	1400	Nivelles	Dr Luc Verhyen	Boucher Martine (067/885360)
	C.H. Edith Cavell	Rue Wayez 35	1420	Braine-L'Alleud	Dr J. Greindl	M.S. Robert
	C.H.R. Val de Sambre - Auvélais	Rue Chère Voie 75	5060	Auvélais		Béatrice Cabosart (Inf. Chef) Christiane Marion (christiane.marion@chrnamur.be 081/727202)
	C.H. Régional	Avenue Albert 1er 185	5000	Namur		

	Clinique Sainte-Elisabeth	Place Louise Godin 15	5000	Namur	Dr Nicolas Royer	Lavigne Marie-Paule
Luxembourg	C.H. de Dinant - Saint-Vincent I.F.A.C. Princesse Paola	Rue Saint-Jacques 501	5500	Dinant		Céline Potiez (Inf Chef)/Nana Lucienne (082/212734)
	C.H. Ardenne - Libramont I.F.A.C. Sainte-Thérèse	Rue du Vivier 21 Avenue de Houffalize 35	6900	Marche Libramont	Dr Georges Gilles Dr Jacques Caprasse	De Schryver Cathy
	Cliniques du Sud-Luxembourg - Saint-Joseph	Rue de Houffalize 1 Rue des Déportés 137	6600	Bastogne Arlon	Dr Antoine Colin Dr Gérard Fagnart	
	C.H. Peltzer - La Tourelle (La Tourelle)	Rue du Parc 29	4800	Verviers	J.L. de Ville	Françoise Deschamps (087/212344 - fr.dechamps@skynet.be)
	C.H. St Vincent - Ste Elisabeth (Ste Elisabeth)	Rue du Naimeux 17	4802	Heusy		Audrey Lagasse/ Jacqueline Bonnivert (087/213521 audrey.lagasse@chc.be)
C.H. du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye (Seraing)	Rue Laplace 40	4100	Seraing		Herremans Julie pour Colette Cauraine (04/3387380- bloc.obstetrical@chbah.be)	
Clinique Reine Astrid	Rue Devant les religieuses 2	4960	Malmédy	Dr Bleus	<u>(080/854111 - fbleus@yahoo.fr)</u>	
C.H. St Vincent - Ste Elisabeth (St Vincent)	Rue François Lefebvre 207	4000	Rocourt		Marie Stevens (04/2248669-0495/266975 marie.stevens@chc.be, eveline.rigo@chc.be)	
Clinique St-Joseph	Rue de Hesbaye 75	4000	Liège		Anne Maréchal (04/2248160- anne.marechal@chc.be)	

	C.H.R. la Citadelle	Boulevard du 12ème de Ligne 1	4000 Liège		Mme Balteau et Mme Vincent (benedicte.balteau@chrcitadelle.be)
	C.H.U. Liège - Notre-Dame des Bruyères	Rue de Gaillarmont 600	4032 Chenée		Isabelle Thys (04/3679335-0495/225933- isabelle.thys@chu.ulg.ac.be)
	C.H.R. de Huy Klinik St-Joseph	Rue Trois Ponts 2 Klosterstrasse 9	4500 Huy 4780 Sankt-Vith	Dr Billet	Françoise Debrun (085/272134-0499/428221 - f.debrun@yahoo.fr) Mme H. Goenen Gaby Frank (087/599551-0473/539695 - Mazarinen 18A - 4837 Baelen)
Bruxelles	St-Nikolaus Hospital	Hufengasse 4-8	4700 Eupen	J.P. Nyssen Xavier de Muylder (02/221 99 42)	Stoop Christine Gilles Christine
	Kliniek St-Jan	Kruidtuinlaan 32	1000 Bruxelles	Patricia Barlow	
	C.H.U. Saint-Pierre	Rue Haute 322	1000 Bruxelles		
	C.H.U. Brugmann - Horta	Place A. Van Gehuchten 4	1020 Laeken	Alain Vokaer	Alain Vokaer
	Clinique Saint-Michel	Rue de Linthout 150	1040 Etterbeek	Dr Dekeyser	Monsieur Yves Baukens
	Iris Sud - Etterbeek-Ixelles	Rue Jean Paquot 63	1050 Ixelles	Dominique Thomas	Pascale Neiryndck et Véronique Ziereisen
	Clinique Ste-Anne/St-Rémi	Boulevard J. Graindor 66	1070 Anderlecht	Anne Fostier (0475/78 80 76)	Anne Fostier
	C.H.U. Erasme	Route de Lennik 808	1070 Anderlecht	Christine Kirkpatrick	Clotilde Lamy
	Hôpital Français Universitaire	Avenue Josse Goffin 180	Berchem-Sainte-Agathe 1082	Dr Stéphane De Brakelaer (02/4824575)	Carine Vandenhend et Damanet Marie
	Ziekenhuis Brussel	Laarbeeklaan 101	1090 Jette	Walter Foulon	Walter Foulon
C.H.I. Edith Cavell	Rue Edith Cavell 32	1180 Uccle	Dominique Leleux	De Bock Rita	

V.Z.W.Europa Ziekenhuizen - Ste Elisabeth	De Frélaan 206 Avenue Hippocrate 10	1180 Uccle	Dr Anne Depierreux (0476/331701)	Kristien Werbrouck
C.U. St-Luc		1200 Woluwe-Saint- Lambert	Frédéric Debiève/ Pierre BERNARD	Guilmot Thérèse
Clinique St-Etienne	Rue du Méridien 100	1210 Saint-Josse-Ten- Noode	Roland Dessaive	Roland Dessaive

9.2 Questionnaire maternités

N° de la maternité

AGNES Questionnaire aux maternités

Ce questionnaire est à compléter pour le 15/12/2007 et à renvoyer à Nathalie Moreau, Ecole de Santé Publique – ULB CP 597, Route de Lennik 808 à 1070 Bruxelles

Caractéristiques et données de votre maternité En 2006

Les questions se divisent en questions structurelles et bilan d'activités. Si les données quantitatives sont difficiles à fournir, n'hésitez pas à donner une évaluation en notant (approximatif). Seules les maternités avec une base de données obstétricale informatisée et interactive pourront répondre facilement à certaines questions. Les autres répondent simplement « ND » (non disponible).

Aucune donnée permettant d'identifier une maternité ne sera diffusée, ni dans un rapport, ni dans une présentation, ni dans une publication.

Caractéristiques générales

- MIC: oui non
 - Si « non », à combien de kms se trouve le MIC le plus proche? ----
- Service/Hôpital académique: oui non
- Service avec maître de stage reconnu pour les commissions de stage pour la formation des gynécologues oui non
- Nombre d'accouchements/ an:
 - <500;
 - 500-999;
 - 1000-1499;
 - 1500-2000;
 - >2000
- Nombre de lits M:
- La majorité des accouchements dans votre maternité est privée (personnalisée), à savoir la patiente accouche avec son gynécologue. oui non autre : _____

- En règle générale, dans votre maternité, ce sont les sages-femmes qui prennent en charge les accouchements eutociques, non privés, y compris la naissance oui non
- Le pouvoir organisateur relève du :
 - privé (asbl)
 - Congrégation religieuse

- Mutuelle
- Associations de médecins
- Université Libre

- public
 - CPAS
 - Intercommunale
 - Association chapitre 12 (ex. IRIS)
 - Régional (université d'Etat)

Données chiffrées (uniquement si facile à fournir) pour estimer le niveau de risque de la population) en 2006

- Nombre de transferts intra-utérins faits en 2006 :
- Nombre de naissances :
- Gemellaires
- Prématurés
- Mères non belges
- Morts-nés

Données en relation avec les femmes non suivies, le niveau de risque « social » des femmes accouchant dans la maternité et les soutiens existants

- Selon vous, diriez-vous que votre maternité sert une patientèle
 - Plus précaire que la moyenne régionale
 - Assez moyenne
 - Plus favorisée que la moyenne régionale
- Bénéficiez-vous d'accords avec une structure destinée à accompagner des familles précaires telle que « Aquarelle » ou « Echoline » ? oui non
Si « OUI », précisez : _____
- Savez-vous quel pourcentage des accouchements se fait sous « Aide Médicale Urgente » ? oui non
Si “oui”, quell pourcentage ? , %
- Avez-vous un guideline spécifique pour « grossesse non suivie. oui non
Si « oui » merci de nous en envoyer une copie
- Avez-vous un service de liaison ONE ? oui non
- Avez-vous une CPN ONE ? oui non

9.3 Indicateurs de non suivi de la grossesse

- Facteurs liés aux représentations de la santé
 - A quel rang situe-t-elle la santé parmi toutes ses priorités ?
 - A quelle occasion, dans quelles conditions, consulte-t-elle un professionnel de la santé ?
 - A quand remonte la dernière consultation chez un médecin ? pour quel type de pathologie ?

- Facteurs liés aux conditions de survenue de la grossesse
 - Désir de la grossesse au sein du couple
 - Planification de la grossesse au sein du couple
 - Réactions du couple à l'annonce de la grossesse
 - Réactions de l'entourage à l'annonce de la grossesse

- Facteurs liés à la parentalité (crainte de ne pas être capable d'élever son enfant)
 - Quelles sont les conditions nécessaires pour pouvoir élever un enfant ?
 - Son couple répond-il à ces conditions ?
 - Craint-elle de ne pas être capable d'élever l'enfant ?

- Facteurs liés au vécu de la grossesse
 - Perception et attention accordée au développement de la grossesse dans son corps (changements physiques, perception de mouvements,...)
 - Qualité de la vie de la femme durant la grossesse (Présence ou absence d'effets secondaires (nausées, mal être/bien-être,...))
 - Représentation de la grossesse en développement dans son corps (un être vivant, un bébé, une chose...)
 - Quelle était la nature de ses échanges avec le bébé ?
 - Représentation des besoins de l'enfant durant la grossesse ?
 - Représentation des besoins de la femme enceinte durant la grossesse ?

- Facteurs liés à des expériences de grossesses précédentes
 - Au niveau familial : « culture » familiale en matière de suivi prénatal (quel type de suivi pour les grossesses survenues dans son entourage familial proche ; quel professionnel consulté, qui ? quand ?
 - Au niveau individuel : quel type de suivi lors des précédentes grossesses (quel type de suivi ; quel professionnel consulté, qui ? quand ?), Existence d'un sentiment « d'expertise » chez la femme ?

- Facteurs liés à la représentation des professionnels du suivi prénatal
 - Au niveau familial : Comment les professionnels sont-ils été perçus ? Existence de personnes « expertes » dans son entourage familial proche ?
 - Comment perçoit-elle les professionnels du suivi prénatal (dans l'absolu ou sur base de grossesses précédentes) ?
 - Existence chez la femme d'une crainte d'être jugée par les professionnels ?
 - Existence chez la femme ou la famille d'une crainte de rentrer dans un système « policier » ?

- Facteurs liés aux connaissances
 - Selon elle, combien de fois est-il nécessaire de consulter un professionnel durant sa grossesse ?
 - Quels sont les indices qui doivent inciter à consulter ?
 - Quels sont les indices qui indiquent que tout va bien ?
 - Quels sont les besoins de l'enfant durant la grossesse ?
 - Quels sont les besoins de la femme enceinte durant la grossesse ?
 - Quels sont les services offerts pour les femmes enceintes par le système de santé belge ?
 - A quoi sert la CPN ?
 - A quoi servent les échos ?
 - A quoi servent les prises de sang ?

- Facteurs liés à l'état psychologique
 - Qualité de la relation au sein du couple
 - Qualité de la relation au niveau familial
 - Qualité du réseau social

- Facteurs liés à des difficultés « logistiques »
 - Difficultés liées au transport jusqu'à la consultation de suivi prénatal
 - Difficultés de trouver quelqu'un pour garder les enfants pour se rendre à la consultation prénatale
 - Difficultés liées à la barrière de la langue

- Facteurs socioéconomiques
 - Age
 - Situation professionnelle
 - Situation de couple
 - Nombre d'enfants
 - Niveau d'études
 - Autonomie financière

Vous étiez contente du service
 Qu'est ce qui ferait que ce serait mieux ?

9.4 Questionnaires suivi de grossesse