# IMA-AIM-logo.jpg

Bruxelles, le 18 septembre 2014

Accouchements réalisés au cours de la période 2008-2011 en Belgique.

Version site AIM – avec mise à jour données 2012 et réactions des maternités

Ann Ceuppens [ann.ceuppens@mloz.be](mailto:ann.ceuppens@mloz.be)

Tonio Di Zinno [tonio.dizinno@intermut.be](mailto:tonio.dizinno@intermut.be)

Joeri Guillaume [joeri.Guillaume@intermut.be](mailto:joeri.Guillaume@intermut.be)

Naïma Regueras [Naïma.Regueras@mc.be](mailto:Naïma.Regueras@mc.be)

**Tables des matières**

**Préambule : pourquoi un rapport 2008-2011 si des données 2012 sont disponibles ?** ………..4

**Contexte général**  6

**1. Introduction**  7

**2. Structure du rapport** 9

**3. Données utilisées – méthodologie pour l’obtention des fichiers de résultats (anonymes)** 10

**4. Résultats** 12

4.1. Chiffres globaux – volume par maternité 2008-2011 12

4.2. Chiffres globaux – taux de césarienne brut par maternité 13

4.3. Evolution du taux de césariennes brut 2008-2011 par maternité 16

**5. Résultats détaillés pour l’année 2011** 17

5.1. Caractéristiques des patientes et des séjours par maternité 17

5.2. Comparaison des taux de césariennes pour des groupes homogènes de patientes 25

5.3. Relation potentielle entre le taux de césariennes et le nombre de gynécologues actifs au sein d’un hôpital ? 29

**6. Taux de césariennes par institution : évolution sur la période 2008-2011 – Impact du prestataire individuel ?** 30

6.1. Taux de césariennes au niveau du prestataire individuel 30

6.2. Cas d’évolution positive 32

6.3. Evolution négative 34

6.4. Impact d’une équipe soignante en transition 36

6.5. Conclusion 37

**7. Discussion** 38

**8. Conclusions générales** 41

**9. Réactions des/contacts avec les maternités**  42

9.1. Distribution du rapport aux maternités 42

9.2. Synthèse des réactions par mail ou téléphone 43

9.3. Contacts avec des hôpitaux 46

9.4. Concertation avec de groupe de travail ‘Mère-Enfant’ (Moeder&Kind) du projet d’indicateurs de qualité VIP² de la Communauté Flamande 48

9.5. Conclusion 48

**Annexe I – Revue de littérature relative à l’impact de césariennes électives sur l’état de santé de la (future) maman et du nouveau-né** 49

**Annexe II – analyses complémentaires relatives aux caractéristiques du prestataire** 54

**A1. Possible relation entre le nombre de prestataires actifs au sein d’une maternité et le taux de césariennes observé ?** 54

A1.1. Aperçu global 54

A1.2. Détail par maternité 55

**A2. Possible relation entre volume de travail du prestataire, son expérience, son organisation de travail et le taux de césariennes?** 56

A2.1. Impact du volume de prestation et de l’organisation de la pratique 56

A2.2. Impact de l’expérience du prestataire 60

**ANNEXES – tableaux (cf. fichiers excel)** 62

**Préambule : pourquoi publier un rapport sur des données de 2008 à2011 alors que les données 2012 sont disponibles ?**

De prime abord, il peut sembler étrange de présenter des résultats portant sur des données 2008-2011 en mentionnant simultanément qu’une mise à jour 2012 est disponible (cf. tableaux en annexe).

Le fait est que l’AIM a souhaité, avant de mettre ce rapport à disposition du grand public, consulter les principaux intéressés – maternités et gynécologues – pour avoir leur avis concernant ce rapport. L’objectif de cette démarche était de déterminer comment nous pouvions, à termes et en collaboration avec les médecins et hôpitaux, transmettre une information nominative - pertinente et correctement cadrée – au grand public. Le dossier des taux de césariennes par prestataire semblait constituer à cet effet un bon dossier.

Cette volonté de mettre en place une concertation préalable sur ce thème s’explique par deux raisons principales :

1. L’AIM est parfaitement consciente des limites d’interprétation des données (administratives et financières) à sa disposition d’un point de vue clinique. En effet, ce qui semble inexplicable sur base de nos données, pourrait très bien se justifier lorsque l’ on dispose des éléments médicaux sous-jacents à ces chiffres. D’où la nécessité de cette concertation avant de pouvoir formuler certaines conclusions.
2. L’autre raison est juridique : la législation sur la protection de la vie privée interdit toute publication de résultats ‘médicaux’ par prestataire, personne physique[[1]](#footnote-1). Le taux de césariennes par gynécologue reste considéré à ce jour comme un tel type d’information. Quelle est le point de vue des prestataires vis-à-vis de ce type de publication nominative ?

Cette concertation, dont les contacts – électroniques et physiques – sont repris dans un chapitre à part, a donné lieu aux constatations suivantes :

1. De prime abord, les réactions sont beaucoup plus fréquentes au nord du pays ;
2. Ensuite, à part un cas[[2]](#footnote-2) pour lequel une explication logique a été apportée, toutes les maternités qui ont réagi ont confirmé la validité des résultats relatifs à leur maternité ;
3. Même en ayant toutes mis l’accent sur la limitation d’interprétation de ces données financières, toutes les maternités ont reconnu que les résultats constituent une source d’information intéressante (pour la gestion interne) et complémentaire à celles dont elles disposent déjà ;
4. Enfin, de manière générale, les maternités se sont montrées très réservées quant à notre demande de publication individuelle et nominative des résultats. La valeur ajoutée d’une telle publication pour les prestataires est très limitée. En outre, il attirent l’attention sur les risques potentiels d’une telle publication.

Suite à cette expérience en général très positive, l’AIM

1. se sent renforcée dans son intention de mettre d’ici peu les résultats par maternités (série 2006-2012 – avec mise à jour annuelle) à disposition du grand public sur son site Atlas AIM
2. se concertera avec les directions médicales des organismes assureurs pour voir
   1. Dans quelles situations une publication nominative peut générer une plus-value effective
   2. Comment cette information nominative peut être mise à disposition de leurs membres.

**Contexte général**

Dans le cadre du projet ‘Mère-Enfant’, l’Agence Intermutualiste (AIM) avait pour objectif d’établir un descriptif du trajet de soins réel de la (future) maman en le décomposant en trois périodes distinctes : la période prénatale, la naissance et la période postnatale. L’ensemble des analyses réalisées se basent sur les données administratives individuelles et longitudinales dont disposent l’AIM. Le présent volet fait donc suite à l’étude « Le suivi prénatal en Belgique en 2010 - Comparaison avec les résultats 2005. » et regroupe les résultats concernant la période de la naissance, ayant trait aux accouchements réalisés à l’hôpital en 2011.

Les résultats concernant le suivi postnatal (données 2012) seront présentés dans une dernière phase. Pour éviter de perdre toute valeur d’activité, les deux premiers volets (soins prénataux (2010) et accouchements (2011)) seront publiés avant la rédaction finale du volet soins postnataux.

A terme et après introduction de ces indicateurs dans le projet Atlas AIM (<http://atlas.ima-aim.be>), les résultats relatifs aux soins délivrés au cours de la période complète (pré, accouchements et post) seront disponible pour chaque année.

**1. Introduction**

L’objectif de ce second rapport est double :

1. Tenter de mettre en évidence une relation entre le profil de risque de la future maman (risque défini durant la période prénatale) et le type d’accouchement (par voie basse ou césarienne) en exploitant au maximum le caractère individuel et longitudinal des données disponibles à l’AIM.
2. Ensuite, de comparer les résultats de cette série exhaustive 2008-2011 avec les conclusions du rapport AIM de 2005 relatif aux taux de césariennes[[3]](#footnote-3) observées en 2002, en particulier la constatation finale : *« Il existe d’importantes variations géographiques du taux de césarienne.[…] Aucun facteur explicatif ne s’impose à l’évidence. L’explication la plus plausible ne se situe pas au niveau de la population mais bien au niveau des hôpitaux […]. Les raisons de cette pratique différente devraient être investiguées ultérieurement, par exemple par l’usage d’un audit et/ou de discussions entre pairs. »*[[4]](#footnote-4).

Bien que nous disposions de données exhaustives sur les accouchements sur la période 2008-2011, données couplées à certains antécédents médicaux des futures mamans, nous focaliserons notre analyse, pour des raisons de lisibilité, sur les résultats obtenus pour l’année 2011 complétés ,si nécessaire, par des informations en termes de volume d’activité par institution et par prestataire sur la période 2008-2011.

L’AIM se limitera, dans ce rapport, à un pur descriptif de la situation. L’unité d’observation sera l’institution dans laquelle l’accouchement a eu lieu et non plus la province du domicile de la maman (cf. rapport 2005 - données 2002). En termes de spécification, il s’agit-là d’une amélioration par rapport au rapport 2005. Cependant, les résultats présentés dans ce rapport montreront que pour pouvoir expliquer la variabilité observée des taux de césarienne, l’institution comme unité d’observation impose également des limites d’interprétation importantes.

Le prestataire physique comme unité d’interprétation reste une piste potentielle possible, mais là, les limites imposées par la législation relative à la protection de la vie privée nécessitent une approche différente.

La publication de résultats concernant les taux de césariennes par institutions et par prestataire, permettrait de poursuivre un double objectif :

1. Une information la plus spécifique possible destinée aux différents acteurs du secteur, endéans les limites imposées par la législation sur la protection de la vie privée : sur base des données administratives disponibles, quel est l’état des lieux que nous pouvons dresser au sein de chaque institution ?
2. Une demande explicite de collaboration adressée aux prestataires et institutions : sur base des données à leur disposition, mais en l’absence de données cliniques, les organismes assureurs et l’AIM ont tenté d’objectiver au maximum la situation. Cependant, si le secteur souhaite réellement exploiter les données disponibles au sein de l’AIM et contribuer par ce biais à une évaluation de la pratique, avec comme objectif final une augmentation de la qualité des soins délivrés, une discussion directe entre tous les acteurs concernés sur base des chiffres concrets s’impose, et ce sur base d’un niveau de détail allant jusqu’au niveau du prestataire personne physique. L’AIM demande aux acteurs concernés s’ils sont prêts à ouvrir ce débat en toute objectivité et sérénité.

A terme et après validation, voire enrichissement de ces données par des informations apportées par les prestataires concernés, l’AIM a l’ambition de publier des indicateurs par institution basés sur cette méthodologie et les résultats produits. Ces indicateurs seront mis à jour régulièrement, sur son site Atlas AIM de manière à offrir aux professionnels du secteur, mais également au grand public, une source d’information stable et robuste en la matière.

En outre, les modifications récentes relatives à la législation EPS (Echantillon Permanent(e) Steekproef)[[5]](#footnote-5) permettront, à terme, à l’AIM d’avoir accès aux données RCM (Résumé Clinique Minimum ) de la population d’assurés sociaux sélectionnée dans l’EPS et d’enrichir ainsi ses données administratives avec des données cliniques du RCM. Par ce biais, une base de validation clinique des résultats produits pourra être constituée.

**2. Structure du rapport**

Le rapport présente les taux de césariennes par institution observés sur la période 2008-2011. Ces données ‘brutes’ – taux de césariennes pour le total annuel des accouchements réalisés dans la maternité – seront ensuite croisées avec les données concernant le profil de risque de la future mère et des données concernant le profil des institutions et/ou des prestataires. Les chiffres seront donc présentés :

1. En fonction des caractéristiques personnelles des bénéficiaires qui détermine une grossesse à risque tels que définis par le rapport soins prénataux du KCE[[6]](#footnote-6), critères que l’AIM a tenté d’approcher sur base de données administratives et de consommation chronique de médicaments[[7]](#footnote-7)
2. En fonction de certaines prestations attestées le jour de l’accouchement, pouvant constituer une indication de problème médical lors de la grossesse et/ou l’accouchement
3. En fonction du profil des institutions et/ou des prestataires individuels[[8]](#footnote-8)

En général, seul la situation la plus récente (2011) sera commentée. Puisque pour certaines institutions nous n’avons pas retrouvé une série complète 2008-2011 (fusions d’hôpitaux ou de sites) dans nos données, nous avons dès lors regroupé les données sur l’entité fusionnée connue à la date la plus récente (ou sur l’entité existante en 2011 avec laquelle nous estimons que l’entité ‘disparue’ peut être liée). Le tableau récapitulatif des entités regroupées (et la raison du regroupement) est présenté à l’annexe 1. En procédant de la sorte, nous arrivons à un total de 100 maternités observables sur la période entière de 4 ans qui ont pu être analysées.

Le nombre total de maternités étant élevés , les tableaux principaux reprendront uniquement les résultats nationaux et les chiffres relatifs aux institutions situées en haut et en bas du classement. Les tableaux complets sont détaillés en annexe dans les limites imposées par la législation sur la protection de la vie privée.

Par conséquent, tout lecteur intéressé pourra retrouver le détail pour chaque institution au niveau des différentes annexes. Dans le cadre d’une reproduction récurrente de ce type d’informations par le canal de Atlas AIM, l’AIM est demandeur d’un feedback de la part des acteurs concernés quant à la pertinence de la nature et de la forme des données présentées.

En effet, la confrontation des chiffres de l’AIM présentés dans ce rapport aux données cliniques détenues par les prestataires enrichirait l’analyse et l’interprétation des résultats. Par ce biais, l’AIM répète sa proposition de mise en commun des données et informations – ainsi que de l’expertise - disponibles à différents niveaux auprès des acteurs concernés afin de produire une analyse la plus pertinente possible, et ce dans un objectif général de santé publique, de monitoring et d’amélioration de la qualité de notre système de soins de santé.

**3. Données utilisées – méthodologie pour l’obtention des fichiers de résultats (anonymes)**

Les résultats repris dans ce rapport se basent sur les données nationales concernant les femmes ayant accouché entre 2008 et 2011. **Ces données ont été collectées et analysées par l’AIM et englobent 117.074 accouchements en 2008, 177.245 en 2009, 118.264 en 2010 et 117.855 en 2011 qui ont eu lieu dans le milieu hospitalier et qui ont été facturés aux mutualités.** Ces accouchements peuvent avoir été réalisés aussi bien par un gynécologue que par une accoucheuse ou par un médecin, bien que la grande majorité soit attesté par un gynécologue. La distinction entre un accouchement par voie basse et un accouchement par césarienne se fait en fonction du code de nomenclature attesté le jour de l’accouchement . Les bases de données de l’AIM contiennent, pour chaque accouchement, le numéro de l’institution et du prestataires ayant attesté un code accouchement. Les résultats individuels ont dès lors été agrégés à ces deux niveaux afin de rendre compte de la variabilité des taux de césariennes entre institutions mais aussi entre prestataires au sein d’un même hôpital. Afin de garantir le respect de la législation sur la protection de la vie privée, les numéro INAMI des prestataires ont été codés.

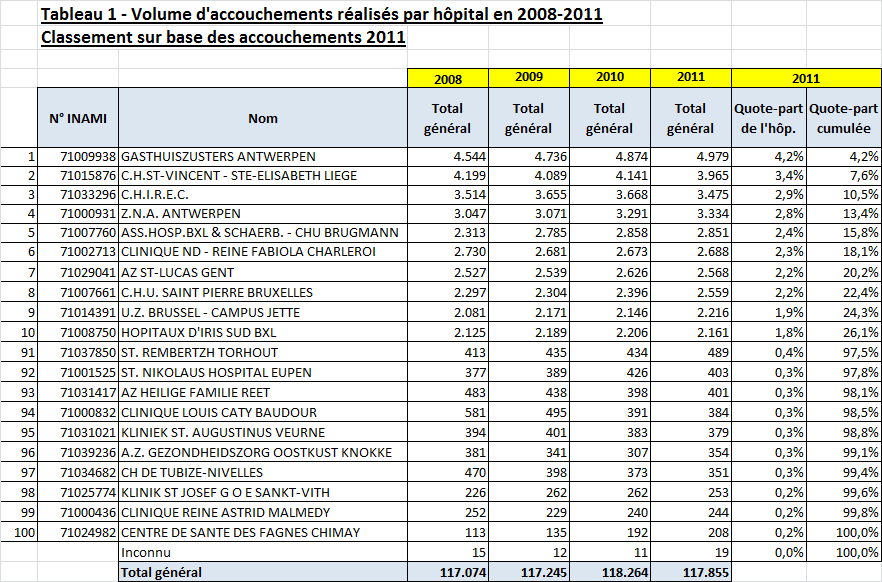
Les données sont issues de la base de données BD HOSP[[9]](#footnote-9) de l’AIM concernant les hospitalisations des personnes couvertes par l’assurance obligatoire des soins de santé pour les années 2008, 2009, 2010 et 2011. Les données intermutualistes contiennent en effet des renseignements détaillés sur la consommation de soins de santé des membres des 7 organismes assureurs belge à l’exception des bénéficiaires de conventions internationales. Les personnes n’étant pas affiliées à un de ces 7 organismes assureurs (sans papiers, fonctionnaires européens, Sécurité sociale d’outre-mer (OSSOM), AMU…) ne sont donc pas repris dans les bases de données de l’AIM. En Belgique, un peu moins de 1% de la population belge (0,97%) n’était affilié à aucune mutualité en 2010.

Les femmes ayant accouché à domicile n’ont pas été intégrées dans l’analyse. En effet, celles-ci ne sont pas détectables dans la base de données « Hospitalisation » (BD HOSP) utilisée dans cette étude. En 2010, 525 accouchements à domicile ont été comptabilisés dans la base de données de l’AIM.

Le rapport présente également les résultats de taux de césariennes aussi bien pour les femmes ne présentant aucun facteur de risque que celles présentant un risque accru de complication durant la grossesse. En effet, les futures mamans âgées de moins de 16 ans ou de plus de 40, les femmes issues d’un milieu défavorisé (bénéficiant du statut BIM) et celles prenant certaines catégories de médicaments durant la période de grossesse présenteraient un risque plus accru de complications. La méthodologie utilisée pour l’identification des femmes à risque est celle utilisée et expliquée dans la partie concernant le suivi prénatal[[10]](#footnote-10) . De plus, dans cette partie, nous avons également décidé de tenir compte de l’attestation du code de prestation 474526[[11]](#footnote-11) le jour de l’accouchement comme indicateur d’une grossesse à risque.

**4. Résultats**

4.1. Chiffres globaux – volume par maternité 2008-2011



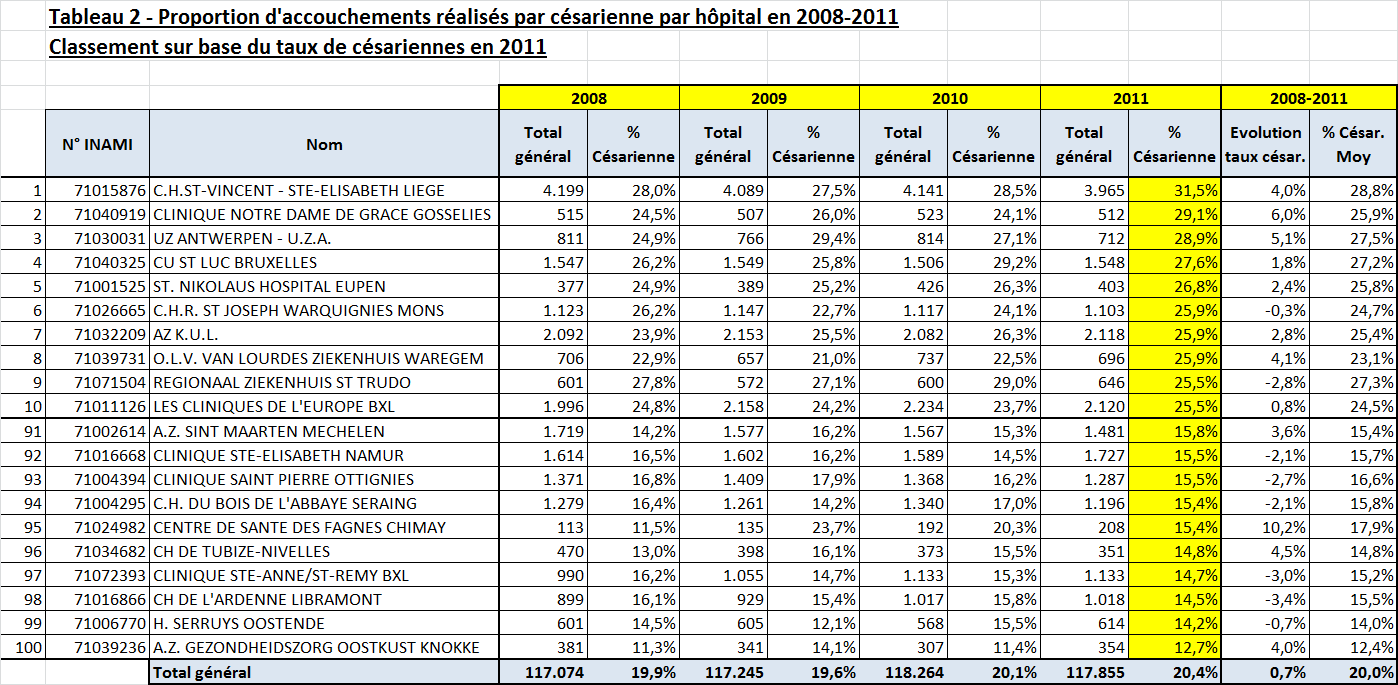
Le chiffres globaux présentés dans le tableau 1 donnent un aperçu de la concentration des activités dans certaines maternités. Les constatations générales suivantes peuvent être formulées :

1. Les 10 maternités les plus importantes, en termes de volume d’accouchement, prennent en charge 26,1% des naissances. Ce classement en termes de volume reste très stable à ces extrêmes sur l’ensemble de la période observée. Bien que toutes les naissances ayant eu lieu dans les 5 maternités de Bruxelles faisant partie du top-10 ne concernent pas exclusivement des mamans bruxelloises, les chiffres confirment la croissance démographique de la capitale ces dernières années. Le nombre de naissances passe de 12.330 en 2008 à 13.262 en 2011 (croissance de 7,6%) tandis que la quote-part de ces 5 maternités bruxelloises passe de 10,5% du total des naissances à l’hôpital en 2008 à 11,3% en 2011.
2. Les 10 maternités produisant le moins d’activité, représentent à peine 2,5% des accouchements. Le tableau exhaustif à l’annexe 3 montre en outre que la moitié des maternités se chargent de moins de 25% des accouchements : la variabilité en volume des 100 maternités observées est donc beaucoup plus importante que la variabilité en production de séjours (classiques et one day) des hôpitaux généraux**.**

Ces constatations pourraient nourrir le débat autour de la réorganisation/concentration éventuelle de certaines activités hospitalières.

4.2. Chiffres globaux – taux de césarienne brut par maternité

Le tableau 2 ci-dessous reprend pour les 4 années observées, le taux de césariennes des 20 maternités extrêmes en termes de taux de césariennes. L’avant-dernière colonne reprend le taux de croissance relatif moyen annuel du taux de césariennes par maternité : en évoluant de 28,0% en 2008 à 31,5% entre 2008 et 2011, la croissance annuelle moyenne du taux de césariennes de St-Vincent-Ste-Elisabeth Liège est de 4%. La dernière colonne reprend le taux de césariennes moyen observé sur ces 4 années.



Le tableau 2 classe les hôpitaux en fonction du taux de césariennes observé pour l’année 2011. Deux constatations générales peuvent être formulées :

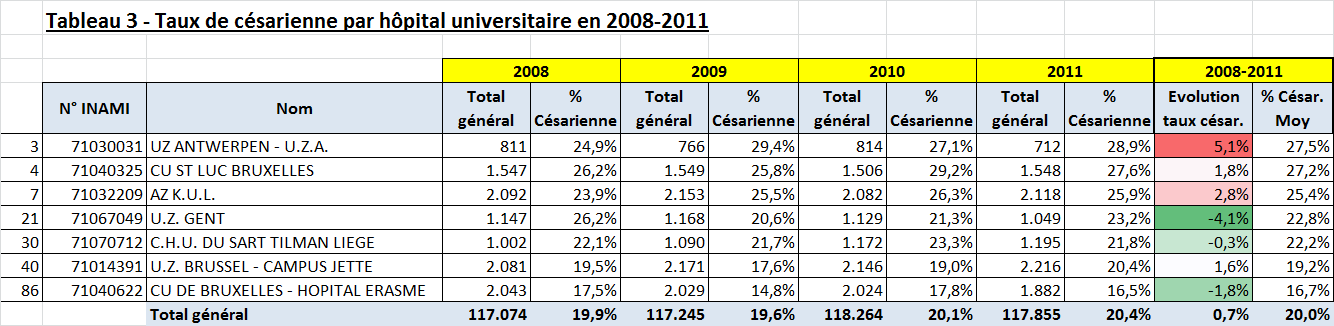
1. La moyenne nationale (20,4%) se situe à plus de 5% au-dessus du taux maximal[[12]](#footnote-12) accepté par l’OMS[[13]](#footnote-13),
2. On observe une variation très importante entre institutions autour du taux moyen de césariennes en Belgique (plus ou moins 20% au cours des 4 années observées). Ce taux de césarienne varie entre 31% (plus de 50% au-dessus de la moyenne belge) et 12,7% soit 2/3 de la moyenne nationale.[[14]](#footnote-14)

*Césariennes en proportion du total des naissances attendues[[15]](#footnote-15)*

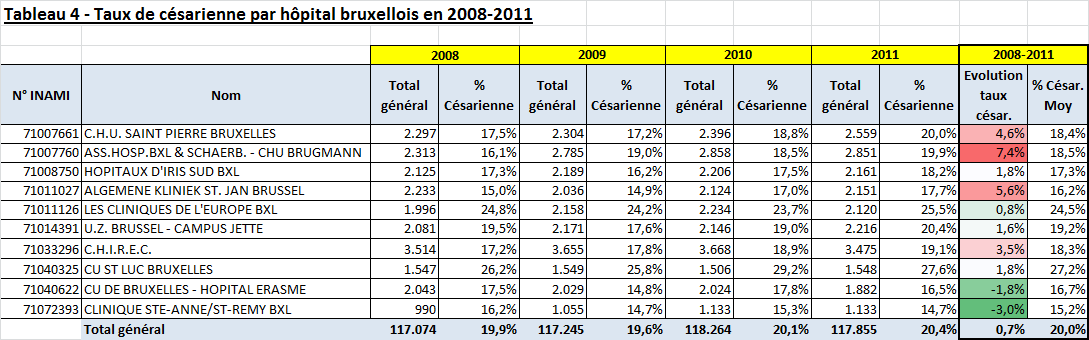
*À cause du risque que représente un recours abusif à la césarienne, cet indicateur est assorti à la fois d'un niveau minimum et d'un niveau maximum acceptables. Si le niveau minimum n'est pas atteint, c'est-à-dire si moins de 5 % des accouchements sont faits par césarienne, on pourra en conclure que les femmes qui auraient besoin d'une césarienne ne bénéficient pas de cette intervention. La priorité sera alors d'améliorer l'offre et l'exécution des césariennes faites à bon escient.*

*Si le niveau maximum de césariennes est dépassé, c'est-à-dire si plus de 15 % des accouchements se font par césarienne, on pourra en conclure que certaines césariennes sont faites inutilement. Il faudra alors encourager une surveillance au niveau local et dans les services pour empêcher l'exécution de césariennes inutiles.*

Dès lors, quels éléments permettraient d’expliquer une telle variabilité du taux de césariennes entre institutions? Du tableau 3, qui présentent les taux de césariennes au sein des hôpitaux universitaires, il ressort vraisemblablement que le caractère académique de l’institution ne semble pas influencer les résultats.

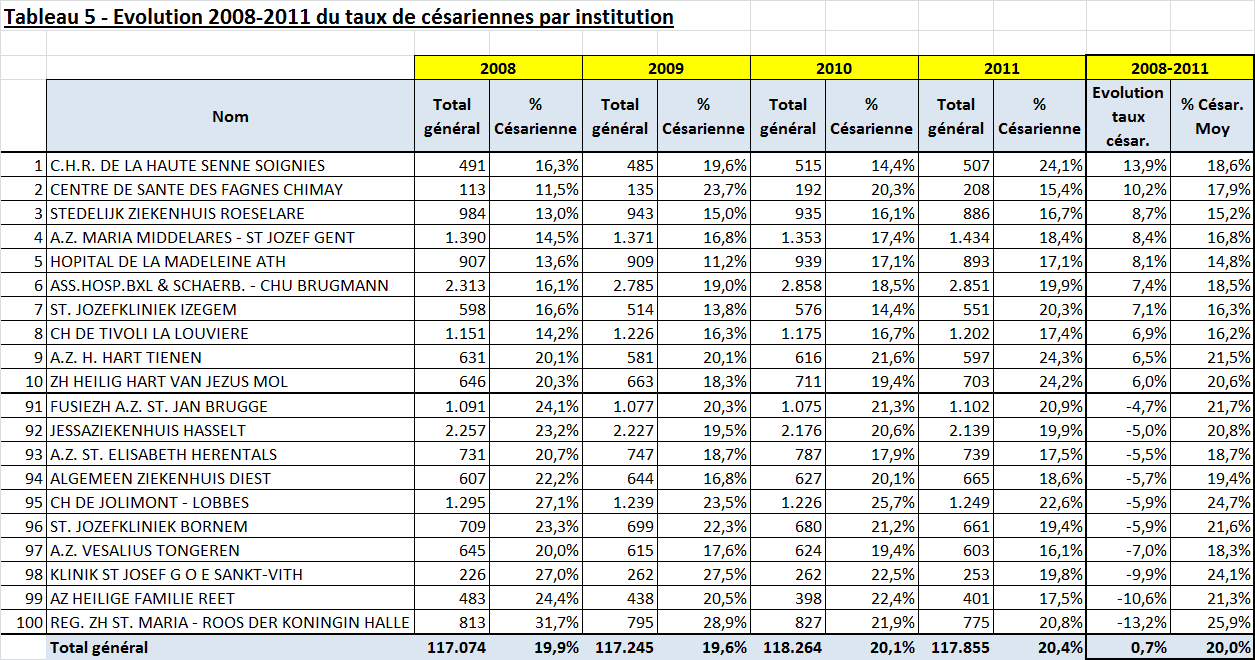


Le rapport publié par l’ AIM en 2005[[16]](#footnote-16), avance l’hypothèse selon laquelle les résultats regroupés sur base régionale « diluent » sans aucun doute les différences constatées dans les résultats présentés par institution. Cette hypothèse se confirme dans le tableau 4 qui donne un aperçu de la situation observée au sein des hôpitaux bruxellois.



Sur base des informations présentées dans les tableaux 3 et 4 ci-dessus, ainsi que la connaissance des réseaux (in)formels entre d’une part, le réseau de l’ULB/Iris et le réseau UCL d’autre part, une explication possible de la variation intrahospitalière à Bruxelles du taux de césariennes - pourrait résider dans le lieu de formation du prestataire.

4.3. Evolution du taux de césariennes brut 2008-2011 par maternité



Le tableau 5 présente les hôpitaux ayant connu la plus forte variation du taux de césariennes entre 2008 et 2011. Bien qu’il s’agisse d’une série courte (4 ans), les évolutions par institution sont beaucoup plus volatiles que l’évolution nationale, présentant une quasi stabilité autour des 20% (contre 18% en 2002[[17]](#footnote-17)).

**5. Résultats détaillés pour l’année 2011**

5.1. Caractéristiques des patientes et des séjours par maternité

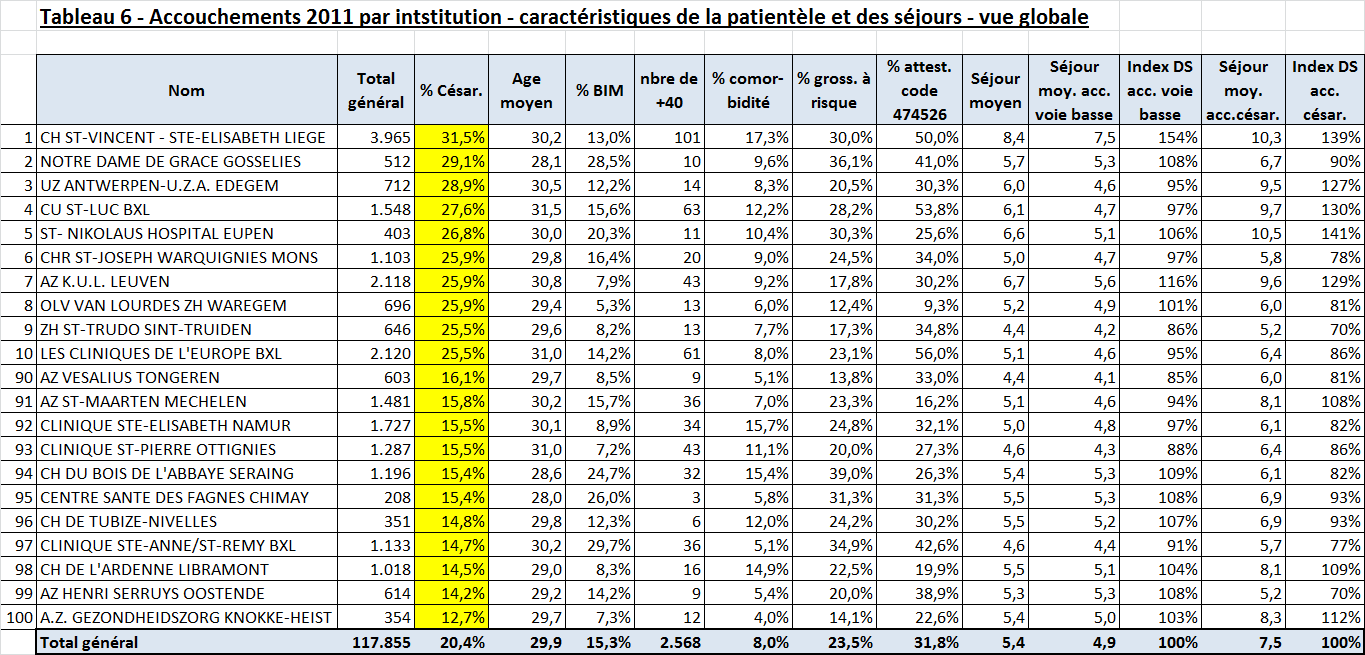
Les résultats présentés plus haut nous montrent donc qu’il existe une variabilité importante des taux de césariennes entre institutions. Dans cette section, nous tenterons d’expliquer cette variabilité en la mettant en relation avec les caractéristiques sociodémographiques des patientes, en particulier les éléments qui caractérisent une grossesse à risque. Une grossesse à risque est définie dans ce rapport de deux manières différentes : grossesse à risque définie « ex ante » et une définition « ex-post ».

La définition « ex-ante » de la grossesse à risque est basée sur des données individuelles actuelles (ou passées) de la patiente : l’âge, le droit à l’intervention majorée et la comorbidité durant la grossesse[[18]](#footnote-18) ( définie par la consommation de certaines catégories de médicaments durant la grossesse). La détermination   « ex post » de la grossesse à risque, a, quant à elle, lieu au moment même de l’accouchement, et est déterminée/définie par le gynécologue par l’attestation du code 474526 *‘Présence effective dans la salle d'accouchement à la fin du travail et au moment de la naissance et prise en charge du nouveau-né en cas de grossesse à risque et sur prescription du médecin accoucheur, du médecin spécialiste en pédiatrie, par nouveau-né’*.

Puisque ‘activée’ par un praticien, cette définition « ex-post » de grossesse à risque – et pouvant éventuellement donner lieu plus rapidement à un accouchement via césarienne - pourrait être considérée comme ayant un poids ‘médical/pathologique’ plus important qu’une détermination « ex ante » de la notion de grossesse à risque, purement basée sur des données non liées directement à la grossesse, mais dont les critères ont été déterminés et validés par le KCE. D’autre part, compte tenu de l’impact financier bénéfique pour la maternité et/ou les prestataires concernés de l’attestation du code 474526, il y a lieu de garder en mémoire cet élément de possible optimalisation des ressources financières lors de l’interprétation de ces résultats[[19]](#footnote-19). En mettant ensemble les données de facturation et les données cliniques, il va de soi que l’interprétation de ces résultats serait structurellement facilitée.

Outre les caractéristiques susmentionnées liées à la patiente ou à son accouchement (âge, statut BIM[[20]](#footnote-20), nombre de patientes de plus de 40 ans, taux de patientes avec une comorbidité, quote-part des grossesses à risque parmi les accouchements réalisés, taux d’attestation du code 474526 – estimation d’une grossesse à risque par le gynécologue), la durée moyenne - globale et par type d’accouchement – par séjour est également présentée.

Le tableau 6 ci-dessous, extrait du tableau exhaustif de l’annexe 4[[21]](#footnote-21), reprend donc les résultats 2011 des 20 maternités extrêmes en termes de taux de césarienne brut avec les différentes caractéristiques énumérées. Les colonnes ‘Index DS acc. voie basse’ et ‘Index DS acc. césar.’ donnent une idée de la variation de la durée de séjour (DS) entre institutions, que ce soit pour des accouchements par voie vaginale ou pour les césariennes.

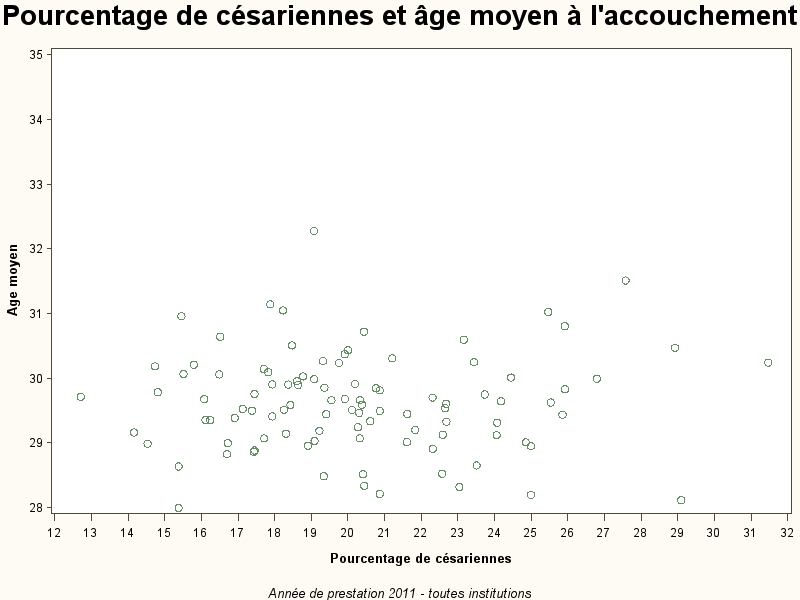


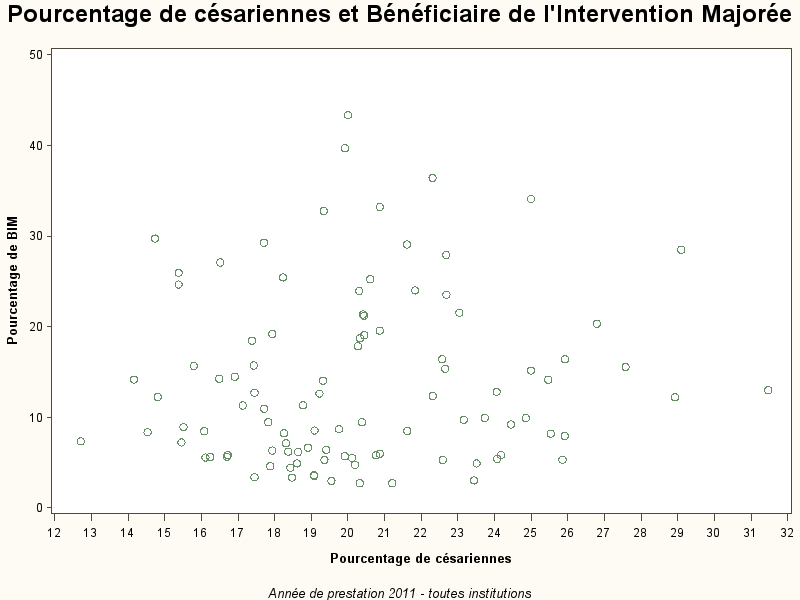
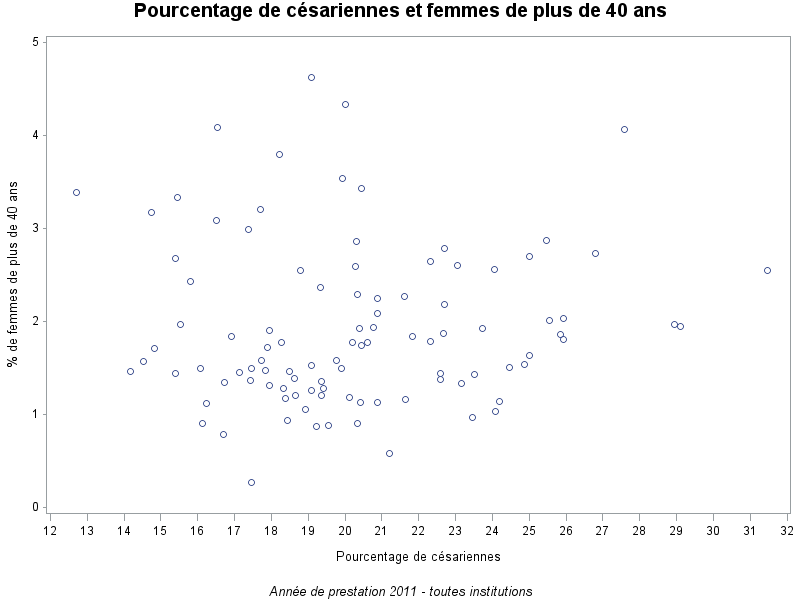
Première constatation : il n’y a, à priori, pas de tendance globale pouvant expliquer la variation de taux de césariennes entre les institutions. Par rapport aux moyennes nationales et entre institutions, hormis l’âge moyen – explication biologique naturelle – les autres indicateurs personnels varient fortement entre institution.

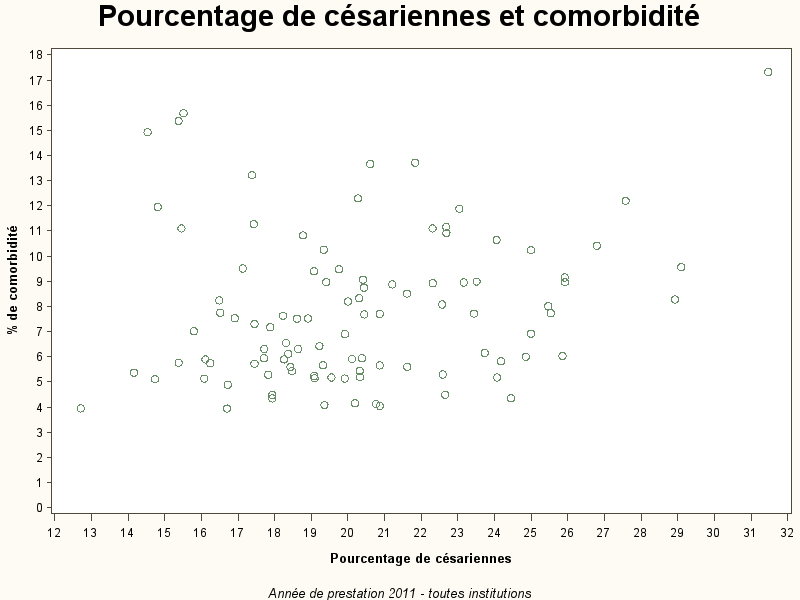
Pour chaque institution avec une caractéristique spécifique de patientèle et taux élevé ou faible de césariennes, on retrouve une institution avec un taux de césariennes allant dans le sens inverse, mais présentant la même caractéristique de patientèle :

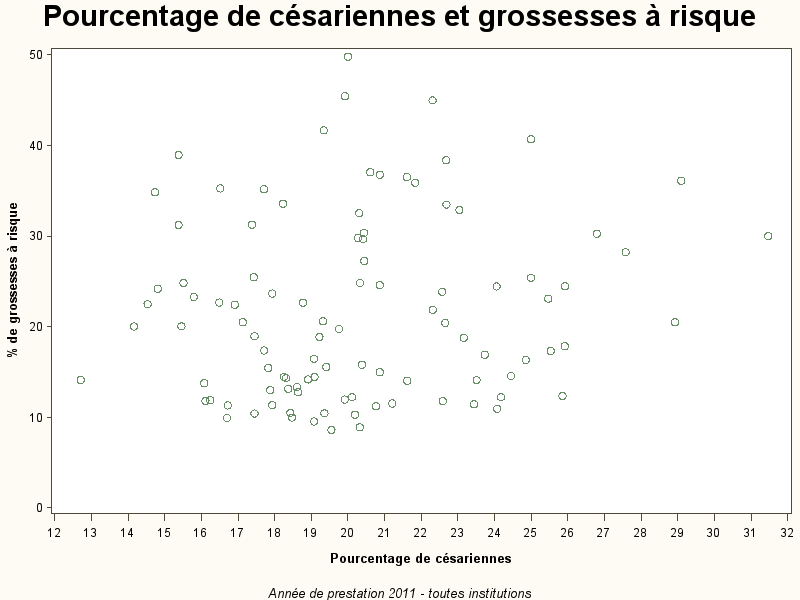
* Age moyen élevé : St-Luc (27,6% de césariennes) et Cliniques de l’Europe (25,5%) vs St-Pierre Ottignies (15,5%)
* % BIM élevé : Notre Dame de Grâce Gosselies (29,1% de césariennes) et Eupen (26,8%) vs Bois de l’Abbaye Seraing (15,4%), Chimay (15,4%) et Ste-Anne/St-Remi Bxl (14,7%)
* % Comorbidité élevé : St-Vincent Ste-Elisabeth Liège vs Ste-Elisabeth Namur et Libramont
* % global élevé de patientèle avec grossesse à risque : Gosselies (29,1% de césariennes) vs Bois de l’Abbaye (15,4%).
* Attestation du code 474526 : plus prononcé dans le haut du tableau, mais Waregem (9,3% de d’attestation) présente une très faible taux.

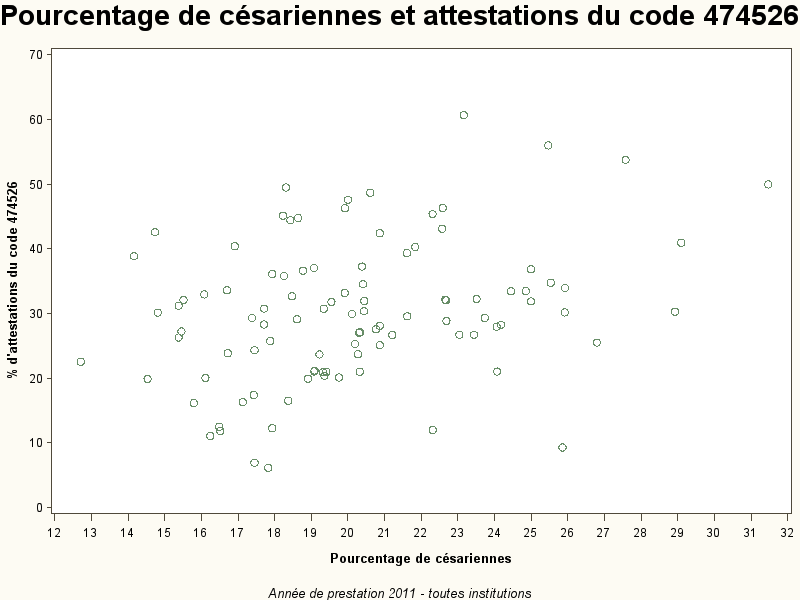
Les graphiques présentés ci-dessous permette de mettre en évidence de manière claire le manque de relation entre ces variables et les taux de césariennes observés par institution.



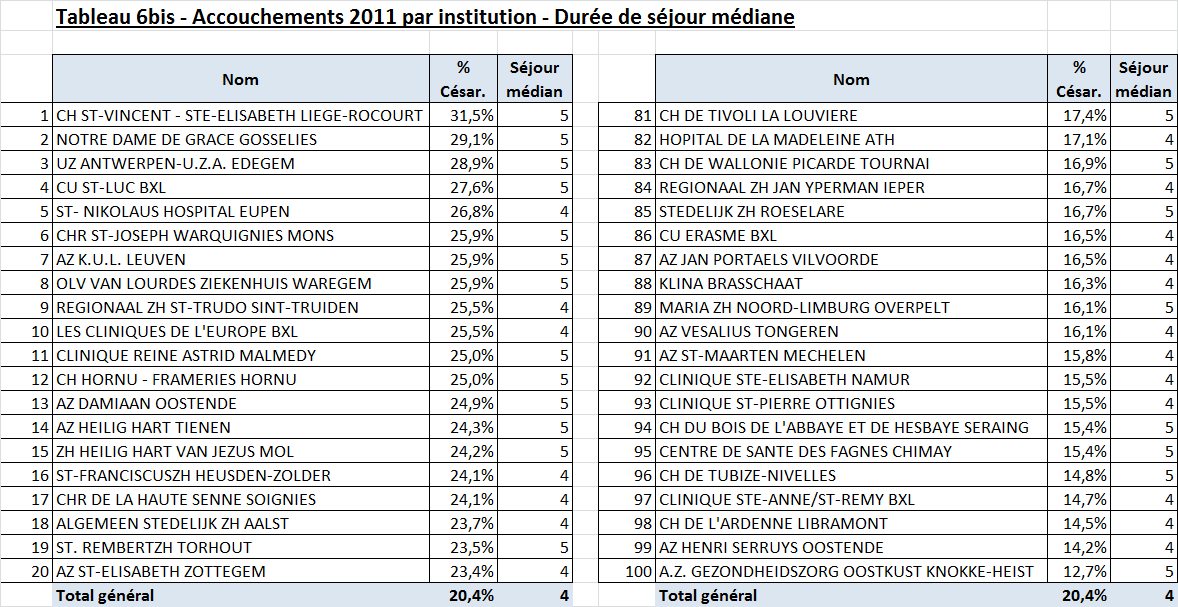








D’autre part, le tableau 6 présente également les résultats en termes de durée de séjour moyenne par institution et par type d’accouchement. Ainsi, après un accouchement par voie basse, les patientes restent en moyenne 4,9 jours à l’hôpital contre 7,5 pour un accouchement par césarienne (5,4 jours tout type d’accouchements confondus). Ici aussi des variations importantes entre institutions peuvent être relevées. Avec un séjour moyen de 7,5 jours pour un accouchement par voie basse, St-Vincent Ste-Elisabeth Liège se situe à 54% au-dessus de la moyenne nationale. Avec 10,3 jours pour les césariennes, la moyenne nationale est dépassée de 39%. La moyenne générale de cet hôpital se situe sans surprise largement au-dessus de la moyenne nationale (8,4 jours contre 5,4 pour l’ensemble des accouchements en Belgique). L’annexe 4 reprend également les chiffres relatifs à la durée de séjour médiane (globale). A ce niveau, les chiffres sont beaucoup plus homogènes : toutes les institutions se situent à 4 ou 5 jours. La Clinique du Sud Luxembourg à Arlon est la seule institution avec une médiane de 3 jours. L’implantation géographique à l’extrême sud-est du Royaume serait-elle relatée à ce résultat ?

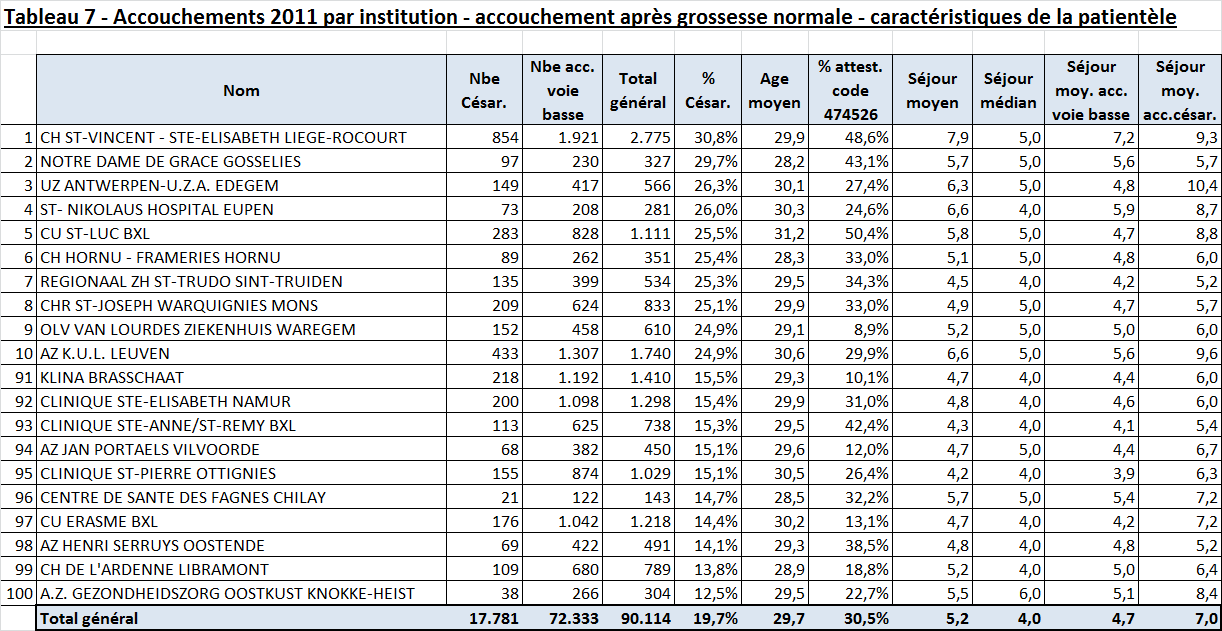


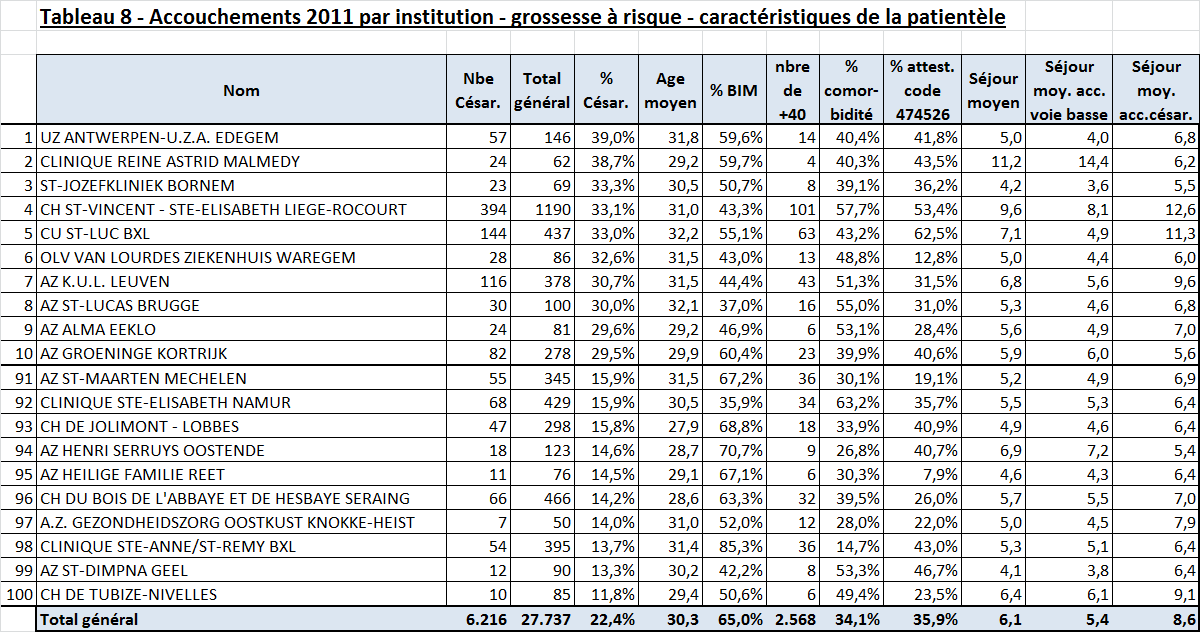
5.2. Comparaison des taux de césariennes pour des groupes homogènes de patientes

Dans la section précédente, nous avons analysé le taux de césariennes global des institutions c’est-à-dire le taux de césariennes pour l’ensemble des accouchements réalisés dans chaque maternité. Nous avons ensuite tenté d’expliquer les variations observées en les mettant en relation avec les caractéristiques de la patientèle de chaque institution sans pouvoir tirer de conclusion univoque.

Dans cette section, nous avons été un pas plus loin et avons calculé le taux de césariennes pour deux groupes (plus) homogènes de patientes au sein de chaque institution. Les tableaux 7 et 8 présentent donc respectivement les taux de césariennes dans chaque maternité pour les femmes ayant eu une grossesse normale (tableau 7) et pour les femmes ayant eu une grossesse à risque définie « ex-ante » (tableau 8). Le tableau 9 compare les résultats pour ces deux groupes de patientes.

En effet, si la variation du taux de césariennes entre institutions est liée principalement aux caractéristiques de la patientèle traitée, une homogénéisation maximale de celle-ci en termes de caractéristiques (pseudo-)cliniques/épidémiologiques devrait mener à une homogénéisation du taux de césariennes par institution.

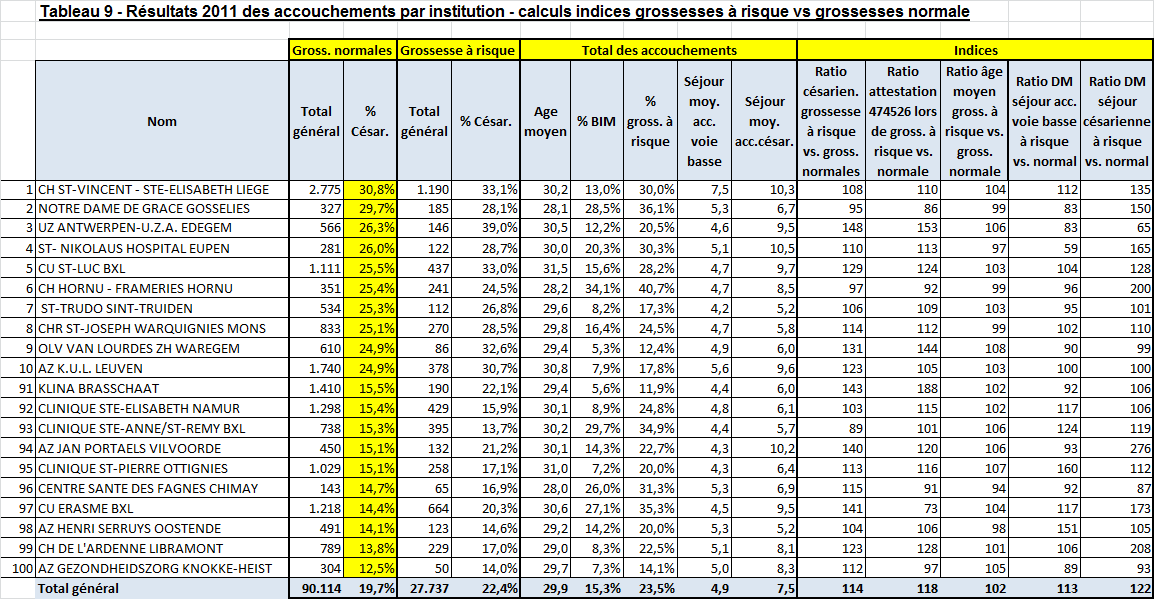




Cinq maternités du top-10 du tableau 7 (grossesses normales) reviennent dans le tableau 8 (grossesses à risque): St-Vincent Ste-Elisabeth Liège, UZ Antwerpen, KUL, CU St-Luc et Waregem. De l’autre côté, Erasme se retrouve à la 97ième place pour les accouchements ‘normaux’. Ces constatations semblent aller dans le même sens que les résultats observés dans les tableaux 3 et 4 supra.

A noter également que globalement, la facturation du code 474526 ne diffère pas fondamentalement en fonction que ce soit une grossesse normale (30,5%) ou à risque (35,9%), bien que le scatterplot y relaté page 19 semble quand même indiquer une légère corrélation. En particulier, les hôpitaux attestant beaucoup plus souvent ce code que la moyenne nationale le font apparemment systématique – que ce soit pour les grossesses normales ou à risque, taux de césariennes élevé ou pas –(Sint-Vincent Liège, CU Saint-Luc, Saint-Anne/Saint-Remy Bxl, Henri Serruys Oostende).

L’attestation du code 474526 reflète-t-elle le profil de risque de la patiente  ou constitue-t-elle un élément de la politique de facturation de l’hôpital/du prestataire? Est-ce un élément de sécurité contre les recours potentiel en justice ? Existe-t-il un lien avec les clauses des assurances professionnelles? Sans données cliniques à disposition, l’AIM ne peut formuler une réponse univoque à cette question, d’où la nécessité d’une concertation avec tous les acteurs concernés, bien entendu si ceux-ci sont disposés à mettre leurs données à disposition pour la discussion.



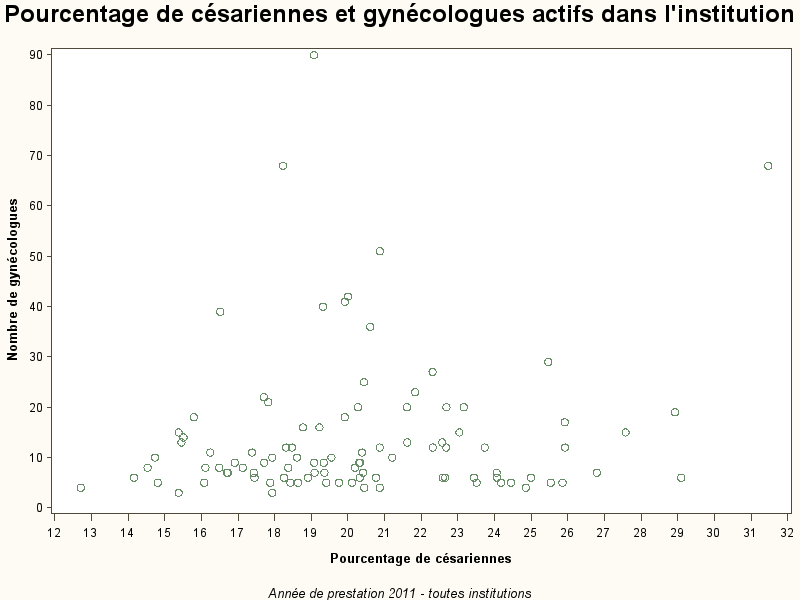
Le tableau 9 tend à confirmer qu’à tout le moins la maternité, sinon le prestataire individuel, semble jouer le rôle principal quant au choix du type d’accouchement. De manière générale, toutes les maternités ont un taux de césariennes de +/- 15 pourcent plus élevé pour les grossesses à risque. Les hôpitaux universitaires se détachent plus nettement, à la fois dans le haut et le bas où l’on constate nettement plus de césariennes lors des accouchements après une grossesse à risque, pouvant refléter le profil de risque théoriquement plus lourd de la patientèle des hôpitaux académiques.

Malgré cette (tentative de) homogénéisation, nous constatons que les taux de césariennes varient toujours fortement d’une maternité à l’autre. Pour le groupe « grossesse normale », les taux de césariennes varient de 30,8% à 12,5%. Dans le groupe « grossesse à risque », la variation est encore plus grande puisque les taux de césariennes se situent entre 39% et 11,8% pour l’année 2011[[22]](#footnote-22). La conclusion émise dans le rapport 2005 comparant les taux de césariennes par province, semble se confirmer au niveau de la comparaison par institution, à savoir que la patientèle traitée n’a pas ou peu d’influence sur le taux de césariennes observé dans l’ institution.

Les résultats du tableau 9 – homogénéité relative entre résultats grossesses (non) à risque par maternité - et le ‘classement’ plus ou moins similaire des tableaux 7 et 8 semblent également orienter la conclusion vers la piste de non influence de la patientèle.

5.3. Relation potentielle entre le taux de césariennes et le nombre de gynécologues actifs au sein d’un hôpital ?

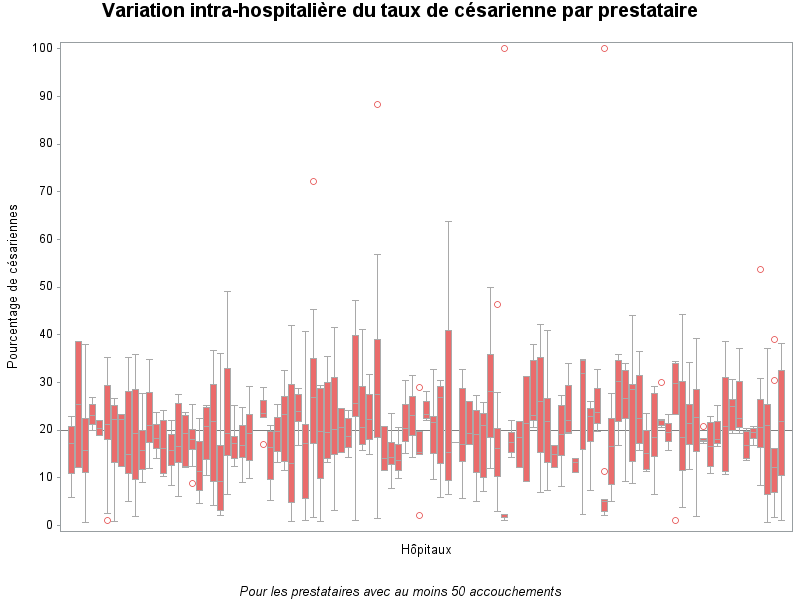
Les sections précédentes ont démontré qu’il n’existait, à priori, pas de liens significatifs entre les taux de césariennes observés et les caractéristiques considérées des patientes. Dans ce point, nous avons voulu mettre en évidence une relation éventuelle entre les taux de césariennes et les caractéristiques des maternités mêmes. Le graphique ci-dessous nous montre cependant, qu’il n’y a, à priori pas de lien significatif entre les taux de césariennes observés et le nombre de gynécologues actifs au sein de chaque maternité.



Dans ce contexte, nous allons vérifier s’il est possible de trouver des éléments d’explication au niveau des caractéristiques des prestataires physiques (non identifiables).

**6. Taux de césariennes par institution : évolution sur la période 2008-2011 – Impact du prestataire individuel ?**

6.1. Taux de césariennes au niveau du prestataire individuel



Dans le tableau ci-dessus, chaque barre représente la variation du taux de césarienne au sein de chaque hôpital[[23]](#footnote-23). En observant ce graphique, nous comprenons aisément pourquoi les analyses du taux de césariennes ayant la maternité pour unité d’observation ne nous permettent pas de dégager des conclusions claires. En effet, la variation de ce taux entre prestataires d’un même hôpital est encore trop importante. Ce constat justifie la nécessité d’affiner d’avantage le niveau de détail de notre analyse et de descendre jusqu’au niveau du prestataire individuel.

Cependant, nous sommes, à ce niveau de détail, confrontés aux contraintes légales imposées par législation sur la protection de la vie privée qui nous empêche de produire des informations effectives pour le grand public.

**Quid de l’impact de la législation sur la protection de la vie privée ?**

Outre le fait que l’AIM ne dispose que de données administratives et financières, toute analyse détaillée au niveau de l’institution basée sur la pratique du prestataire individuel est confrontée aux dispositions de la législation sur la protection de la vie privée visant à protéger, non seulement l’identité de la patiente – tout à fait logique – mais également celle du prestataire.

L’objectif poursuivi par l’AIM dans le cadre de ce rapport est de produire une analyse qui aurait pour finalité d’évaluer une question de santé publique et l’efficacité d’utilisation de deniers publics mis à disposition des prestataires. Etant donné que la finalité est d’ordre public – et qu’elle rentre dans le cadre des missions légales des organismes assureurs[[24]](#footnote-24) pour lesquels l’AIM opère en tant que sous-traitant - il semblerait que les résultats rendus anonymes au niveau du patient, mais pas du prestataire individuel devraient l’être également, puisque ceux-ci ne touchent pas la vie privée du prestataire individuel, mais uniquement la manière dont celui-ci opère au sein d’un système de soins de santé financé principalement par des deniers publics.

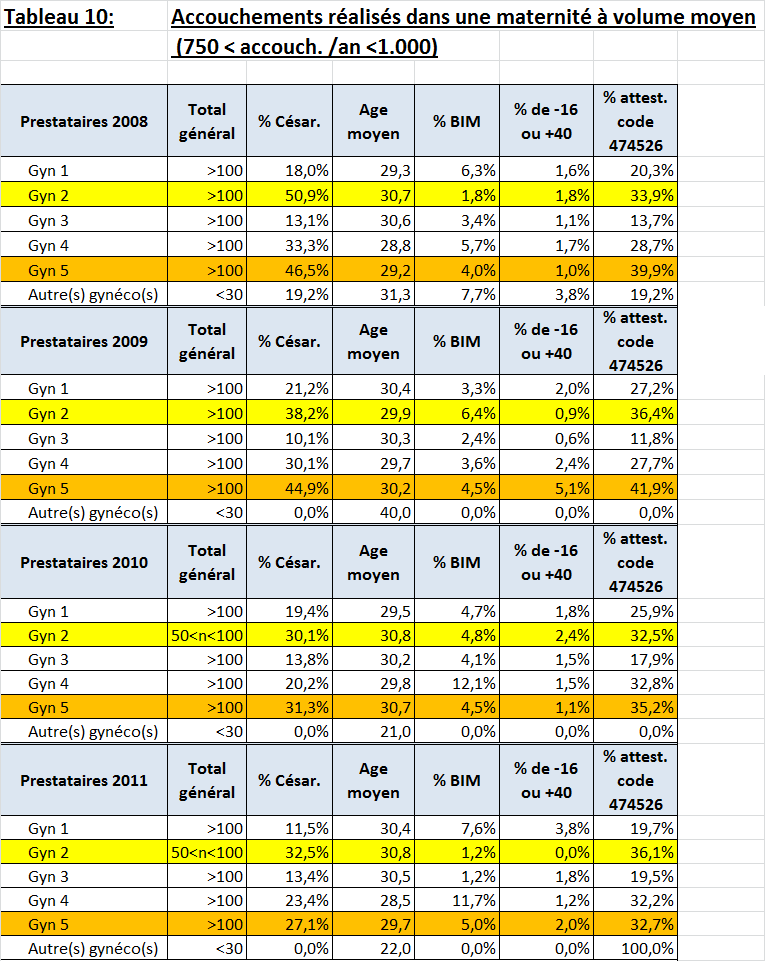
L’extension au prestataire personne physique, inadéquate à nos yeux , du terrain d’application de la législation sur la protection de la vie privée mène à une diminution significative du rendement de l’information de gestion pouvant être potentiellement mise à disposition (directe) des autres acteurs du secteur, en ne leur permettant pas d’apporter l’ensemble des éléments d’information et de conseils aux utilisatrices finales (les futures mamans), avec les nuances et limites d’interprétation nécessaires.

‘Techniquement’ parlant, ce problème de production d’information publique pertinente pourrait être résolu si ce type d’information – information relative à la production médicale d’un prestataire individuel et les conséquences financières y relatées, à la fois pour l’assurance-maladie et le patient - était catalogué comme retombant sous la définition de l’article 20, 1° de l’AR du 13/2/2001 en exécution de la loi vie privée du 8/12/1992 et serait donc considérée comme **des données qui sont en relation étroite avec le caractère public de la personne concernée** et non plus comme considéré actuellement par la jurisprudence et doctrine comme tombant sous l’article 19[[25]](#footnote-25). C’est cette discussion que les OA et l’AIM veulent entamer avec les acteurs concernés.

6.2. Cas d’évolution positive

Contrairement à la section précédente où il a été impossible de trouver une relation entre les caractéristiques individuelles des patientes et le de taux de césariennes dans la maternité au celles-ci accouchent, le tableau 10 ci-dessous démontre clairement qu’il est beaucoup plus facile d’identifier des éléments explicatifs si l’on descend au niveau des prestataires. Pour l’exemple repris ci-dessous, on constate que sur les 5 prestataires actifs dans cette maternité de manière constante entre 2008 et 2011, 2 d’entre eux ont vu leur taux de césariennes continuellement baisser de +/- 50% en 2008 à +/- 30% en 2011, sans modification fondamentale de la patientèle traitée au cours de cette période. Etant donné que ces deux gynécologues représentent 32% à 38% des accouchements, la variation du taux de césariennes pour cette institution observée durant la période d’observation s’explique par le poids relatif des deux gynécologues dans le total des accouchements de la maternité (Gyn 4 diminue d’ailleurs aussi en étapes entre 2008-2009 d’une part (+/-.30%) et 2010-2011 (+/- 20%) d’autre part).

Par contre, l’explication de ce changement de pratique ne peut être trouvée qu’en discutant directement avec les acteurs concernés.



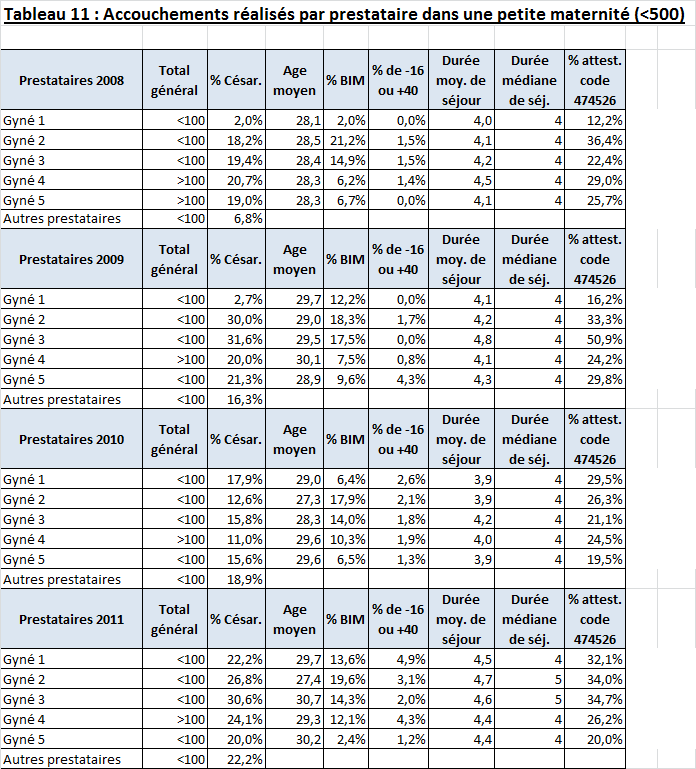
6.3. Evolution négative

Tout comme dans l’exemple positif ci-dessus, les fluctuations observées du taux de césariennes au niveau de la maternité peuvent être ramené aux effets (‘yoyo’) individuels de certains prestataires .

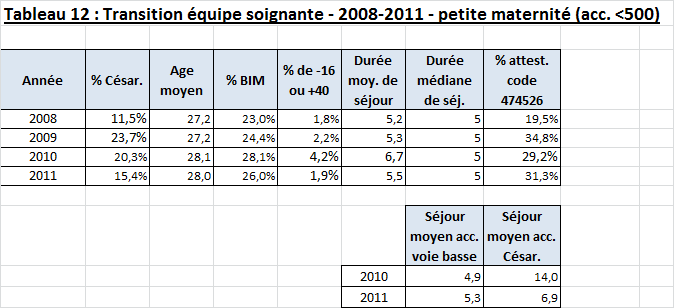
Le tableau 11 ci-dessous reprend le détail des 5 prestataires actifs de manière continue sur la période 2008-2011, ainsi que les résultats agrégés des autres prestataires n’ayant pas été continuellement actifs au cours de la période.

Cet effet ‘yoyo’ semble jouer sur toute la période - courte, bien entendu - pour Gynés 2 et 3. Gyné 1 a un taux de césariennes très bas en 2008 et 2009 (2%-3%), puis multiplie par dix ce taux à partir de 2010. L’effet ‘yoyo’ commence en 2009 pour Gyné 4, mais de moins grande ampleur que chez Gynés 2 et 3. Enfin, Gyné 5 reste plus ou moins au même niveau sur toute la période, mais voit son volume d’accouchements diminuer.

A nouveau, à part éventuellement le taux important d’attestation du code 474526 en 2009 pour le gynécologue numéro 3, impossible d’expliquer cette variation individuelle sur base de la patientèle traitée au cours de cette période par les prestataires respectifs.



6.4. Impact d’une équipe soignante en transition



L’évolution du taux de césariennes 2008-2011 est intéressante parce que les données détaillées montrent que l’hôpital a connu un changement important au sein de son équipe soignante, cela ayant un impact direct sur le taux de césariennes observé (ainsi que sur la fréquence d’attestation du code 474526), bien que le profil de la patientèle ne se modifie pas au cours de cette période.

Ainsi, sur la période considérée, deux prestataires font partie de manière ininterrompue de l’équipe soignante. Sur toute la période, 6 gynécologues ont été actifs au sein de la maternité, avec un nombre de maximum 4 gynécologues par année de prestation. Pour les deux prestataires ayant eu une activité continue, on constate l’évolution suivante :

* Prestataire A est passé de plus de 100 accouchements en 2008 (représentant en outre une part très importante de l’activité totale de cette maternité[[26]](#footnote-26)) à moins de 50 en 2011, avec un pourcentage de césariennes de 8,2%
* Prestataire B passe de 2 accouchements en 2008 à plus de 100 en 2011 (soit quasi 2/3 des accouchements en 2011), avec un pourcentage de césariennes de 20,6%

Si cette substitution d’activités se confirme dans le futur, cela mènera sans aucun doute, une fois l’activité du prestataire A complètement terminée, à un taux de césariennes global plus élevé pour cette maternité.

6.5. Conclusion

Sur base des exemples avancés, facilement interprétables, puisque concernant à chaque fois des maternités à petit ou moyen volume, il est justifié d’avancer que le taux de césariennes – et son évolution dans le temps – observé dans une maternité n’est qu’un ‘proxy’ très brut de la pratique individuelle. Tant qu’il est – légalement – impossible de lancer nominativement le débat sur ce sujet – en particulier pourquoi le prestataire A avec une pratique et patientèle semblable à celle du prestataire B a-t-il un taux de césarienne beaucoup plus faible/plus élevé que son confrère – l’AIM demande que les acteurs concernés se rencontrent afin de compléter et d’enrichir l’information disponible dans le but d’améliorer la qualité de la pratique et d’informer au mieux, et de façon nuancée, les utilisatrices finales de ces services.

L’ambition finale étant qu’après la mise en commun de toute l’information disponible, menant espérons-le à un consensus sur l’interprétation des résultats par prestataire personne physique, ce soient les prestataires individuels eux-mêmes qui mettent cette information– et l’interprétation à y apporter – à disposition de leurs patientes.

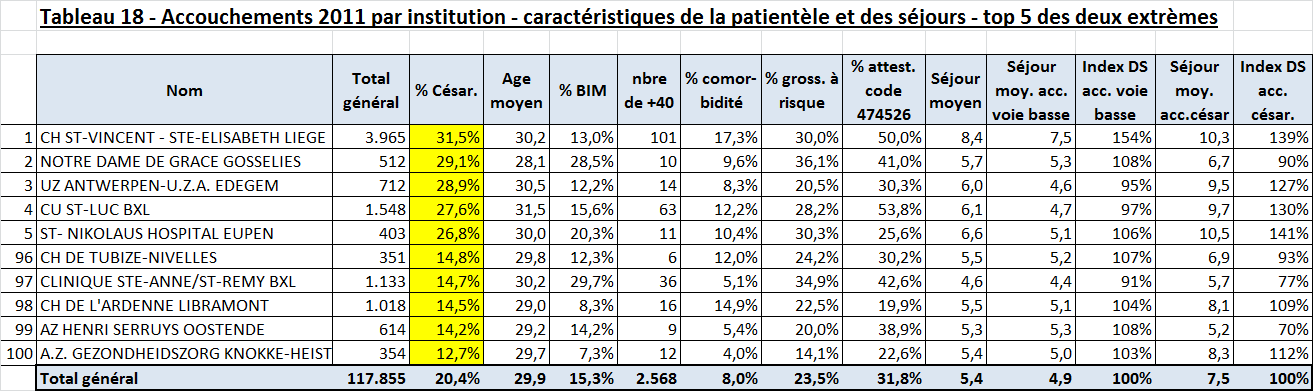
**7. Discussion**

1. Dans ce rapport, nous avons tenté d’exploiter au maximum le potentiel des données AIM à notre disposition, à savoir leur caractère
   1. Individuel,
   2. Exhaustif et
   3. Longitudinal[[27]](#footnote-27),

Nos analyses ne nous ont toutefois pas permis de trouver dans les caractéristiques de la patientèle traitée et celles liées à la maternité la réponse à la question : pourquoi une telle divergence en termes de taux de césariennes entre institutions?

Sur base du dernier élément dont nous disposions dans nos données, à savoir le volume d’activité par prestataire (sur 4 ans) et son/ses lieu(x) de pratique, nous avons également fait une dernière tentative d’explication. Cependant, les chiffres et résultats n’apportant pas d’éléments d’explication claire, nous avons renvoyé ce chapitre en annexe. Les résultats détaillés de cette analyse sont également disponibles dans les fichiers en annexe.

Les variations du taux de césariennes entre les extrêmes restant très importantes après avoir tenté de neutraliser les caractéristiques liées aux futures mamans, comme illustré par le tableau 18 synthétique, la seule explication valable et apparemment confirmée par les exemples concrets présentés dans le chapitre 6, consiste dans le profil individuel des prestataires.



Les limites imposées par la législation sur la protection de la vie privée sur la publication nominative par prestataires de ses résultats peut constituer, dans un premier temps, des contraintes apparentes en termes de transparence (étant donné la nature particulièrement frappante de certains résultats). Cependant, ces limites imposées par la législation sur la protection de la vie privée obligent – et permettent d’offrir un temps de réflexion et de dialogue avec les acteurs concernés, de manière à pouvoir produire, à terme, un message beaucoup plus nuancé et correspondant certainement d’avantage à la réalité.

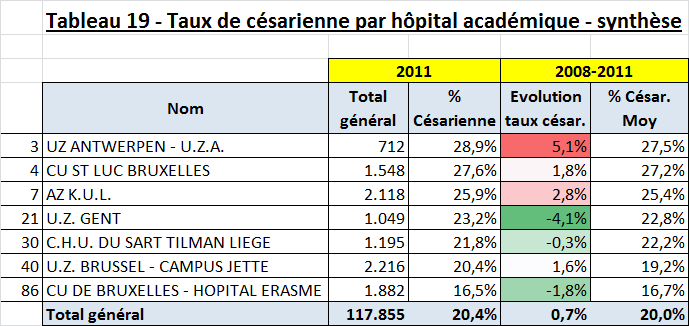
Et bien que les résultats dans ce rapport montrent clairement que le taux de césariennes par maternité ne donne qu’une image très brute de la pratique individuelle des prestataires actifs au sein d’une même maternité, l’AIM se voit contrainte à limiter son information ‘grand public’ à ce type de statistiques par maternité, puisque la publication de chiffres identiques par prestataire personne physique est interdite de par la législation vie privée.

Pour cela, l’AIM voudrait, à relativement court terme, publier au sein de l’Atlas AIM les chiffres-clés suivants par maternité et leur évolution, ce à partir des accouchements réalisés en 2009:

* 1. Nombre total d’accouchements réalisés par année
  2. Taux global de césariennes par année
  3. Taux de césariennes après une grossesse normale
  4. Proportion d’accouchements après une grossesse à risque dans le total des accouchements de la maternité

Cette publication ne sera effectuée qu’après concertation et validation des données par les représentants des praticiens et du monde académique, avec une volonté d’ouverture et transparence totale de la part de l’AIM.

1. Compte tenu de la variation importante du taux de césariennes constatée entre les hôpitaux académiques, l’AIM souhaiterait également mener une analyse plus en profondeur pour vérifier si l’hypothèse selon laquelle la formation académique spécifique par faculté de médecine aurait un impact sur le taux de césariennes ( hypothèse basée sur la situation intrahospitalière à Bruxelles et constatée par prestataire individuel) se confirme.



1. La faible cohérence que nous avons constaté entre ce que nous avons défini comme étant une grossesse à risque « ex ante » (déterminée par des caractéristiques socio-économiques et de consommation de médicaments individuelles de la future maman et validées par le KCE) - et « ex post » (c’est-à-dire activée par le prestataire-gynécologue au moment de l’accouchement par l’attestation du code 474526 ) est difficilement explicable sur base des données à disposition de l’AIM et/ou si l’on se limite à une pure logique médicale pour tenter de l’expliquer.

En effet, ce manque de cohérence entre la définition « ex-ante » et l’attestation du code 474526 au niveau du prestataire individuel, pose question. Il y a lieu de se demander si l’attestation de ce code répond effectivement toujours à la condition nécessaire pour pouvoir l’attester, à savoir un cas de grossesse à risque. Ou est-ce que le gynécologue-prescripteur met-il plus l’accent sur la nécessité/confort selon lui de la présence d’un pédiatre à l’accouchement ?

Une définition plus précise de la condition nécessaire – à savoir de ce qui est considéré comme une grossesse à risque – par le biais de règles d’interprétation plus strictes au niveau de la nomenclature éviterait peut-être la confusion actuelle (et passée[[28]](#footnote-28)) apparente.

**8. Conclusions générales**

Malgré l’avantage indiscutable de pouvoir disposer de données individuelles exhaustives et longitudinales permettant de recomposer le trajet logistique médical de la patiente au cours de sa grossesse jusqu’à son accouchement, suivi du trajet de soins postnatal[[29]](#footnote-29) pour la jeune mère et l’enfant, l’AIM se voit confrontée aux limites d’interprétation intrinsèques des données dont elle dispose. Parce que ne disposant pas des éléments cliniques pouvant mener à une interprétation médicalement plus correcte des éléments constatés, ce rapport s’est limité à une pure description de la situation observable. Toutefois et compte tenu de la grande variabilité constatée entre institutions et prestataires physiques, ce pur descriptif suscite suffisamment de questions pouvant ouvrir le débat.

Par conséquent, l’AIM souhaite participer de façon constructive à la réalisation d’un projet qui, dans la philosophie des conclusions formulées lors du débat organisé à l’occasion du séminaire des 10 ans de l’AIM en décembre 2012, contribuerait à définir l’équilibre, fragile, à trouver entre les instruments nécessaires pour réaliser des objectifs publics, justifiés, de qualité et d’accessibilité des soins d’une part et les droit individuels en termes de protection de vie privée du prestataire personne physique d’autre part.

L’AIM lance donc un appel explicite aux différents acteurs du système, en particulier les principaux concernés, à savoir les praticiens, les maternités et l’INAMI, afin de regrouper toutes les données pertinentes en la matière et les experts du secteur, de manière à pouvoir communiquer un message unique, clair et homogène au public professionnel ou autre intéressé et en particulier aux futures mamans.

L’AIM est prête à mettre les résultats individuels nominatifs à disposition des prestataires intéressés, ce dans le cadre des missions légales des médecins conseil des mutualités, de manière à pouvoir interpréter de la façon la plus correcte possible ces résultats.

Si par ce biais, une relation de confiance structurelle peut être créée, cela pourrait contribuer à ce que le prestataire physique, après concertation et validation des résultats le concernant, les publie lui-même de sa propre initiative , offrant ainsi une service d’information très apprécié à sa patientèle.

**9. Réactions des/contacts avec les maternités**

9.1. Distribution du rapport aux maternités

La distribution du rapport 2008-2011 vers les hôpitaux avec demande de réaction/amendement/validation par rapport à son contenu a été organisée uniquement par voie électronique et avec comme destinataires les directions générales et médicales des hôpitaux. Les courriers ont été envoyés le 8 mai 2014, avec le message suivant :

*Chère madame, cher monsieur,*

*Veuillez trouver en annexe le rapport de l’Agence InterMutualiste (AIM) ‘Accouchements réalisés au cours de la période 2008-2011 en Belgique’ reprenant par maternité les taux de césariennes y observés. Dans le fichier excel, vous pourrez vérifier les chiffres relatifs à votre institution. Des données relatives aux prestataires personnes physiques sont également disponibles dans ce fichier. Cependant, les dispositions de la législation sur la protection de la vie privée empêchent toute publication nominative selon cette procédure.*

*La communication de ce rapport et des données chiffrées détaillées l’accompagnant a trois objectifs, dont nous aimerions discuter avec votre direction :*

1. *Demande de validation/enrichissement des données relatives à votre maternité. Une fois cette procédure de validation/enrichissement passée, les données seront disponibles sous forme d’indicateurs divers mis à jour sur base annuelle au niveau de l’Atlas AIM (http://atlas.ima-aim.be). En l’absence de réaction de votre part pour le 16 juin, l’AIM considérera les résultats de votre maternité comme validés.*
2. *Si vous le souhaitez, l’AIM est disposée à venir présenter les données individuelles nominatives relatives à votre maternité, normalement avec une série mise à jour pour la période 2008-2012, pour discuter des chiffres produits, des variances énormes intra-hospitalières constatées et des possibles explications cliniques à votre disposition éclaircissant ce phénomène.*
3. *Enfin, nous nous voyons confrontés à la constatation qu’un taux moyen par maternité reste un ‘proxy’ très brut de la pratique individuelle au sein de l’institution. Les modalités de la législation vie privée exigent l’accord explicite du prestataire concerné avant la publication effective de ce type de résultats. Bien que les missions légales des médecins-conseil des mutualités rendent possible que celui-ci transmette cette information nominative aux affiliés des mutualités, ce canal de communication lourd et complexe ne nous semble pas adéquat pour ce type d’information qui sera sans doute souvent demandé. Nous préférerions entamer la discussion avec vous et vos prestataires pour qu’après validation des données individuelles, les prestataires concernés soient disposés à rendre publiques celles-ci, publication pouvant par exemple être organisée au niveau de la maternité et/ou par le prestataire lui-même, par les (cercles des) MG locaux et/ou par les mutualités, mais avec la garantie et l’avantage qu’un message unique sera transmis vers l’extérieur, en particulier vers l’intéressée principale, la future maman.*

*Par ce ‘projet pilote’, les mutualités et l’AIM espèrent mettre en route une discussion de fond avec les prestataires et les autres acteurs concernés sur la nécessité d’une exploitation ‘optimale’ des données individuelles disponibles au sein des mutualités et de la procédure (de concertation) nécessaire à organiser pour réaliser cette exploitation. Cette ‘optimalisation’ pourrait aller jusqu’à des résultats nominatifs par prestataire personne physique, si la plus-value en termes d’intérêt public le justifie, permettant par ce biais aux mutualités de produire*

* *l’information de gestion pertinente dans leur rôle de co-gestionnaire de l’assurance soins de santé,*
* *ainsi que l’information en termes de qualité et d’accessibilité des soins de santé destinée à leurs membres,*

*comme imposées par leur loi organique du 6 août 1990, tout en respectant les modalités de la législation vie privée.*

*Cordialement dans l’attente d’une réaction positive,*

Au cours des mois de mai, juin et juillet, cet envoi vers les 100 maternités identifiées dans nos données a donné lieu à

1. 14 réactions par mail ou téléphone
2. 3 visites à des maternités (UZ Brussel, UZ Leuven et Sint-Jozef Bornem)
3. Des contacts ultérieurs par le biais des réseaux locaux des mutualités régionales en Flandre Occidentale et à Liège seront éventuellement programmés dans le courant du 4ième trimestre 2014.

9.2. Synthèse des réactions par mail ou téléphone

Au total, 14 hôpitaux ont réagi de manière électronique ou par téléphone[[30]](#footnote-30). La grande majorité des réactions avait trait à la validations des chiffres fournis et à des demandes d’informations complémentaires (propres à la maternité).

Certaines maternités avec un nombre de lits plus important (service MIC/NIC) ont fait état de la prise en charge de grossesses à risque en provenance de la périphérie, ayant évidemment un impact sur la politique et les chiffres des institutions en question.

Deux réactions sont reprises plus en détail.

***9.2.1. Réaction de l’hôpital de Maas en Kempen Maaseik***

L’hôpital de Maas en Kempen Maaseik a explicitement demandé de voir ses données exclues du rapport. En effet, il a, entre autres, été estimé que les données relatives à cet hôpital étaient incomplètes[[31]](#footnote-31) :

*De gynaecologen van ZMK (ziekenhuis Maas en Kempen) wensen niet deel te nemen aan dit rapport.*

*Enkele redenen waarom niet :*

* *Gegevens zijn niet representatief voor ons ziekenhuis. De gegevens komen niet overeen met vb. de SPE gegevens, welke wel een juiste afspiegeling zijn van de populatie die in ons ziekenhuis verzorgd werden.*
* *Parameter “sectio” is op zich geen kwaliteitsparameter. Zoals ook in jullie rapport genoteerd is er geen correlatie met leeftijd, comorbiditeit, … maar misschien wel gerelateerd aan de gynaecoloog. De gynaecoloog beslist in functie van de veiligheid voor de moeder/baby of er al dan niet een sectio dient te gebeuren.*

En effet, la patientèle de la maternité de Maaseik serait sous-estimée dans les bases de données de l’AIM pour la raison suivante : la maternité se trouve dans une zone frontalière et accueille un nombre important de patientes étrangères. Ces patientes sont reprises dans la catégorie « conventions internationales » et les données relatives à leur soins de santé ne sont pas intégralement enregistrées dans les bases de données belges et ne fournissent donc qu’une vue incomplète sur la situation de ces bénéficiaires. La maternité d’Overpelt, confrontée au même problème, avait d’ailleurs avancé cette même explication pour expliquer ses propres chiffres[[32]](#footnote-32).

Nous sommes donc bien conscients de cette problématique de sous-estimation du volume réel de prestations dans certaines régions à forte concentration de soins transfrontaliers (Limbourg, région de Campines) ou avec une quote-part relativement importante de bénéficiaires de conventions internationales (province du Luxembourg). Cependant, ce rapport a pour objectif de comparer des taux de césariennes et nous pouvons supposer, sans trop de risque de biais, que la politique de césariennes ne diffère pas fondamentalement en fonction du statut ou de la nationalité de la patiente. **C’est pourquoi l’AIM estime pouvoir garder ces résultats dans son rapport.**

***9.2.2. Réaction de l’hôpital Saint-Pierre à Bruxelles***

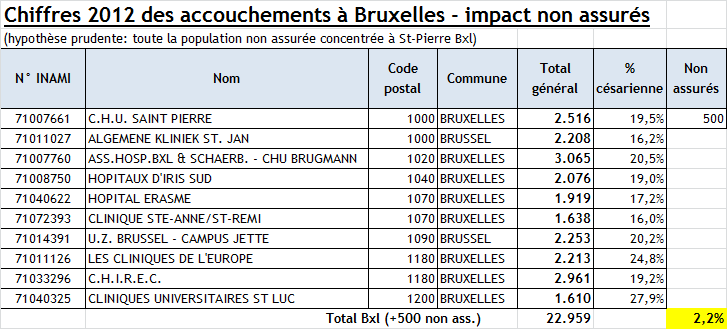
En se basant uniquement sur les données de facturation de l’AIM, une autre forme de sous-estimation de la patientèle peut se présenter. C’est le cas de l’hôpital Saint-Pierre à Bruxelles, qui concentre un nombre de patientes non-assurées particulièrement importants (immigrés, illégaux,…). Ce phénomène se produit principalement dans les grandes villes. A Bruxelles, une grande partie de cette population serait prise en charge par l’hôpital Saint-Pierre.

Voici la réaction du Dr Patricia Kirkove, adjointe à la direction médicale :

*« Les statistiques que vous nous avez envoyées ont retenu toute notre attention. Il apparaît qu’un grand nombre d’accouchements dans notre maternité sont manquants (15 % = environ 500 par an sur environ 3.000 accouchements par an), ce sont des accouchements de patientes non mutualistes. Ces patientes, chez nous sont des patientes pour la majorité qui n’ont pas accès à la mutuelle, contrairement à des patientes non mutualiste de type « fonctionnaire européen, Otan, assurance privé Ossom » qu’on retrouve dans d’autres maternités. D'après la méthodologie utilisée, vous estimez que les accouchements "non- mutulalistes" représentent 0.97%, soit 1200 accouchements par an. Il apparaît donc d’après ces statistiques que Saint-Pierre prendrait en charge une proportion très importante (plus d'un tiers) des patientes non mutualiste de Belgique. Pourriez-vous dès lors corriger ou tout du moins commenter les statistiques en mentionnant que les chiffres ne mentionnent pas « les non-mutualistes qui représentent une proportion importante des accouchements du CHU St Pierre ».*

*Pour information, dans le cadre d'autres études, le CHU* ***a une proportion de 15 % de patient non OA et de 85 % de patient OA****»*

Sur base d’une simple règle de trois et en partant de l’ hypothèse, plus que prudente, que toute la population non assurée bruxelloise se fait soigner à St-Pierre, cela permet, sur base des chiffres de 2012, d’estimer la population non assurée accouchant à Bruxelles à 2,2% de la population, soit plus du double qu’estimé au niveau national. En dehors du sujet de ce rapport, **ce chiffre plancher met une nouvelle fois en avant la problématique de l’accessibilité des soins à Bruxelles et des grandes villes en général, nécessitant une approche spécifique**.



9.3. Contacts avec des hôpitaux

Trois hôpitaux, UZ Brussel, UZ Leuven et Sint-Jozef Bornem ont répondu à l’invitation de l’AIM et ont accepté de discuter avec nous des résultats au niveau des prestataires individuels. Des rencontres ont alors été organisées avec les directions médicales et les responsables de service.

En particulier, l’AIM souhaitait avoir leur opinion relative à la tendance observée depuis des années de croissance continue du taux de césariennes, et de quelle façon ce phénomène devait être pris en charge d’un point de vue de santé publique. En effet, sur base de la littérature scientifique[[33]](#footnote-33) il apparaîtrait que la pratique de césariennes donnerait lieu à un risque accru, non seulement pour la future maman, mais également pour les nouveaux-nés.

**Réactions relatives aux chiffres présentés**

De manière générale, la nécessité et la pertinence d’une publication par gynécologue des taux de césariennes étaient fortement mises en doute, car cela pourrait justement inciter une partie de la patientèle voulant éviter un accouchement par voie vaginale à s’adresser aux gynécologues avec un fort taux de césariennes. Cette hypothèse semble se confirmer par la récente enquête du VVOG[[34]](#footnote-34) mettant en avant le fait qu’une part non négligeable de gynécologues a déjà fait l’objet d’une demande explicite de la future mère d’effectuer une césarienne.

A Bornem, les prestataires semblaient également mettre en doute l’utilité d’une publication des chiffres par maternité, estimant que ce n’était pas sur ces bases qu’une patiente choisissait son gynécologue ou sa maternité.

**Suggestions en termes d’indicateurs de qualité**

Les deux hôpitaux académiques étaient intéressés par l’utilisation plus intensive des informations potentiellement disponibles au sein des données AIM et ont formulé deux propositions concrètes pouvant mener à un monitoring plus optimal de la qualité des soins en maternité :

1. Tout d’abord, mettant en avant le risque inhérent à une intervention chirurgicale que reste un accouchement par césarienne, il a été proposé de suivre la consommation d’antibiotiques à partir du jour suivant la césarienne, comme indicateur de complications éventuelles lors de celle-ci ;
2. D’autre part, et compte tenu des nouvelles techniques moins invasives disponibles, mais ne supprimant pas complètement la nécessité de la technique de l’amniocentèse[[35]](#footnote-35) – et donc de sa maîtrise et pour maîtriser une technique il faut la pratiquer sur une base régulière – il a été proposé de suivre à l’avenir sur base annuelle le nombre de amniocentèses attestées par prestataire.

Enfin, ces rencontres ont confirmé, sur base de deux exemples simples, qu’une connaissance du terrain est extrêmement importante et complémentaire si l’on veut pouvoir interpréter de manière correcte et réaliste des chiffres bruts :

1. Lors de la mise à jour des données individuelles pour l’année 2012 en vue de la rencontre organisée à l’UZ Brussel, un ‘nouveau’ prestataire est subitement apparu dans les statistiques avec une attestation de 786 accouchements en 2012, alors que ce gynécologue n’avait attesté aucun accouchement à l’UZ Brussel, ni ailleurs l’année précédente. L’explication est toute simple : l’UZ Brussel a nommé un nouveau chef de service en 2012, prenant à sa charge l’attestation de tous les accouchements des candidats-spécialistes.
2. Lors de cet entretien, nous avons également fait état de l’amélioration très nette du taux de césariennes observé à Ste Maria Halle, hôpital ‘voisin’ et ce depuis 2008 (et confirmé par les chiffres de 2012). Nos interlocuteurs ont immédiatement réagi : changement de chef de service depuis quelques années.

9.4. Concertation avec de groupe de travail ‘Mère-Enfant’ (Moeder&Kind) du projet d’indicateurs de qualité VIP² de la Communauté Flamande

Etant donné qu’au sein de l’initiative VIP² un certain nombre d’indicateurs relatifs au taux de césariennes est en phase de production, basés sur des données du SPE (Studiecentrum van Perinatale Epidemiologie), une concertation a eu lieu avec le Dr Patrick Verbeek (président du groupe de travail ‘Moeder&Kind’ – pédiatre à ZNA Anvers) afin de mettre au clair la complémentarité ou les contradictions éventuelles des deux bases de données et des indicateurs qui en sont le résultat. Après mise à disposition de chiffres AIM, il est apparu que ceux-ci peuvent être considérés comme des indicateurs ‘bruts’ de ceux du VIP², compte tenu de la définition beaucoup plus stricte sur le plan clinique des numérateurs et dénominateurs des indicateurs VIP². Mettant clairement en exergue cette nuance supplémentaire vis-à-vis du grand public et des institutions, une publication (quasi) simultanée de ces deux séries d’indicateurs ne devrait pas donner lieu à de la confusion auprès des intéressés.

9.5. Conclusion

Ces quelques contacts individuels ont directement apporté une plus-value en termes de capacité d’interprétation et/ou de potentiel d’analyse supplémentaire actuellement sous-utilisés dans le système et qui devraient être organisés de manière plus structurelle.

Bien que nécessitant un investissement important en temps, cette procédure a amélioré la qualité du produit finale et – nous l’espérons – la connaissance de et la confiance en l’AIM auprès de prestataires.

**Annexe I – Revue de littérature relative à l’impact de césariennes électives sur l’état de santé de la (future) maman et du nouveau-né**

“but is linked to increased morbidity for both. Elective caesarean delivery could increase neonatal morbidity and mortality.. and is known to be associated with respiratory distress syndrome” *— Professor Villar, leader for maternal and perinatal health research in the department of reproductive health and research at the World Health Organisation*

<http://www.mybirth.com.au/intervention/caesarean.html>

* [Acta Obstet Gynecol Scand.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17486457) 2007;86(4):389-94.

**Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate.**[Hansen AK](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hansen%20AK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17486457)1, [Wisborg K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Wisborg%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17486457), [Uldbjerg N](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Uldbjerg%20N%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17486457), [Henriksen TB](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Henriksen%20TB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17486457).

[**Author information**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17486457) 1The Perinatal Epidemiology Research Unit, Aarhus University Hospital, Skejby, Aarhus, Denmark. akh@svf.au.dk

**Abstract**

**AIM:** The aim of this review was to assess the relationship between delivery by elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate.

**METHODS:** Searches were made in the MEDLINE database, EMBASE, Cochrane database and Web of Science to identify peer-reviewed studies in English on elective caesarean section and respiratory morbidity in the newborn. We included studies that compared elective caesarean section to vaginal or intended vaginal delivery, with clear definition of outcome measures and information about gestational age.

**RESULTS:** Nine eligible studies were identified. All studies found that delivery by elective caesarean section increased the risk of various respiratory morbidities in the newborn near term compared with vaginal delivery, although the findings were not statistically significant in all studies. It was inappropriate to carry out a meta-analysis with a pooled risk estimate because of a variety of methodological differences between the studies. The overall risk for respiratory morbidity, however, seemed to increase about 2 to 3 times, though some studies presented much higher risk estimates. A decreasing risk with increasing gestational age was shown in 2 studies.

**CONCLUSION:** Delivery by elective caesarean section was shown to increase the risk of respiratory morbidity in all studies eligible for inclusion. The magnitude of this relative risk seemed to depend on gestational age even in deliveries after 37 completed weeks of gestation.

* Hansen BMJ 2008

“Babies delivered by elective caesarean section at 37 to 39 weeks’ gestation are at twofold to fourfold increased risk of respiratory morbidity compared with babies delivered by intended vaginal delivery”

* [Obstet Gynecol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19461417) 2009 Jun;113(6):1231-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181a66d57.

**Neonatal outcomes after elective cesarean delivery.**

[Kamath BD](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kamath%20BD%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19461417)1, [Todd JK](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Todd%20JK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19461417), [Glazner JE](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Glazner%20JE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19461417), [Lezotte D](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lezotte%20D%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19461417), [Lynch AM](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lynch%20AM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19461417).

[**Author information**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19461417) 1Department of Pediatrics, Section of Neonatology, University of Colorado School of Medicine, Denver, Colorado 80045, USA. Beena.Kamath@ucdenver.edu

**Abstract**

**OBJECTIVE:** To examine the outcomes of neonates born by elective repeat cesarean delivery compared with vaginal birth after cesarean (VBAC) in women with one prior cesarean delivery and to evaluate the cost differences between elective repeat cesarean and VBAC.

**METHODS:** We conducted a retrospective cohort study of 672 women with one prior cesarean delivery and a singleton pregnancy at or after 37 weeks of gestation. Women were grouped according to their intention to have an elective repeat cesarean or a VBAC (successful or failed). The primary outcome was neonatal intensive care unit (NICU) admission and measures of respiratory morbidity.

**RESULTS:** Neonates born by cesarean delivery had higher NICU admission rates compared with the VBAC group (9.3% compared with 4.9%, P=.025) and higher rates of oxygen supplementation for delivery room resuscitation (41.5% compared with 23.2%, P<.01) and after NICU admission (5.8% compared with 2.4%, P<.028). Neonates born by VBAC required the least delivery room resuscitation with oxygen, whereas neonates delivered after failed VBAC required the greatest degree of delivery room resuscitation. The costs of elective repeat cesarean were significantly greater than VBAC. However, failed VBAC accounted for the most expensive total birth experience (delivery and NICU use).

**CONCLUSION:** In comparison with vaginal birth after cesarean, neonates born after elective repeat cesarean delivery have significantly higher rates of respiratory morbidity and NICU-admission and longer length of hospital stay.

**LEVEL OF EVIDENCE:** II

* **Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry**

Presented orally at the 30th Annual Meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine, Chicago, IL, Feb. 1-6, 2010.

[Freke A. Wilmink](javascript:void(0);)**x**

Freke A. Wilmink

[Search for articles by this author](http://www.ajog.org/action/doSearch?searchType=authorLookUp&author=Wilmink,%20Freke%20A.&prod=HA)

**Affiliations**

* Department of Obstetrics and Gynecology, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam, The Netherlands

, MD; [Chantal W.P.M. Hukkelhoven](javascript:void(0);)**x**

Chantal W.P.M. Hukkelhoven

[Search for articles by this author](http://www.ajog.org/action/doSearch?searchType=authorLookUp&author=Hukkelhoven,%20Chantal%20W.P.M.&prod=HA)

**Affiliations**

* The Netherlands Perinatal Registry, Utrecht, The Netherlands

, PhD; [Simone Lunshof](javascript:void(0);) **x**

Simone Lunshof

[Search for articles by this author](http://www.ajog.org/action/doSearch?searchType=authorLookUp&author=Lunshof,%20Simone&prod=HA)

**Affiliations**

* Department of Obstetrics and Gynecology, Amphia Hospital, Breda, The Netherlands

, MD, PhD

,

Received: November 22, 2009; Received in revised form: December 28, 2009; Accepted: January 19, 2010;

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.01.052>

Figures



**FIGURE**

Flowchart

\*Hemolysis, elevated liver-enzymes, and low platelet count; †acquired immunodeficiency syndrome**;** ‡toxoplasmosis, German measles, cytomegalovirus, herpes simplex. *Wilmink. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation. Am J Obstet Gynecol 2010.*

**Objective:** We sought to evaluate number and timing of elective cesarean sections at term and to assess perinatal outcome associated with this timing.

**Study Design:** We conducted a recent retrospective cohort study including all elective cesarean sections of singleton pregnancies at term (n = 20,973) with neonatal follow-up. Primary outcome was defined as a composite of neonatal mortality and morbidity.

**Results:** More than half of the neonates were born at <39 weeks of gestation, and they were at significantly higher risk for the composite primary outcome than neonates born thereafter. The absolute risks were 20.6% and 12.5% for birth at <38 and 39 weeks, respectively, as compared to 9.5% for neonates born ≥39 weeks. The corresponding adjusted odds ratios (95% confidence interval) were 2.4 (2.1–2.8) and 1.4 (1.2–1.5), respectively.

**Conclusion:** More than 50% of the elective cesarean sections are applied at <39 weeks, thus jeopardizing neonatal outcome.

* [Med J Aust.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23992192) 2013 Sep 2;199(5):348-53.

**Unexplained variation in hospital caesarean section rates.**

[Lee YY](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lee%20YY%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23992192)1, [Roberts CL](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Roberts%20CL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23992192), [Patterson JA](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Patterson%20JA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23992192), [Simpson JM](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Simpson%20JM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23992192), [Nicholl MC](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Nicholl%20MC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23992192), [Morris JM](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Morris%20JM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23992192), [Ford JB](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Ford%20JB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23992192).

[**Author information**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23992192)

* 1University of Sydney, Sydney, Australia. christine.roberts@sydney.edu.au

**Abstract**

**OBJECTIVES:** To assess recent hospital caesarean section (CS) rates in New South Wales, adjusted for case mix; to quantify the amount of variation that can be explained by case mix differences; and to examine the potential impact on the overall CS rate of reducing variation in practice.

**DESIGN AND SETTING:** Population-based record linkage study of births in 81 hospitals in New South Wales, 2009-2010, using the Robson classification to categorise births, and multilevel logistic regression to examine variation in hospital CS rates within Robson groups.

**MAIN OUTCOME MEASURES:** Hospital CS rates.

**RESULTS:** The overall CS rate was 30.9%, ranging from 11.8% to 47.4% (interquartile range, 23.9%-33.1%) among hospitals. The three groups contributing most to the overall CS rate all comprised women with a single cephalic pregnancy who gave birth at term, including: those who had had a previous CS (36.4% of all CSs); nulliparous women with an elective delivery (prelabour CS or labour induction, 23.4%); and nulliparous women with spontaneous labour (11.1%). After adjustment for case mix, marked unexplained variation in hospital CS rates persisted for: nulliparous women at term; women who had had a previous CS; multifetal pregnancies; and preterm births. If variation in practice was reduced for these risk-based groups by achieving the "best practice" rate, this would lower the overall rate by an absolute reduction of 3.6%, from 30.9% to 27.3%.

**CONCLUSION:** Understanding hospital heterogeneity in performing CS and implementing evidence-based practices may result in improved maternity care. We have identified five risk-based groups as priority targets for reducing practice variation in CS rates

[Semin Perinatol.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20654779) 2010 Aug;34(4):281-92. doi: 10.1053/j.semperi.2010.03.008.

**Delivery after previous cesarean: long-term outcomes in the child.**

[O'Shea TM](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=O'Shea%20TM%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20654779)1, [Klebanoff MA](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Klebanoff%20MA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20654779), [Signore C](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Signore%20C%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20654779).

[**Author information**](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20654779)

* 1Department of Pediatrics (Neonatology), Wake Forest University, Health Sciences, Winston-Salem, NC 27157, USA. moshea@wfubmc.edu

**Abstract**

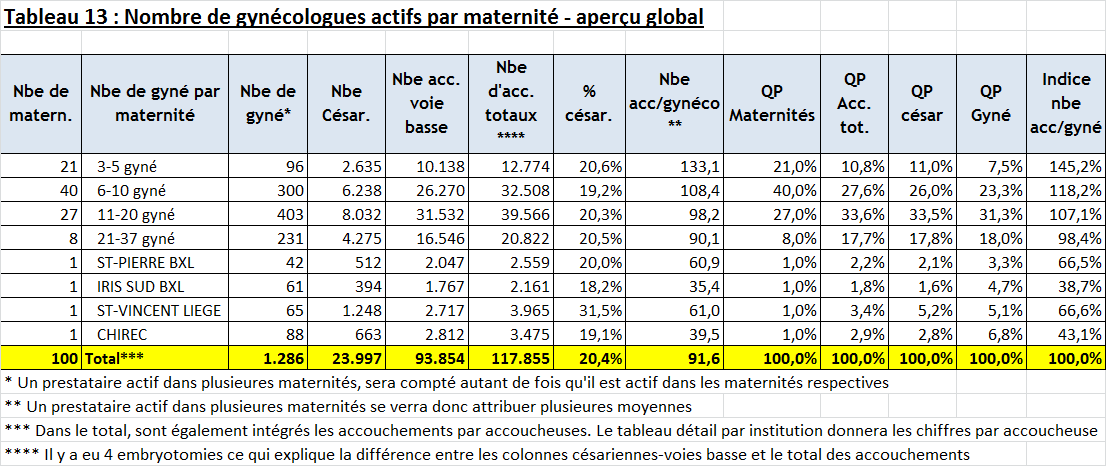
In subsequent pregnancies after a cesarean delivery, women must choose between attempting to deliver vaginally or undergoing another cesarean delivery. Information relevant to this choice includes the long-term benefits and harms to the baby. In this article we discuss the relationship of mode of delivery (planned trial of labor, either with or without vaginal delivery, or elective repeat cesarean delivery) and long-term outcomes, including brachial plexus palsy, neurodevelopmental impairment, and asthma. No randomized trials are available that relate directly to the choice of delivery method after previous cesarean. Observational studies suggest that cesarean delivery might be associated with a greater risk of asthma, caused perhaps by altered gut colonization, increased risk of neonatal respiratory disease, decreased gestational age at birth or decreased likelihood of breastfeeding. By contrast, vaginal delivery after a previous cesarean delivery is associated with greater risks of neurodevelopmental impairment and upper-extremity motor impairment, caused, respectively, by greater risks of perinatal hypoxic-ischemic encephalopathy and brachial plexus injury. Available information does not provide a precise estimate of the relative risks for infants delivered after a trial of labor versus elective cesarean delivery.

Copyright 2010 Elsevier Inc. All rights reserved.

**Annexe II – analyses complémentaires relatives aux caractéristiques du prestataire**

**A1. Possible relation entre le nombre de prestataires actifs au sein d’une maternité et le taux de césariennes observé ?**

A1.1. Aperçu global

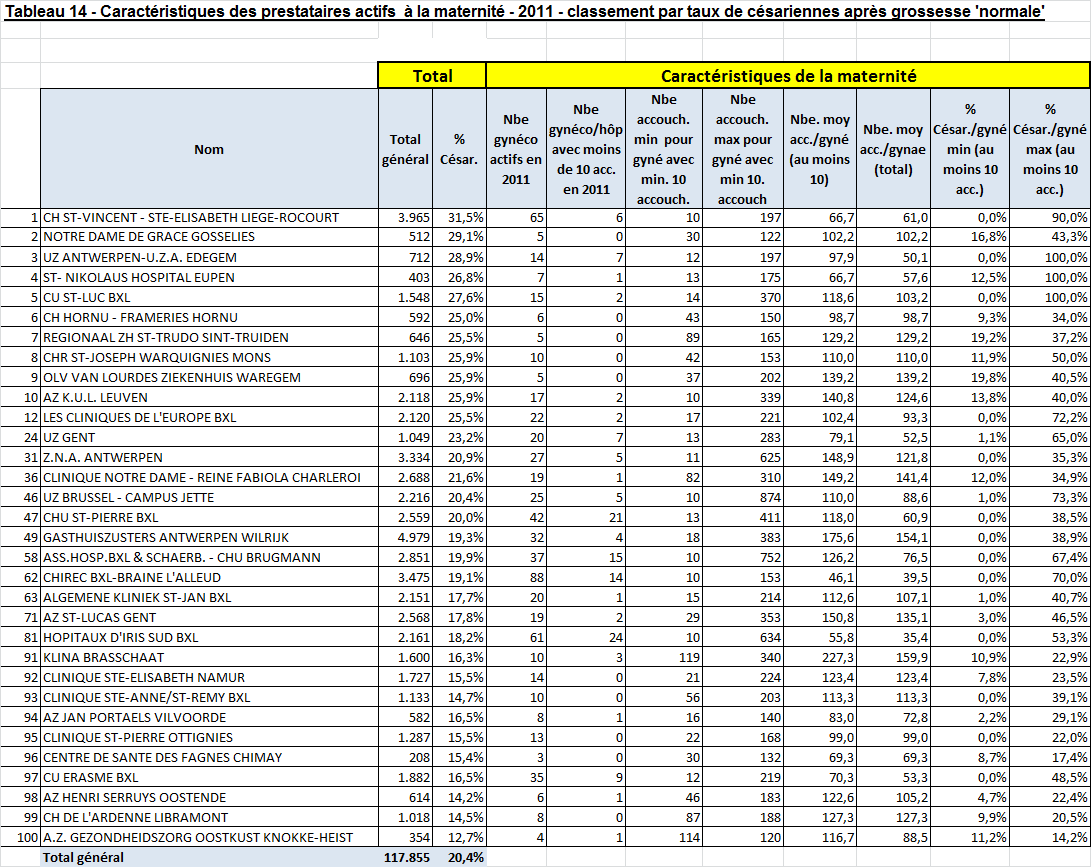


Le tableau 13 reprend l’aperçu des maternités en fonction du nombre de gynécologues actifs en son sein. Le tableau produit des résultats agrégés assez logiques, à savoir que

* les 2/3 des maternités ont un nombre de gynécologues ‘gérables’ en termes de ressources humaines (40% des maternités comptent entre 6 et 10 prestataires actifs, 27% entre 11 et 20 – dont 5 des 7 hôpitaux académiques, les deux autres ULB et VUB se trouvant dans les 8 institutions ayant entre 21 et 37 prestataires actifs)
* les prestataires des plus petites maternités (surtout celles ayant de 3 à 5 prestataires, mais également celles situées dans les tranche 6 à 10) se voient confrontés avec une charge de travail par unité beaucoup plus intense que la moyenne nationale (respectivement +45% et +18%).
* les prestataires actifs dans les 40 unités avec 6 à 10 prestataires actifs ont un taux de césariennes de plus de 6% en dessous du taux national

A1.2. Détail par maternité

Ces constatations, relativement logiques sur une base agrégée, ne sont plus valables une fois que l’on regarde en détail les données par maternité telles que reprises dans l’annexe 8 et le tableau 14, qui reprend les maternités classées en fonction du taux de césarienne réalisé auprès de patientes étant définies comme ayant eu une grossesse normale (critères KCE). Celui-ci reprend le top-10 en haut et en bas du classement, ainsi que les grandes maternités et les hôpitaux académiques. Pour ces hôpitaux académiques et les autres maternités connues pour leur formation, il faut sans doute interpréter de matière prudente le nombre maximum d’accouchements attestés par un prestataire – sans doute le maître de stage (e.a. St-Pierre, UCL, ZNA, UZ Brussel, Brugmann, Iris Sud) – et le nombre relativement élevé des gynécologues avec moins de 10 accouchements attestés cette même année.



Des résultats repris dans le tableau précédent il ressort que nous ne pouvons mettre en évidence un lien clair et direct entre l’organisation de la maternité en termes de prestataires actifs et le taux de césariennes que l’on y observe. Les seuls éléments explicatifs que nous pouvons encore exploiter via nos données sont l’activité individuelle de chaque prestataire, l’organisation de sa pratique (actif dans un ou plusieurs hôpitaux) et, dans une moindre mesure, son expérience (volume de prestation sur la période étudiée). C’est ce que nous allons tenter d’approcher dans cette dernière section.

**A2. Possible relation entre volume de travail du prestataire, son expérience, son organisation de travail et le taux de césariennes?**

Les trois éléments que nous pouvons encore examiner sur base des données à notre disposition – non médicales, purement administratives, mais exhaustives, individuelles et longitudinales – sont :

* Le volume de travail du prestataire, indépendamment du lieu de travail, de manière à obtenir une vue d’ensemble sur le volume d’accouchements annuel attesté par ce dernier
* L’expérience du prestataire, approchée par le volume d’accouchements attesté au cours de la période 2008-2011
* Enfin, le nombre de maternités dans lesquels le prestataire est actif au cours d’une année

Cet exercice sera effectué partant des prestataires actifs en 2011 pour lesquels seront fournis les informations suivantes:

* Le volume d’accouchements 2011, le taux de césariennes 2011 et le nombre d’institutions[[36]](#footnote-36) dans lesquelles il a été actif en 2011
* Le volume d’accouchements 2008-2010 et le nombre d’années pour lesquelles des prestations d’accouchement ont été attestés

A2.1. Impact du volume de prestation et de l’organisation de la pratique

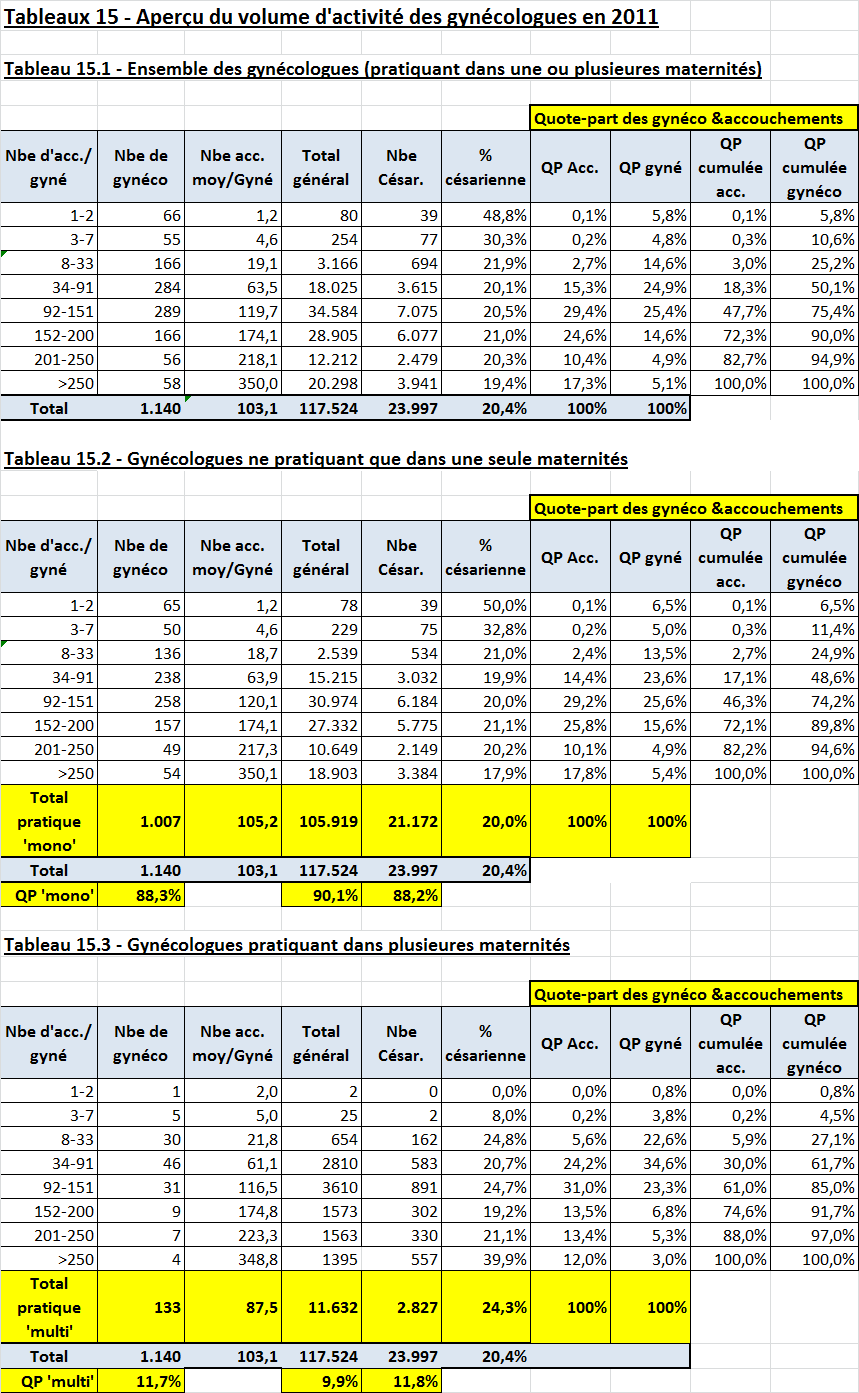
L’annexe 9 reprend le volume total d’accouchements attesté par prestataire, ces résultats étant agrégés pour les prestataires actifs dans plusieurs maternités. Les tableaux 15.1, 15.2 et 15.3 ci-dessous mettent en évidence les différences constatées, pour l’année 2011, entre les 1007 prestataires n’étant actifs que dans une maternité et les 133 prestataires pratiquant dans plusieurs maternités.

De manière générale, ces ‘multipraticiens’ opèrent surtout, pour ne pas dire quasi exclusivement, dans les grandes villes, Bruxelles et Liège en tête, suivi accessoirement par Anvers et Charleroi.

A Bruxelles, c’est quasi exclusivement Erasme, le réseau Iris (Iris Sud, Saint-Pierre et Brugmann) et Edith Cavell qui sont concernés.

A Liège, St-Vincent Ste-Elisabeth, le CH Chrétien et le Bois de l’Abbaye constituent les centres de ce type de pratique.

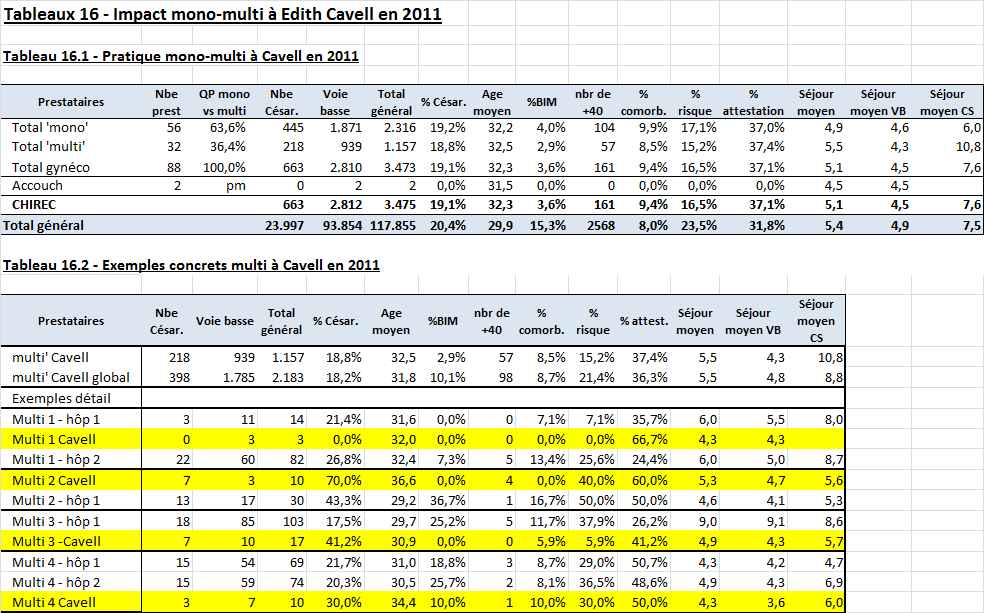
A Charleroi, il s’agit surtout de André Vésale et le CHU et à Anvers, Gasthuiszusters Antwerpen constitue la plaque tournante. Cependant, à Charleroi et à Anvers ce phénomène est beaucoup moins développé qu’à Liège et Bruxelles.



L’ensemble des prestataires a été classé dans le tableau 15.1 en fonction du nombre d’accouchement attesté en 2011 (les différentes classes étant les valeurs déterminant plus ou moins le P5, P10, P25, P50, P75, P90 et P95 du nombre total de gynécologues). Les résultats ont ensuite été présenté d’une part pour les prestataires n’exerçant que dans un seul hôpital (15.2) et d’autre part pour ceux exerçant dans plusieurs hôpitaux au courant d’une même année (15.3). Il ressort de ces tableaux que :

* Le taux global de césariennes des ‘multipraticiens’ est de presque 20% supérieur à celui des ‘monopraticiens’
* Pour les prestataires attestant plus de 250 accouchements en 2011, cette pratique ‘multi’ semble avoir un impact important sur le taux de césariennes observé (39,9% pour les prestataires « multi » contre 17,9% pour les autres).[[37]](#footnote-37)
* Pour les ‘mono’, le ‘cut off’ en termes de volume ‘nécessaire’ pour atteindre la moyenne nationale de césariennes semble se situer aux alentours des 30 accouchements.
* Enfin, une fois situé entre le P25 et P75, les ‘mono’ se trouvent au niveau de la moyenne nationale

Comme le montre également le détail de l’annexe 9, ces chiffres globaux cachent des pratiques individuelles très différentes. On observe par exemple pour les maternités où beaucoup de « multi » sont actifs que le taux de césarienne global de l’hôpital reflète très mal les pratiques individuelles de ces prestataires que ce soit à l’intérieur de ce même hôpital ou dans les autres hôpitaux où ils pratiquent. L’exemple d’Edith Cavell repris ci-dessous illustre ce phénomène.



En examinant ces résultats, on constate que les taux de césariennes globaux à l’intérieur et à l’extérieur de Cavell pour ces praticiens « multi » sont semblables. D’autre part, nous constatons que pour ces derniers la part de femmes bénéficiant de l’intervention majorée au sein de leur patientèle est beaucoup plus faible que le moyenne nationale (1/3 en dessous de la moyenne belge). Ce phénomène s’accentue encore lorsque les patientes accouchent à Cavell. Dans ce cas, le pourcentage de femmes BIM devient marginal.

Cependant, à nouveau, ces chiffres semblent très homogènes lorsqu’ils sont examinés au niveau de l’institution, que ce soit en termes de taux de césariennes ou en termes de caractéristique de la patientèle, mais varient à nouveau fortement lorsque le détail par hôpital et par prestataire ‘multi’ est produit, comme le montrent les exemples du tableau 16.2.

A.2.2. Impact de l’expérience du prestataire

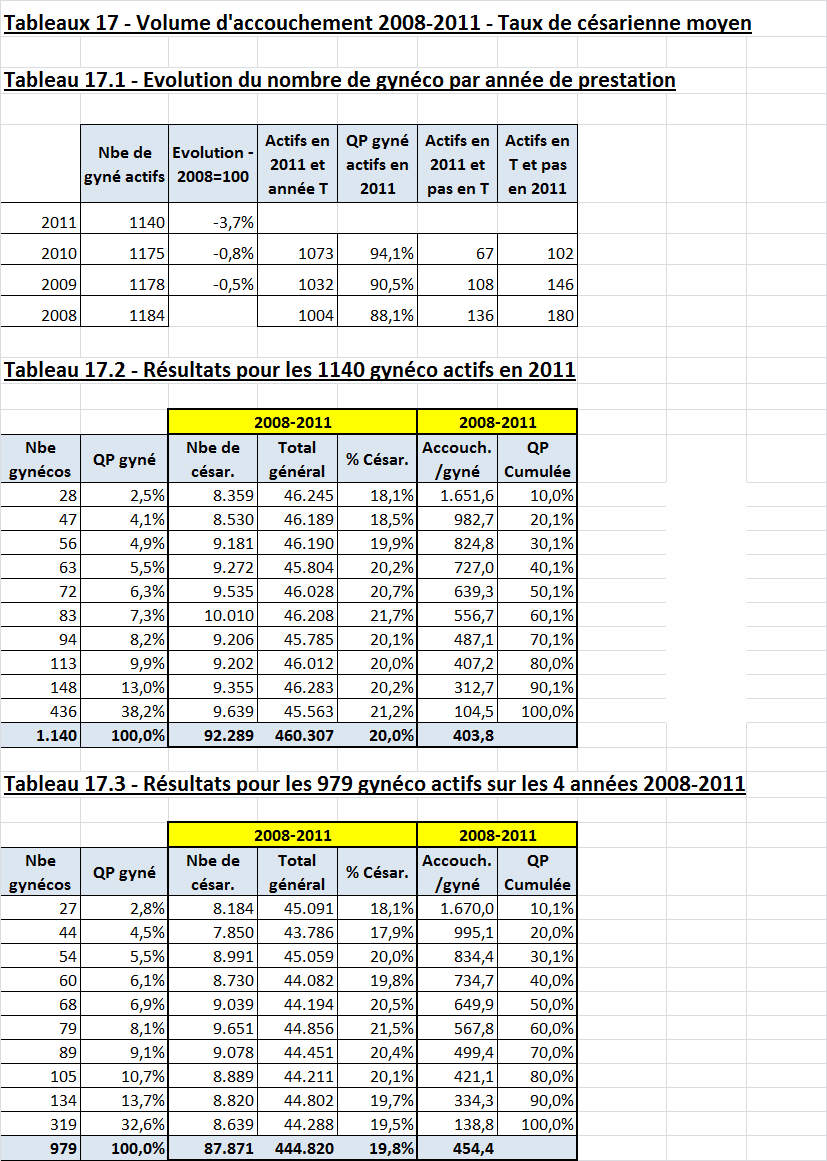
Les tableaux 17.1, 17.2 et 17.3 ci-dessous synthétisent les résultats détaillés présentés dans l’annexe 10. Pour ces tableaux et l’annexe 10, les prestataires actifs en 2011 (1140) ont été sélectionnés et leur activité éventuelle au cours de la période 2008-2010 a été observée.

Tout d’abord, l’impact du vieillissement des prestataires semble s’accentuer . Si nous partons de l’hypothèse selon laquelle nous pouvons considérer comme actif tous praticien attestant au moins un accouchement au cours d’une année, alors nous observons une diminution brusque du nombre de prestataires actifs entre 2010 et 2011 (moins 35 prestataires entre 2010 et 2011) comparé à la période 2008-2010. En nous basant sur cette définition, on observe une diminution de 4% du nombre de prestataires actifs entre 2008 et 2011 (tableau 17.1).

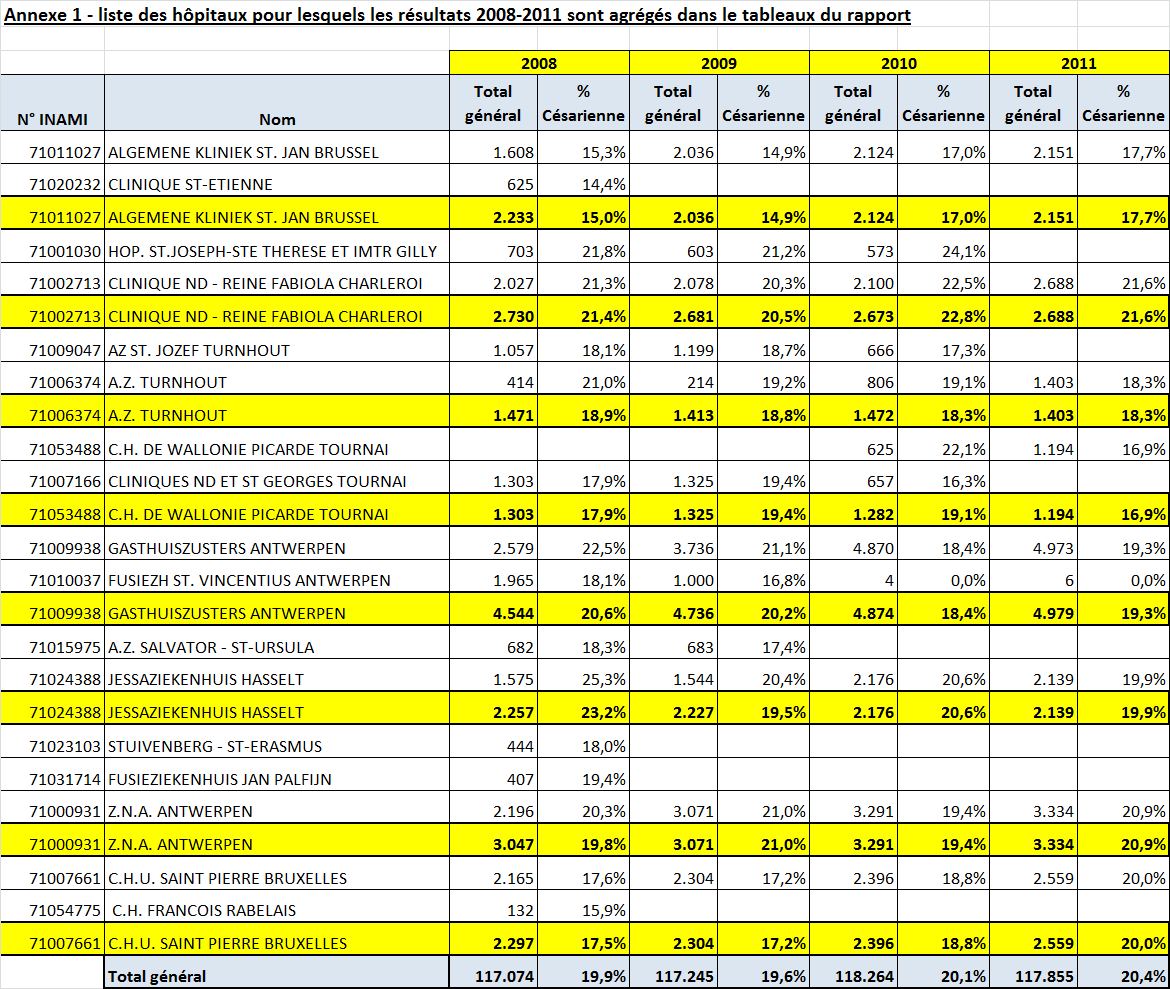
Le même tableau montre que 88% des praticiens actifs en 2011 l’étaient déjà en 2008 (1004 prestataires). De ceux-ci, 979 ont attesté au moins un accouchement au cours de chaque année entre 2008 et 2011. Ces 979 prestataires ont pris en charge 444.820 des 460.307 accouchements de l’ensemble des prestataires actifs en 2011 (et pour la période 2008-2011), soit près de 97%.

Sur base de la comparaison des tableaux 17.2 et 17.3, il semblerait que l’impact d’une pratique ‘régulière’ à long terme semble surtout être bénéfique pour les ‘petites’ pratiques, en ce sens où celles-ci (les 319 gynécos traitant les 10% d’accouchements en 2008-2011, avec +/- 35 accouchements par an) affichent des taux de césariennes inférieures à ceux attestant au moins entre 150 et 160 accouchements par an.

A nouveau, ces constatations générales à un niveau extrêmement agrégé doivent être confrontés aux résultats de chaque prestataire individuel, disponible dans l’annexe 10.



**ANNEXES – tableaux (cf. fichier excel)**



Les résultats des hôpitaux/campus ont été agrégés (résultat agrégé en jaune) dans les cas suivants :

* Série 2008-2011 incomplète et sites faisant partie d’une entité fusionnée en 2011 (Charleroi, Turnhout, Tournai, Salvator/Jessa, ZNA, St-Jean/St-Etienne)
* Série 2008-2011 complète, mais marginale en fin de période : Fusieziekenhuis St-Vincentius Antwerpen
* Cas spécial : François Rabelais étant le résultat de la fusion Hôpital Français/César De Paepe ayant par la suite donné lieu à une défusion (Hôpital Français devenant pur centre de rééducation Valida, César De Paepe fusion avec St-Pierre Bxl) : les accouchements François Rabelais ont été alloués à Saint-Pierre Bxl.

1. Sans autorisation préalable du prestataire en question, à moins que ce soit considéré comme faisant partie de la ‘fonction publique’ de ce prestataire, toute publication de ce type est interdite. [↑](#footnote-ref-1)
2. La maternité de la Ziekenhuis Maas en Kempen [↑](#footnote-ref-2)
3. *Recours à la césarienne en Belgique : évolution générale et disparités*, AIM, novembre 2005 [↑](#footnote-ref-3)
4. *Recours à la césarienne en Belgique : évolution générale et disparités*, AIM, novembre 2005, p. 17, point 6. [↑](#footnote-ref-4)
5. La loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), article 24, en combinaison avec l’arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 9 mai 2007 portant exécution de l'article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 désignant l’AIM comme partenaire de l’EPS, permettra à terme à l’AIM de faire appel aux dispositions du dernier paragraphe du nouvel article 278, à savoir : « *4° Si les études précitées présentent un caractère récurrent ou si, conformément à la politique à suivre, il est jugé utile de corréler les données précitées sur une base permanente dans le cadre des missions légales d'un organisme ayant accès à l'échantillon représentatif permanent, le Roi peut autoriser, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis de la Commission de la protection de la vie privée, à donner à l'organisme concerné un accès permanent aux données à caractère personnel corrélées précitées. Le Roi définit les modalités liées à cet accès permanent. Le contrôle de cet accès permanent et de ses modalités est attribué aux médecins surveillants et conseillers en sécurité respectifs de l'Agence Intermutualiste et de l'organisme concerné, et ce d'un commun accord et sous leur responsabilité partagée et en rendant des comptes à la commission technique. Si l'Agence Intermutualiste reçoit un accès permanent aux données à caractère personnel corrélées précitées, un médecin surveillant et un conseiller en sécurité d'un des organismes qui ont accès à l'échantillon représentatif permanent sont désignés pour le contrôle précité. »* [↑](#footnote-ref-5)
6. *‘Recommandation nationale relative aux soins prénatals: Une base pour un itinéraire clinique de suivi de grossesses. ‘* Publication - KCE Reports 6B - Good Clinical Practice (GCP) - 2004 [↑](#footnote-ref-6)
7. Cf. méthodologie appliquée dans *Le suivi prénatal en Belgique en 2010. Comparaison avec les résultats 2005.*, AIM, juin 2013. [↑](#footnote-ref-7)
8. Ces analyse se retrouvent en grande partie dans l’annexe. [↑](#footnote-ref-8)
9. Depuis le 1er janvier 2014, cette BD a été intégrée dans la BD GZSS structurelle, reprenant le suivi longitudinale de la consommation de soins de santé de tous les assurés sociaux depuis le 1er janvier 2014. A ce moment la BD GZSS reprend la série 2006-2012. [↑](#footnote-ref-9)
10. Cf. méthodologie appliquée dans *Le suivi prénatal en Belgique en 2010. Comparaison avec les résultats 2005.*, AIM, juin 2013. [↑](#footnote-ref-10)
11. Présence effective dans la salle d'accouchement à la fin du travail et au moment de la naissance et prise en charge du nouveau-né en cas de grossesse à risque et sur prescription du médecin accoucheur, du médecin spécialiste en pédiatrie, par nouveau-né [↑](#footnote-ref-11)
12. Il n’y que 5 maternités sur 100 qui en 2011 respectent la norme de 15%. En observant la résultats sur 4 ans, seul la maternité de Knokke réussit à rester 4 années de suite en dessous de la norme de 15%. [↑](#footnote-ref-12)
13. *‘Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux’* – Texte intégral : *‘ Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux.’* UNICEF, WHO, UNFPA. August 1997 [↑](#footnote-ref-13)
14. Le rapport *‘2013 - Patterns of Maternity Care in English NHS Hospitals Joint RCOG & LSTM report and recommendations’* suggère que ‘no more than 20% variation between hospitals with similar case mix can be considered random’. [↑](#footnote-ref-14)
15. *Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux’* – Texte intégral : *‘ Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux.’* UNICEF, WHO, UNFPA. August 1997 [↑](#footnote-ref-15)
16. Page 17, point 6 (déjà cité à la page 2 du présent rapport) : *«Il existe d’importantes variations géographiques du taux de césarienne.[…] L’explication la plus plausible ne se situe pas au niveau de la population, mais bien au niveau des hôpitaux […] »* [↑](#footnote-ref-16)
17. *Recours à la césarienne en Belgique : évolution générale et disparités*, AIM, novembre 2005 [↑](#footnote-ref-17)
18. Cf. méthodologie appliquée dans *Le suivi prénatal en Belgique en 2010. Comparaison avec les résultats 2005.*, AIM, juin 2013. En particulier nous considérons comme traitement ‘chronique’ tout médicament délivré qui sur la période de grossesse complète représente plus de 90 DDD, soit 3 mois de thérapie. Pour faire la distinction entre diabète ‘chronique’ et ‘de grossesse’, nous observons également la délivrance éventuelle d’insuline l’année précédant la grossesse. [↑](#footnote-ref-18)
19. Une étude de 1998 des Mutualités Libres publiée dans Fax Medica faisait état d’une attestation de ce code dans 96% des accouchements via césarienne et dans 98% des accouchements par voie vaginale aux CU Saint-Luc à Bruxelles, pour les membres des Mutualités Libres y ayant accouché en 1996 (316 accouchements). Conclusion des auteurs : *« Comme il s’agit d’une interprétation médicale, il faudrait disposer de celle des responsables médecins des maternités considérées qui auraient à expliquer à leurs pairs comment plus de 90% des grossesses qu’ils suivent sont, médicalement parlant, des grossesses à risquse »*. [↑](#footnote-ref-19)
20. Contrairement à la population pensionnée, le statut BIM (bénéficiaire de l’intervention majorée) au sein de la population active constitue un très bon ‘proxy’ de précarité financière et statut socio-économique faible. [↑](#footnote-ref-20)
21. L’annexe 4 reprend également d’autres colonnes, comme le nombre de patientes de moins de 16 ans et la durée médiane des séjours. [↑](#footnote-ref-21)
22. Les annexes 5, 6 et 7 donnent le détail pour chaque maternité. [↑](#footnote-ref-22)
23. Cf également l’annexe 9, reprenant par prestataire individuel entre autres le taux de césariennes, son volume d’accouchements global en 2011 et le(s) lieu(x) de prestation(s) [↑](#footnote-ref-23)
24. Loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, Art. 6 § 1er. » *Les unions nationales de mutualités, ci-après dénommées " unions nationales ", sont des associations d'au moins (cinq) mutualités ayant le même but que celui visé à l'article 2 et les mêmes missions que celles fixées à l'article 3 et qui, en vertu de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, précitée, sont autorisées, en qualité d'organismes assureurs, à* ***contribuer à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé*** *et indemnités »*

    Art. 3*. « Les mutualités doivent instaurer au moins un service qui a pour but :*

    *a) la participation à l'exécution de (l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, réglée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994, précitée), pour autant qu'elles aient reçu dans ce but une autorisation de l'union nationale […]*

    *c) l'octroi d'aide,* ***d'information, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social, entre autre par l'accomplissement des missions visées sous a) et b*). »** [↑](#footnote-ref-24)
25. **Section III. - Traitement de données à caractère personnel non codées**.

    […] Art. 19. La personne concernée doit, préalablement au traitement ultérieur de données à caractère personnel non codées qui la concernent à des fins historiques, statistiques ou scientifiques, consentir expressément a ce traitement.

    Art. 20. Le responsable du traitement ultérieur de données à caractere personnel non codées à des fins historiques, statistiques ou scientifiques ne doit pas satisfaire aux obligations imposées par les articles 18 et 19 du présent arrêté :

    1° lorsque le traitement ultérieur à des fins historiques, statistiques ou scientifiques se limite à des données à caractère personnel non codées, rendues manifestement publiques par la personne concernée **ou à des donnees qui sont en relation étroite avec le caractère public de la personne concernée** ou des faits dans lesquels celle-ci est ou a été impliquée, [↑](#footnote-ref-25)
26. En termes de garantie de continuité des soins, cette concentration énorme dans le passé sur un seul prestataire fait poser des questions. [↑](#footnote-ref-26)
27. A partir de 2014, l’AIM dispose d’une série chronologique de dépenses exhaustives 2006- de toutes les prestations remboursées dans le cadre de l’assurance soins de santé obligatoire. [↑](#footnote-ref-27)
28. Cf dossier Fax Medica [↑](#footnote-ref-28)
29. Le trajet de soins postnatal (données 2012) sera décrit dans un rapport à publier dans le courant du 2ième trimestre 2014 [↑](#footnote-ref-29)
30. AZ Damiaan Oostende, AZ Turnhout, Jolimont, UZ Leuven, Overpelt, Notre Dame de Gosselies, St-Blasius Dendermonde, Ste-Elisabeth Namur, AZ Sint-Jan Brugge, Sint-Jozef Bornem, St-Pierre Bruxelles, St-Pierre Ottignies, Maas en Kempen Maaseik et le Centre Hospitalier de Mouscron ont réagi soit par téléphone, soit par mail et/ou ont demandé des informations complémentaires. [↑](#footnote-ref-30)
31. Réaction de l’hôpital de Maaseik: *“Intern en via SPE (studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie) houden we ook cijfers bij betreffende bevallingen en keizersneden. Als ik deze gegevens vergelijk met jullie gegevens, kom ik jaarlijks een 80 tal bevallingen meer uit dan jullie telling. Ik heb dit intern door de MKG verantwoordelijke laten natrekken. Ook zij komt jaarlijks een 80tal meer bevallingen uit dan jullie telling. Zal ik de gegevens van SPE aan jullie bezorgen? Of kan er een verklaring zijn waarom er zo een groot verschil is tussen beide tellingen?”* [↑](#footnote-ref-31)
32. Réaction de monsieur M. Marnix Goethals d’Overpelt: *“Wanneer we de cijfers voor ons ziekenhuis overlopen stellen we vast dat er minder bevallingen in de registratie zitten dan er in realiteit gebeurden:*

    *• 2008: 806 versus 988 geregistreerd*

    *• 2009: 835 versus 1002*

    *• 2010: 880 versus 1078*

    *• 2011: 881 versus 1061*

    *Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat er veel buitenlanders in ons ziekenhuis bevallen zijn (vooral Nederlanders, woonachtig in de provincie). Kunt u aangeven of deze in de registratie worden meegenomen?”* [↑](#footnote-ref-32)
33. *“An increase in surgical birth rates was not associated with any clear benefit for mothers or babies, “but is linked to increased morbidity for both. Elective caesarean delivery could increase neonatal morbidity and mortality.. and is known to be associated with respiratory distress syndrome”* — Professor Villar, leader for maternal and perinatal health research in the department of reproductive health and research at the World Health Organisation

    <http://www.mybirth.com.au/intervention/caesarean.html> En annexe vous retrouverez également une liste d’abstracts d’articles scientifiques relatifs au sujet. [↑](#footnote-ref-33)
34. Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, association professionnelle des gynécologues flamands. [↑](#footnote-ref-34)
35. Amniocentèse : procédure chirurgicale consistant à retirer, à l'aide d'une aiguille, un peu de liquide amniotique. Grâce à l'amniocentèse, les médecins peuvent observer l'état de santé ainsi que la maturité du foetus et diagnostiquer d'éventuelles anomalies fœtales, en particulier le syndrôme de Down. [↑](#footnote-ref-35)
36. Travaillant sur quatre années de prestation, il sera impossible de mentionner pour un prestataire ayant des activités dans plusiers maternités de nommer celles-ci, ce pour des raisons d’identification indirecte trop élevée. [↑](#footnote-ref-36)
37. Il y a lieu toutefois de nuancer ce constat, étant donné que c’est à ce niveau de volume (mono ou multi) que l’on retrouvera sans doute les maîtres de stage. [↑](#footnote-ref-37)