

RAISONNEMENT CLINIQUE

Bloc 1



2023 - 2024

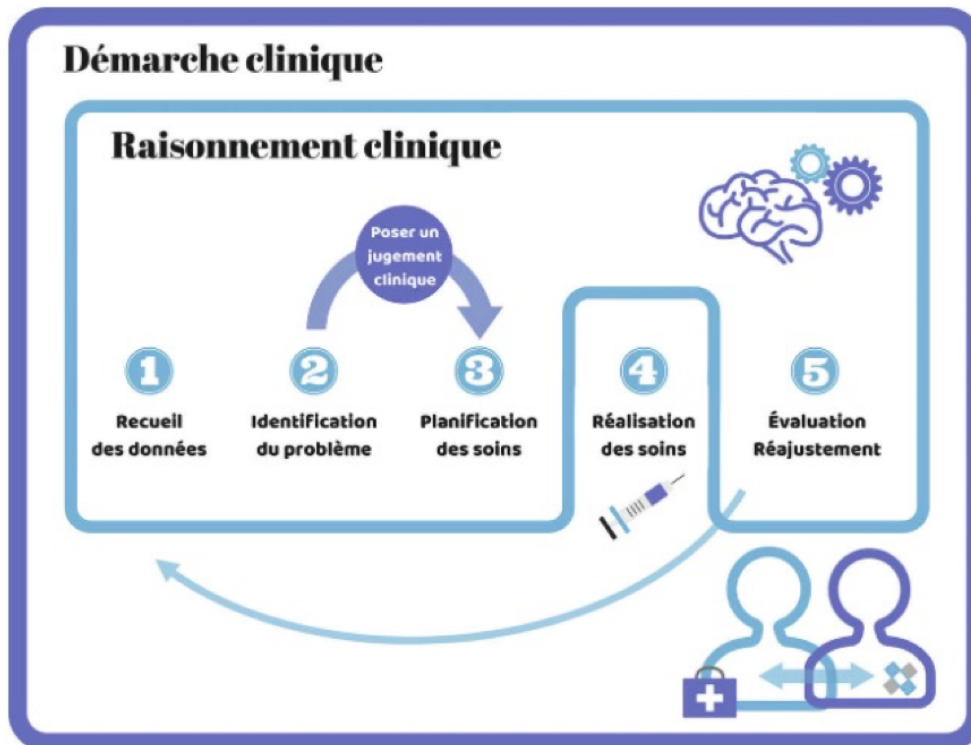
HENALLUX
SF 118

Table des matières

| | |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| Pourquoi faire de RC ? | 3 |
| Processus cognitif de la RC : | 3 |
| Pour raisonner il faut être disposé : | 3 |
| Les connaissances. : | 4 |
| La cognition : | 5 |
| La métacognition : | 5 |
| Représentation des schèmes : | 6 |
| Modèle hypothético déductif : | 6 |
| L'observation : | 6 |
| Le questionnement quintilien : | 7 |
| L'examen clinique : | 7 |
| L'entretien clinique = anamnèse : | 8 |
| L'examen physique : | 8 |
| L'écoute et qualité relationnelle : | 9 |
| La relation soignant – soigné : | 9 |
| Recueillir les données cliniques : | 9 |
| Savoir des sage-femmes : | 9 |
| Contexte : OMS : | 10 |
| - Recommandations sur les soins intra partum | 10 |
| Normes et variation de la norme | 11 |
| Comment combiner connaissances et physiologie ? : | 12 |
| L'empowerment = | 12 |
| Pathologie : | 13 |
| Effet d'exposition : | 13 |
| Effet de l'ancre : | 13 |
| Effet tunnel : | 13 |
| Conclusion prématurée : | 13 |
| Effet de représentation : | 14 |
| Négligence de la norme : | 14 |
| Biais de l'ordre : | 14 |
| Biais associé aux connaissances : | 14 |
| Biais associé à l'attitude : | 14 |

Examen : pas de définition pure.

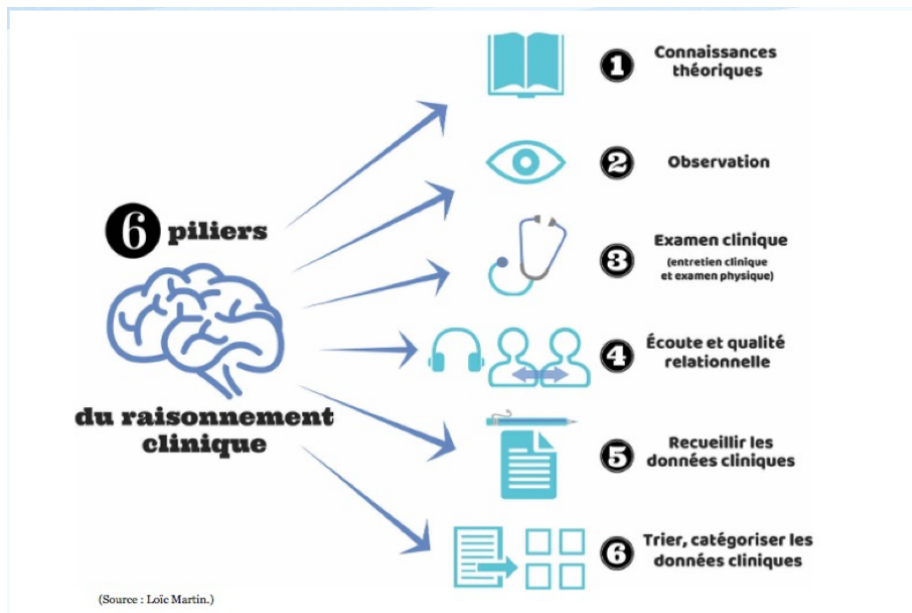
Introduction :



Démarche clinique = processus intellectuel dynamique, continu et évolutif, structuré selon des étapes ordonnées, qui permet d'analyser une situation de soins, afin d'identifier les problèmes réels et potentiels d'une personne et ses capacités.

Raisonnement clinique = faculté d'établir des liens entre les éléments recueillis, soit à partir d'un examen physique ou d'une écoute active ou à partir des signes, symptômes et des connaissances antérieures de l'intervenant. Le liens établis permettant de cerner le problème du patient.

Jugement clinique = c'est une idée, opinion claire que l'on se fait à la suite d'un processus d'observation, de réflexion et de raisonnement sur les données observées -> conclusion que l'on tire.



Pourquoi faire de RC ?

- Pouvoir adapter les procédures aux cas cliniques et voir leur pertinence selon la situation.
- Permet d'examiner le problème dans sa totalité et d'émettre différentes hypothèses et les éliminer si besoin. Permet d'établir des liens entre différentes causes.
- Pouvoir ne pas « boire les paroles des autres » et s'aider de ses savoirs.
- Considérer un problème dans son ensemble.
- Ne pas faire trop vite des conclusions et bien tout analyser.
- Avoir une pratique sécuritaire et efficace.

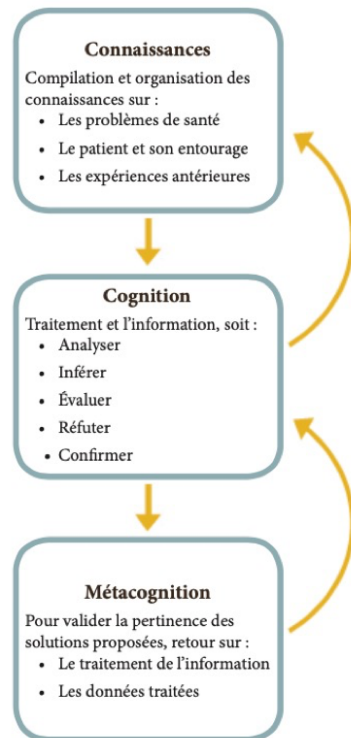
Processus cognitif du RC :

- Non observable
- Devient parfois automatique et inconscient
- Multifactoriel : connaissances, situation, etc
- Se développe mieux en groupe
- Se développe mieux lors de situation complexe (car moins facile donc on va mieux réfléchir).

Pour raisonner il faut être disposé :

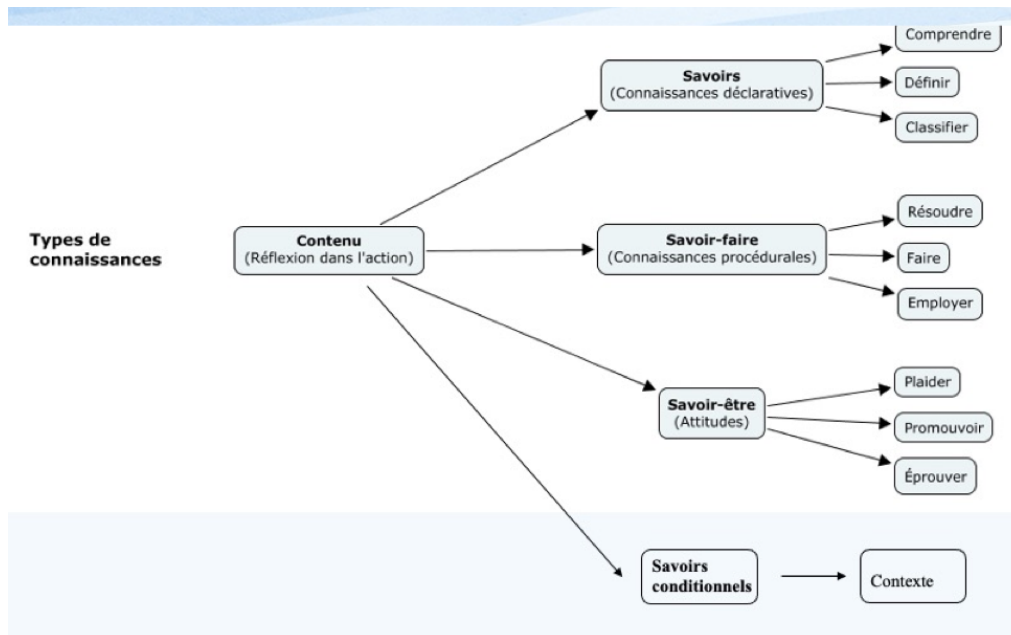
- L'ouverture : être à l'écoute et tolérant.
- Maturité intellectuelle : plusieurs solutions sont possibles, prudence dans son jugement.
- Confiance : avoir confiance en ses capacités.
- Curiosité intellectuelle : acquérir de nouvelles connaissances.
- Désir de connaître la vérité : être objectif dans son auto-évaluation. Apprendre de nouvelles connaissances malgré le fait que ça va l'encontre de ses croyances.
- Logique : être en mesure d'analyser des fait et situation complexe en faisant des liens entre les données (principe/théorie). Permet de poser un regard sur les conséquences de ses actes.

- Le sens de l'organisation : capacité de structurer sa pensée en utilisant une méthode systématique pour examiner la situation clinique.



Les connaissances. :

- Celles que l'on connaît déjà.
- **Les connaissances déclaratives** : répondent aux questions « quoi ». Ensemble des faits, connaissances liées aux lois, aux principes et aux modèles. S'acquièrent en situation de formation structurée ou lors de la revue du dossier et de l'entretien avec le patient et sa famille.
- **Les connaissances procédurales** : séquence des actions liées à la réalisation d'une tâche. S'acquiert avec la pratique et répond à la question « comment »
- **Les connaissances conditionnelles** : liées aux conditions et conséquences pertinentes en fonction du patient. Répondent aux questions « quand » et « pourquoi ». Doivent être utilisés au moment opportun pour que l'action soit efficace.



La cognition :

Comment traiter les informations ?

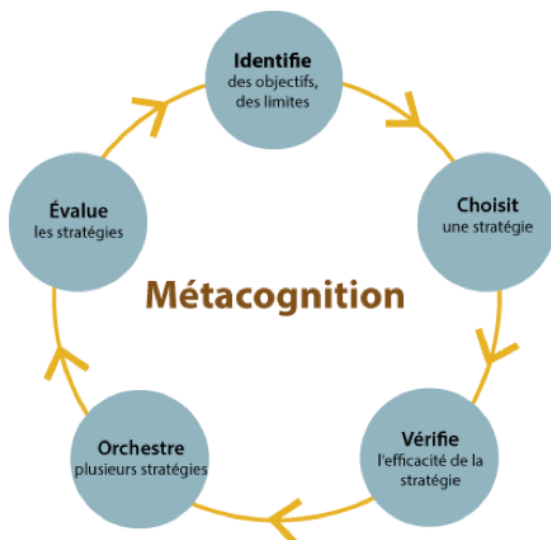
Prendre conscience des actions utilisées lors du traitement de l'information : catégorisation, regroupement, comparaison, analyse l'information afin de prendre une décision juste.

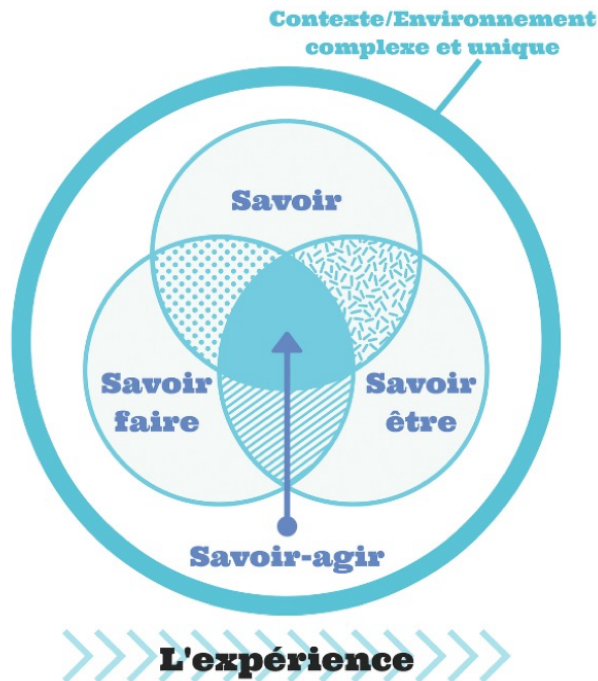
La métacognition :

Comment en est-on arrivé à cette décision / solution ?

Permet de faire un retour sur la pertinence des données choisies et de justifier celle-ci.

But consiste à chercher les failles dans le RC afin d'y pallier.





Représentation des schèmes :

- Repose sur un raisonnement inductif, ce modèle est utilisé par les cliniciens expérimentés qui ont une vaste base de connaissances et qui savent recueillir les infos pertinentes auprès du patient.
- Utilisé dans des cas simples ou lors de situations familières (expérience).
- Consiste à retirer les infos non-pertinentes.

Modèle hypothético déductif :

- Utilisé dans des cas + complexe, solution ne s'impose pas d'elle-même.
- Plusieurs hypothèses.
- Prend du temps et exige de la recherche de données supplémentaires.
- Si nouvelles informations, possibilités d'être confirmés ou infirmés.

L'observation :

Définition = examiner attentivement afin d'analyser, comprendre, étudier la situation clinique. Demande une disponibilité intellectuelle, émotionnelle et physique (écouter et entendre).

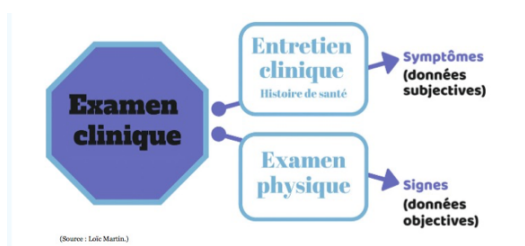
Comment observer?

| Niveau | Qui Observer? Quoi observer? | Observations ciblées |
|--------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | L'environnement-patient: la femme dans sa globalité * | Est-elle consciente? Est-elle cohérente? Respire-t-elle? Quelle est sa position dans son lit? |
| 2 | L'environnement technique : le matériel à proximité de la patiente | Quels sont les chiffres indiqués au monitoring? Si elle est perfusée, la perfusion est-elle toujours fonctionnelle? Qu'est-ce qui coule? |
| 3 | L'environnement architectural: la chambre | La chambre est-elle rangée? Propre? A-t-elle sa sonnette à proximité? |
| 4 | L'environnement social: la famille, les proches, | > Considérer une approche globale en intégrant les éléments bio-psycho-sociaux, culturel, spirituel et philosophique |

Le questionnement quintilien :

- Qui ? :
Patient, famille, entourage.
- Quand ?
A quel moment de la prise en charge ?
- Où ?
- Comment ?
Observation programmée, observation spontanée.
- Quoi ?
- Pourquoi ?
Issue de l'analyse.

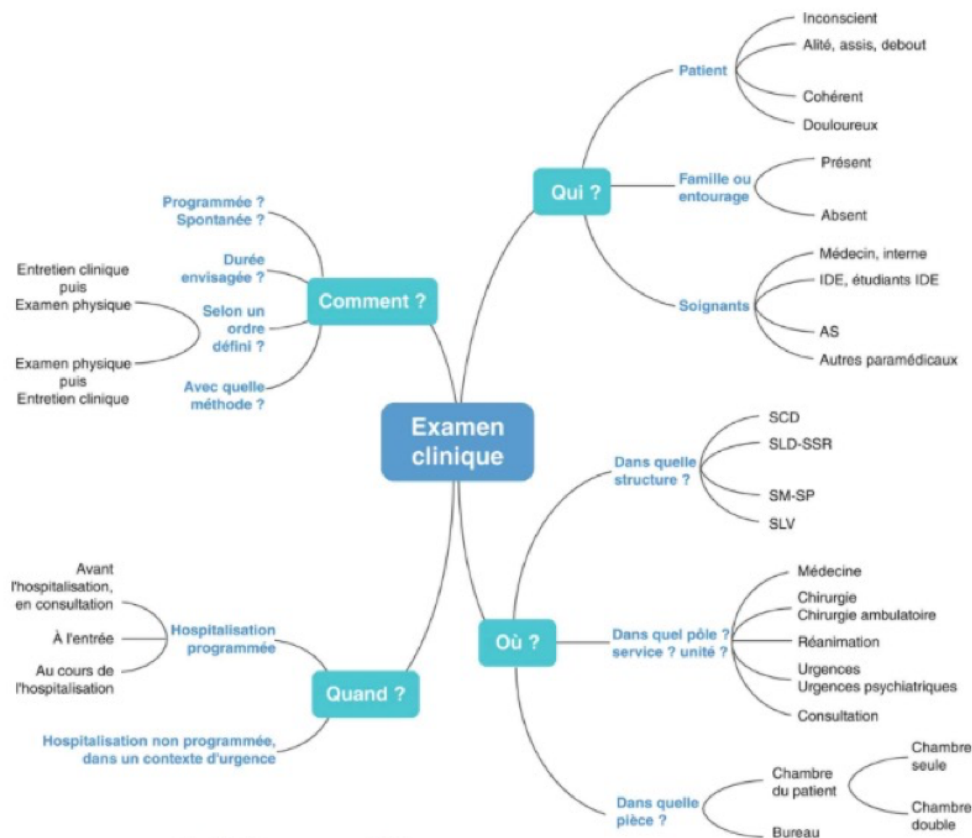
L'examen clinique :



Met en évidence le ressenti (symptômes, examen physique – signes).

Entretien clinique et examen physique.

Carte mentale :



La carte mentale de l'examen clinique. (Source : Loïc Martin.)

L'entretien clinique = anamnèse :

Différentes méthodes : PQRST, (UPSFB ?), ONE, etc

- **P = Provoquer** (explorer les éléments qui provoqué l'apparition du symptôme mais aussi ceux qui l'ont aggravé). **Pallier** (identifier les éléments qui soulagent les symptômes).
- **Q = qualité** (décrire qualitativement le symptôme). **Quantité** (quantifier le symptôme).
- **R = Région** (région où se manifeste le symptôme). **Irradiation** (déterminer si d'autres régions sont affectées par le symptôme).
- **S = symptômes associés** (mentionner si d'autre symptôme accompagne le principal). **Signes associés** (indiquer si d'autre signes accompagner le symptôme principal).
- **T = Temps, durée** (déterminer le moment où le symptôme est apparu, la durée et dire s'il est modifié depuis. Déterminer le nombre d'apparitions du symptôme par unités de temps (heure, jour, semaine)).

L'examen physique :

- Prise de sang, un frotti vaginal, une culture d'urines, mesure de la hauteur utérine, monitoring fœtal, mesure de la tension artérielle, des pulsations et de la température, examen d'urines, contrôle du poids, examen physique général, échographie, etc

L'écoute et qualité relationnelle :

- Il faut que les patientes aient confiance en nous. Du donnant-donnant = alliance thérapeutique. Le ton est important, on module son langage verbal.
- 3 types de communications : **verbal, non-verbal, subverbal / paraverbal** (ton, accent, vitesse, expressions,...)

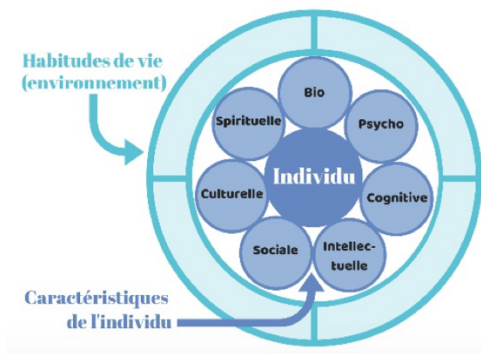
La relation soignant – soigné :

- Accueil
- **Écoute sensible** = on comprend sans forcément adhérer aux opinions de l'autre.
- **Écoute active** = comprendre le message de l'autre.
- **Empathie** = capacité à s'identifier à autrui, de se mettre à la place de l'autre tout en conservant « sa position ».
- **Bienveillance**
- **Juste distance professionnelle** :
 - Distance psychique-émotionnelle : facilite la relation avec le patient et son accompagnant, mais pas trop impliqué, complétée par une distance physique.
 - Distance physique ou proxémie :
 - Distance intime (0 à 40 cm) > relation intime
 - Distance personnelle (de 45 à 120 cm) > relation conviviale
 - Distance sociale (de 1,25 à 3,5m) > relation courante
 - Distance publique (+ de 3,5m) > relation officielle

But : alliance thérapeutique

Recueillir les données cliniques : (exam en situation et questions).

- Peut se faire à différents moments cela dépend de la situation (urgence ou pas etc).
- Recueil des données
- Retranscription nécessaire (dossier obstétrical, anamnèse).



Sur base des infos qu'on a recueillies et déduites il faut assembler les infos pour catégoriser l'individu et mieux comprendre. On doit prendre conscience que c'est un être avec des caractéristiques biologiques, psychologiques, cognitives, sociales, culturelles, spirituelles, avec des habitudes de vie au sein de son environnement ou dans celui dans lequel vous le prenez en soin.

Savoir des sage-femmes :

- Relationnel
- Donner des soins en tenant compte des besoins uniques des femmes.
- Respect de la normalité de la naissance et des variations.
(On doit s'adapter aux situations car oui c'est une femme mais qui est enceinte donc physiologiquement il y a des changements. Car il y a des variations, notre job c'est de

savoir ce qui est bon et pas bon malgré les changements qui change par rapport à quelqu'un d'autre.)

Mode de connaissances :

- La science et sciences humaines et sociale.
- L'intuition ou la savoir tacite.
- L'expérience (+ l'expérience n'est pas suffisante mais nécessite d'identifier le savoir acquis sur base de cette expérience).
- Les histoires.

(Expérience est à avoir et à chercher vers les autres, histoire, expériences, vécus, ...)

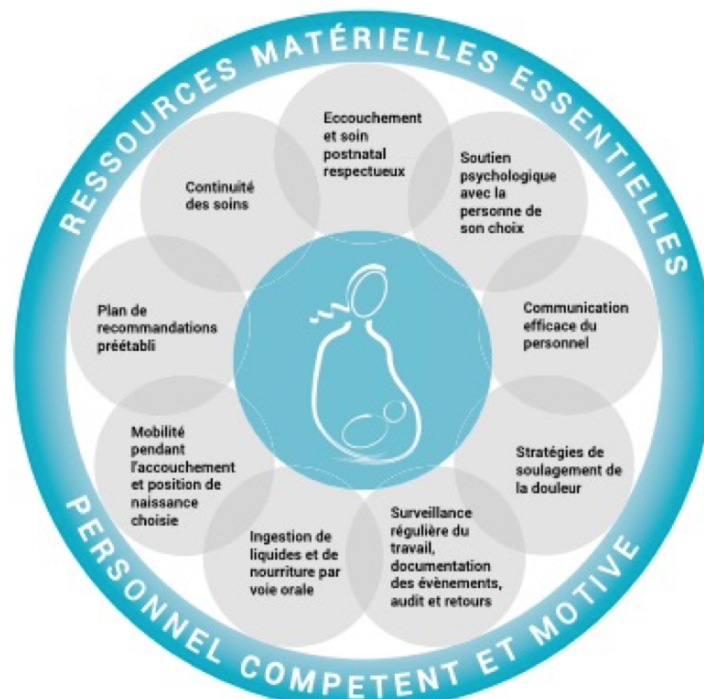
Contexte : OMS :

- Donner une expérience positive de l'accouchement (et de l'intra-partum).

“Le concept de « normalité » pour l'accouchement et la naissance n'est pas universel ou standardisé. Croissance des différentes pratiques d'accouchement visant à initier, accélérer, achever, réguler ou contrôler le processus physiologique de l'accouchement, dans l'objectif d'améliorer les résultats pour les femmes et enfants. Mais cette médicalisation croissante a tendance à amoindrir la propre capacité de la femme et à produire des effets négatifs sur son expérience d'accouchement. L'augmentation de l'utilisation d'intervention d'accouchement continue à élargir le fossé de l'équité en matière de santé entre l'environnement à ressources élevée et faible.”

But poursuivi : établir des normes de bonne pratique pour la conduite d'accouchement et naissance sans complication.

Schéma 1. Représentation schématique du modèle de soins intrapartum OMS



- Recommandations sur les soins intra partum (**examen**) :
 - Soins tout au long de l'accouchement et de la naissance.

- Première phase du travail.
- Deuxième phase du travail.
- Troisième phase du travail.
- Soins du nouveau-né.
- Soins de la femme après accouchement.

| Soins tout au long de l'accouchement et de la naissance | | | |
|---------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Soins maternels respectueux | 1. | Des soins de maternité respectueux - cela fait référence à des soins organisés et fournis à toutes les femmes de façon à préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, à garantir leur protection contre la souffrance et les mauvais traitements, et à permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement - sont recommandés. | Recommandé |
| Communication efficace | 2. | La communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les femmes qui accouchent, utilisant des méthodes simples et culturellement acceptables, est recommandée. | Recommandé |
| Accompagnement pendant l'accouchement et la naissance | 3. | Un accompagnant choisi est recommandé pour toutes les femmes pendant l'accouchement et la naissance. | Recommandé |
| Continuité des soins | 4. | Des modèles de continuité des soins sous la direction de sages femmes, dans lesquels une sage-femme connue ou un petit groupe de sages-femmes connu soutient une femme sur l'ensemble du continuum constitué par les périodes prénatale, intrapartum et postnatale sont recommandés pour les femmes enceintes dans les situations où les programmes de maïeutique fonctionnent bien.* | Recommandation spécifique au contexte |

CCL : Les sage-femme travaillent dans la complexité. Ce n'est pas l'application d'un algorithme, nécessite de la connaissance théorique et c'est un équilibre entre savoir, souhait de la parturiente, de son individualité et expérience clinique.

Le DC est donc ; *Différents types de connaissances dont les savoirs implicites* (notion de normes physiologiques et de sa variation) → *Ensemble de données qu'il faut catégoriser, trier pour une « photographie complète » de la situation* → *Utilisation d'un cadre pour faire ce tri* (recommandations et guidelines).

Normes et variation de la norme :

Elle varie si on a une grossesse donc pas toujours pathologique.

En effet, pour une personne non-enceinte – norme :

Pression artérielle : inférieur à 14,5/9 ou 145/90mm/Hg et supérieur à 10/7 ou 100/70mm/Hg.

TA : moyenne plus élevée chez l'homme que la femme jusqu'à la ménopause ou cela s'inverse. Et augmente avec l'âge, en fonction de l'élasticité des artères.

Variation de la norme : Distinction entre la physiologie et la pathologie.

Exemple : chez une femme l'hémoglobine varie entre 12,5 à 15,5gr/dl mais pendant la grossesse le taux diminue car il y a une hémodilution (car moyenne 1L en plus de volume

circulent) donc on considère alors qu'une dame est en anémie en dessous de 10gr/dl et non 12,5gr/dl.

Définition - Physiologie : « la physiologie de la mise au monde est un ensemble de processus complexes, mutuellement et finement régulés entre la mère et son bébé, qui permet le passage de la grossesse à la maternité, de la vie intra-utérine à la vie extra utérine ». (Lemay, 2017).

Tous les mécanismes qui se mettent en place pour permettre d'accoucher (accouchement naturelle -> accouchement où on n'intervient en rien : accouchement naturelle physiologique. Et accouchement naturelle non-physiologique, par médication (péridural ou ocytocine, etc) ou accouchement non naturel ni physiologique (déclenchement, instrumentalisation, césarienne).

Principe de base : (+ cf. cour madame Jarozic)

Biologiquement, le corps de la femme et du fœtus travaillent ensemble à partir de processus innés, involontaires, conduits par des hormones, de la période prénatale jusqu'au post-natale de manière à favoriser la croissance du fœtus, le processus de la naissance, l'établissement de l'allaitement et de l'attachement en tant que base de leurs relations. → pour favoriser cela il faut reconnaître ces capacités et leur donner priorités et cela nécessite des connaissances de la physiologie et des savoirs théoriques (afin de distinguer la physiologie, variation de la norme et pathologie).

Comment combiner connaissances et physiologie ? :

La philosophie des sage-femmes :

- Le centre des soins ce sont les femmes ! : **Alliance thérapeutique** : on doit être l'alliée des femmes. L'autonomie de la parturiente (**empowerment**). Informations et consentement éclairé.
- Singularité : chaque femme et naissance sont uniques.
- Globalité : naissance = phénomène complexe et à de multiples dimensions et c'est un tout dont tous les éléments sont indissociables.

L'empowerment = pouvoir donner aux patients et famille, le pouvoir dans la maîtrise de leurs santé.

- Écoute active : Cela demande un effort supplémentaire et plus d'investissement de la part du professionnel car il est plus facile de prodiguer des conseils tout fait que de soutenir quelqu'un pour qu'il trouve lui-même ses forces, ressources et solutions qui lui conviennent.
- Il faut s'appuyer sur les ressources du proche entourage (s'il sont aidant), sinon la personne peut se décourager si les obstacles sont trop grands.
- Il faut de la patience : donner du temps aux gestes quotidiens, respecter le temps de latence.
- De la positivité : essayer d'être positif, d'être d'accord entre ses gestes, regards et parole.

Facteurs qui facilitent l'empowerment :

- Respect mutuel entre soignant/soigné/proches.
- Partenariat avec échange de compétences complémentaires et sans attitude autoritaire.

- Respect des croyances.
- Confiance en la capacité de la personne à faire des choix.
- Soutient émotionnel de qualité avec écoute empathique.
- Motivation des acteurs impliqués.
- Échange authentique.
- Éducation à la santé ou connaissance suffisantes.

Pathologie :

= sciences qui a pour objet d'étude des maladies et un synonyme de maladies.

Or la naissance -> événement normal et sain.

Donc ; une pathologie obstétricale est un trouble de la physiologie de la grossesse ou de l'accouchement.

CCL : Le JC est compétence à développer :

- Qui s'appuie sur des connaissances théoriques et implicites.
- Qui implique le recueil de l'informations par différents canaux.
- Afin de se faire une idée globale de la situation
- Tout en tenant compte des variations physiologiques des normes
- Tout en favorisant l'alliance thérapeutique (empowerment)
- Dans une finalité de « gardienne de l'eutocie »

MAIS !

Nous avons un cerveau qui peut être « parasité » : on parle de **biais cognitifs**.

Ceux-ci peuvent contribuer à faire des erreurs et à prendre une mauvaise décision lors de l'intervention auprès du patient.

Ces biais sont générés par divers facteurs résultant de la difficulté qu'éprouve l'être humain à tenir compte de tous les éléments pertinents d'une problématique.

Ces biais entraînent une distorsion de la réalité, ils nous font perdre notre sens logique qui peut être coûteux en temps et en énergie, au profit d'une décision rapide.

Le cerveau étant l'organe humain le plus énergivore, on estime qu'il consomme à lui seul 25% de l'énergie du corps. Limiter son coût énergétique semble donc être une bonne stratégie. Il va au plus « évident »

Le problème des biais réside dans le fait qu'il ne nous est pas possible de les éviter, même en les connaissant. Il est nécessaire de produire un effort cognitif, parfois énorme, de rationalisation afin de les déjouer.

⇒ Biais cognitifs : on a une donnée et on en fait une mauvaise comparaison ; évaluation fautive par erreur d'interprétations ou perceptions.

Effet d'exposition : à force d'en voir on en voit.

Effet de l'ancre : on s'arrête sur son (sa première) idée(hypothèse) et on en cherche tout pour l'affirmer (signes, symptômes, données) et on sous-estime les données qui réfutent l'hypothèse initiale.

Effet tunnel : on plonge dans une situation et on ne voit plus rien autour.

Conclusion prématurée : stopper le processus de recherche sans avoir recueilli toutes les infos ou effectué tous les tests pour comprendre la situation ; nombre insuffisant de données pour justifier ses conclusion et se prononcer trop tôt sur l'état du patient.

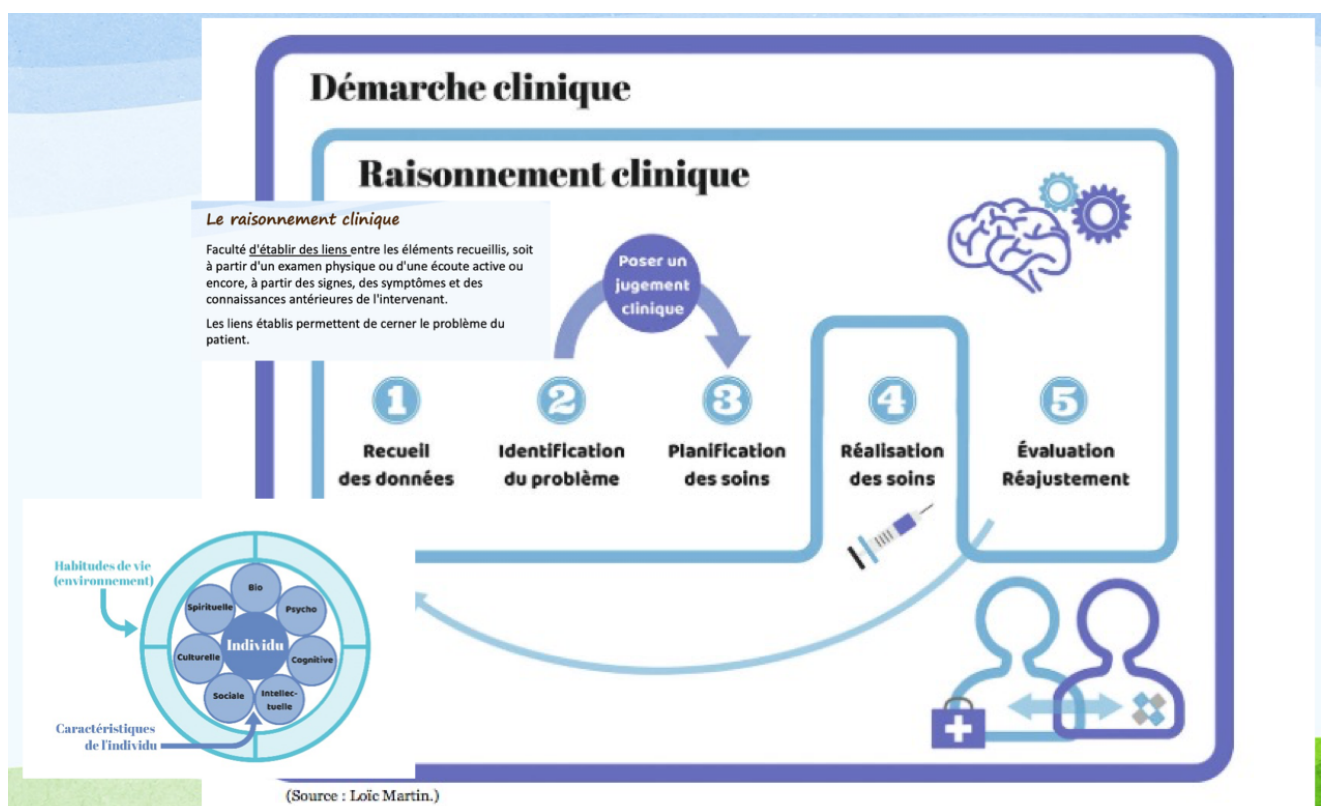
Effet de représentation : on considère la généralité comme unique et on ne cherche plus d'autre possibilité. (Exemple l'infarctus chez la femme et homme n'ont pas les mêmes symptômes).

Négligence de la norme : Trouver des diagnostics complexe, rare, inhabituel ou original alors que la condition du patient est tout à fait typique.

Biais de l'ordre : dépend de l'ordre « de prise en compte » de la donnée soit on garde la dernière hypothèse de diagnostic (biais de récence) soit on garde les premières infos (biais de primauté).

Biais associé aux connaissances : soit les connaissances sont insuffisantes ou inexistantes.

Biais associé à l'attitude : on n'a déjà vu x fois les choses alors on ne s'y intéresse plus. Une attitude de confiance trop forte en ses capacités qui nous pousse à croire qu'on ne va plus commettre d'erreur de raisonnement (est souvent lié au biais de l'effet de l'ancre).



Ccl DC : ↑

Les étapes de la DC :

1. Le recueil des données
2. Analyse de la situation
3. Planification des soins
4. Réalisation des soins
5. Évaluation et réajustement

Comment analyser une situation ?

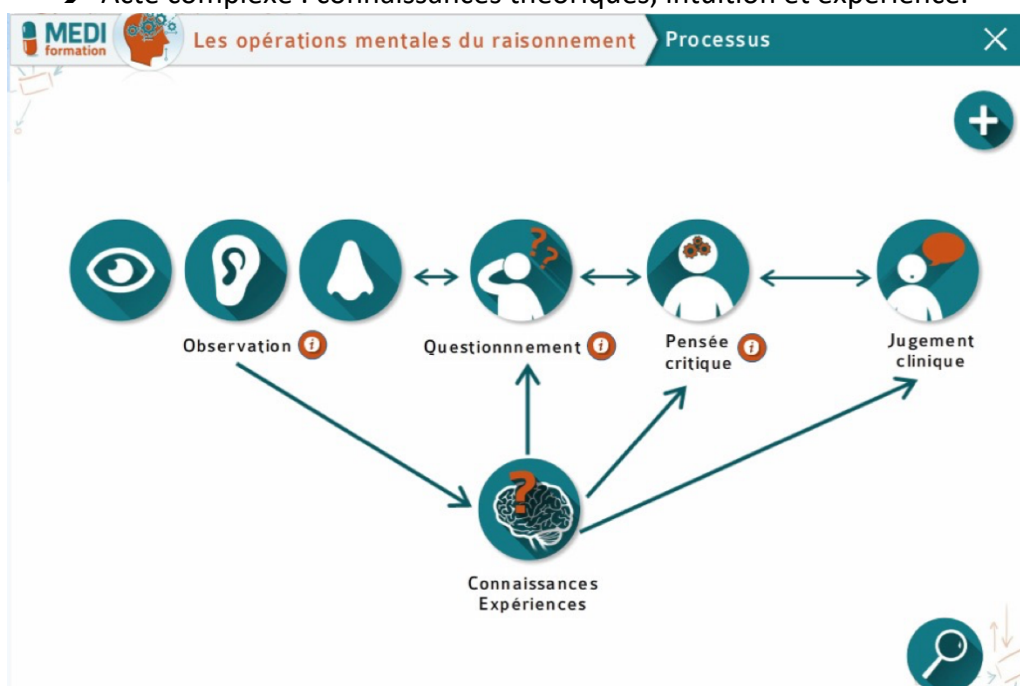
Différentes méthodes :

- **SNAPPS** : est une stratégie d'auto-questionnement structuré qui permet de façonner le raisonnement clinique selon un processus hypothético-déductif.
Cela permet : la discussion, synthèse plus concise, + d'éléments pour comparer les hypothèses et + de questions.
- **S – Synthétiser** brièvement l'histoire et les données (évaluation subjective et objective) en une présentation d'une durée de moins de trois minutes > *faire ressortir les informations clés/permanentes sur la condition du patient.*
 - **N – Nommer** deux ou trois hypothèses pertinentes liées à la problématique > *verbaliser sa compréhension du cas en présentant les hypothèses les plus plausibles et en les priorisant.*
 - **A – Analyser** la solution possible en comparant ou contrastant les données > justifier son choix d'hypothèses en fonction des données et de ses connaissances.
 - **P – Poser** des questions > *faire face aux défis* (manque de connaissances, confusion au sujet d'une donnée spécifique...), poser des questions pour améliorer sa compréhension du cas clinique à l'étude.
 - **P – Proposer** un plan d'intervention > *préciser les interventions spécifiques qui semblent logiques à par|r de l'information obtenue lors de son évaluation initiale.*
 - **S – Sélectionner** un sujet d'auto-apprentissage > *combler ses lacunes et de les pallier par divers moyens.*
- **Carte mentale.** (canva.com)

Jugement clinique :

C'est une idée, opinion claire que la sage-femme se fait suite à un processus d'observation, de réflexion et d'établissement des liens => c'est une sorte de conclusion / interprétation sur les besoins des patients

- Le jugement clinique conduit à la décision thérapeutique/accompagnement.
- Acte exigeant : attention, capacité de raisonnement, de synthèse pour arriver à une déduction logique.
- Acte complexe : connaissances théoriques, intuition et expérience.



Planification des soins : établi les objectifs centrés sur le patient et les résultats attendus et programmer les interventions thérapeutiques et d'accompagnement.
 Quels sont les soins dont le patient et sa famille a besoin et nécessite une réflexion critique qui vise à la résolution des besoins et fixer les priorités.

Évaluation et ajustement :



(Source : Loïc Martin.) Vous pouvez télécharger cette figure au format poster à l'adresse suivante : www.em-consulte.com/complement/476920

(Bonus)

Une expérience positive et épanouissante, mais pas pour toutes :

D'après l'OMS, la grossesse et naissance devraient être, pour chaque femme, une expérience positive (recommandations).

Mais pour certaines cela ne se passe pas toujours comme ça ; à cause des violences obstétricales, précarité, marginalisation, etc

Pourtant le système de soins prénatals se doit d'être universel.

Une offre de soins riche, mais complexe :

- Le système belge actuel propose une offre de soins variée, assurée par des professionnels qualifiés, et ce dans différents contextes (hôpitaux, cabinets privés, etc.).
- Pour le suivi clinique (surveillance du poids et de la tension artérielle, analyses de sang et d'urine, dépistages divers...), les futurs parents ont le choix entre un suivi médical (gynécologue ou médecin généraliste), un suivi par une sage-femme, ou encore une combinaison des deux. Ces différents modèles de soins sont présents dans les autres pays également et les études scientifiques montrent que leur sécurité est équivalente (pour les grossesses à bas risque).
- Les médecins généralistes sont moins impliqués que par le passé dans les suivis de grossesse à proprement parler, mais ils restent évidemment les médecins traitants de la (future) famille.
- Les séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité sont du ressort des sages-femmes et/ou des kinésithérapeutes . Elles peuvent se faire en séances individuelles ou en groupe (ces dernières uniquement remboursées si dirigées par des sages-femmes).
- Enfin, l'accompagnement médico-social est essentiellement proposé par les organismes spécialisés tels que l'ONE (Wallonie-Bruxelles), Kind&Gezin (Flandre-Bruxelles) et Kaleido (communauté germanophone).
- À côté de ces institutions, il existe également des initiatives locales d'accompagnement des femmes enceintes en situation de vulnérabilité.

Des parents parfois désorientés :

- Face à cette offre d'apparence complexe, les futurs parents se sentent parfois submergés d'informations contradictoires > stress et anxiété
- Ils apprécient les séances de préparation à l'accouchement et à la parentalité, surtout en petits groupes. On perçoit toutefois une certaine confusion entre les activités prénatales proposées par des professionnels de la santé et par d'autres acteurs en dehors du cadre des soins de santé (musique, yoga, etc.), entre ce qui est nécessaire et ce qui est accessoire, et entre le suivi clinique de la grossesse et la préparation à l'accouchement. Cette confusion peut mener à des malentendus et à des déceptions.
- Les futurs parents disent aussi se sentir souvent démunis devant les démarches administratives à effectuer.
- Enfin, il est à remarquer que la préparation du post-partum n'est pas encore proposée systématiquement à tous les futurs parents. Pourtant, déjà en 2015, le KCE avait souligné que la réduction de la durée du séjour en maternité devait s'accompagner d'une meilleure préparation du suivi postnatal pendant la grossesse

Trop ou trop peu de visites prénatales ?

- Les recommandations belges en matière de suivi de grossesse prévoient, pour une grossesse « à bas risque », 7 consultations prénatales (10 s'il s'agit d'un premier enfant).
- Trop de femmes enceintes passent encore entre les mailles de ce filet de sécurité : 4% de celles qui sont couvertes par l'assurance maladie restent en dessous du seuil de 7 consultations, et 3% n'ont aucun contact avec un professionnel de santé pendant les 20 premières semaines de leur grossesse.
- À côté de cela, on observe aussi qu'une grande partie des femmes enceintes se rendent à plus de 10 consultations prénatales au cours leur grossesse
- **> Il y a donc à la fois sous- et surconsommation de soins.**

L'exemple des autres pays :

- Les pays dont le KCE a étudié les soins prénatals ont (quasi) tous mis en place des « **Parcours de soins intégrés** »
- > pour chaque grossesse débutante, un « plan de soins » est établi en concertation avec la future mère, qui couvre tous les aspects du suivi prénatal et de l'accouchement, et jusqu'aux six premières semaines après la naissance.
- Un tel plan permet d'aborder les nombreux choix qui peuvent se poser aux futurs parents, tels que la nécessité de tests de dépistage, le lieu de l'accouchement, la manière d'accoucher, le mode de prise en charge de la douleur, etc.
- Le plan de soins prennent évidemment compte des éventuels risques spécifiques de la future mère (qu'ils soient de nature médicale, psychologique ou sociale) et précise la répartition des responsabilités entre les différents professionnels qu'elle a choisis.
- Toutes les étapes importantes de la grossesse et les rendez-vous nécessaires y sont inscrits et une personne de contact unique est désignée – également chargée de coordonner l'ensemble du parcours.

Un petit plus : la consultation de conseil prénatal personnalisé :

- Le but de ces CPP est de mettre toutes les cartes dans les mains des futurs parents pour qu'ils puissent piloter en connaissance de cause l'organisation de leur suivi de grossesse, de l'accouchement et des premières semaines de vie de leur enfant > **empowerment**
- Elles devraient permettre aux futurs parents de mieux définir un trajet sur-mesure selon les besoins, et de limiter les consultations inutiles.
- La première CPP devrait avoir lieu au début de la grossesse. Elle servirait à fournir toutes les informations (scientifiquement fondées) nécessaires, à désigner les professionnels qui accompagneront tout leur parcours, à détecter d'éventuelles fragilités psycho-sociales, et, en fin de compte, à rédiger le fameux plan de soins.
- Une deuxième CPP pourrait se tenir au cours du 3e trimestre, pour finaliser les derniers détails concernant l'accouchement et le post-partum.