

<https://www.lespecialiste.be/fr/debats/reforme-du-paysage-hospitalier-la-reforme-des-maternites-sera-t-elle-menee-dans-un-souci-de-cout-efficacite-s-carlier.html>

La réforme des maternités sera-t-elle menée dans un souci de coût-efficacité ? (Dr S.Carlier)

27 juillet 2026 ppar Dr Stefaan Carlier, président de la BSAR-APSAR



Pourquoi solliciter des experts si leurs recommandations ne sont finalement pas suivies ? Dans cette tribune, le Dr Stefaan Carlier, président de la Société belge d'anesthésie-réanimation (BSAR-APSAR), s'interroge sur le maintien de petites

maternités pour des raisons politiques et défend une réforme fondée sur les critères d'efficience, de qualité et de sécurité des soins.

Le ministre Vandenbroucke déclarait dans une interview accordée au quotidien *De Tijd* le 27 juin 2026 : « J'ai été quelque peu surpris que les experts aient fixé à 600 accouchements par an la condition pour maintenir une maternité ouverte. »

Ce critère, proposé par le groupe d'experts, n'a dès lors pas été retenu dans la proposition de principe de réforme du paysage hospitalier approuvée par la Conférence interministérielle Santé publique.

Un parti politique a publié sur Facebook une photo de deux échevins de Maaseik aux côtés des ministres Vandenbroucke et Beenders, en affirmant que l'hôpital de Maaseik resterait un hôpital à part entière, avec une maternité et un service des urgences. Selon cette publication, ce résultat aurait été obtenu grâce à un intense travail de lobbying mené par les échevins locaux à Bruxelles.

Le Spécialiste rapportait le 16 juillet 2026 que les bourgmestres de Grammont, Pajottegem et Bever s'étaient rendus auprès du ministre Vandenbroucke afin de garantir le maintien de l'aide médicale urgente à Grammont.

Ces exemples illustrent les pressions exercées par des responsables politiques locaux issus de pratiquement tous les partis sur les différents niveaux de pouvoir fédéral et régional. L'unique objectif de ces démarches politiques est de maintenir ouverts des services menacés de fermeture.

Qu'en est-il dès lors de la réforme envisagée des maternités ?

Prenons, à titre d'exemple en matière d'efficacité, une maternité réalisant 400 accouchements par an, soit en moyenne environ un accouchement toutes les 22 heures.

Pour assurer cette activité, il faut disposer au minimum d'une sage-femme, d'un gynécologue, d'un pédiatre et d'un anesthésiste. Une salle d'opération doit également être disponible (y compris le personnel infirmier de bloc opératoire) pour la réalisation des césariennes (que l'on peut estimer, selon les normes habituellement admises, à environ 80 par an, soit une tous les quatre jours et demi).

Si l'on se concentre uniquement sur les sages-femmes, environ cinq équivalents temps plein sont nécessaires pour assurer une permanence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, sans même tenir compte des congés. Ce calcul ne prend pas davantage en considération la tendance croissante au travail à temps partiel dans le cadre de la recherche d'un

meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Il ne tient pas non plus compte du fait que les sages-femmes ne doivent pas uniquement assurer la permanence de la salle d'accouchement, mais également celle de la maternité où sont hospitalisées les femmes venant d'accoucher.

Si l'on considère l'ensemble de la situation, je m'interroge réellement sur le rapport coût-efficacité de la disponibilité de toutes ces ressources humaines (sages-femmes, gynécologues, pédiatres, infirmiers de bloc opératoire, anesthésistes) ainsi que de toute l'infrastructure logistique (bloc opératoire, salle d'accouchement, matériel, etc.) par rapport à un centre réalisant, par exemple, 2.000 accouchements par an.

Que montrent la littérature et les études ?

La littérature montre par ailleurs que 2 à 5 % de tous les accouchements aboutissent à une césarienne en urgence en raison de complications maternelles ou fœtales. Une étude rétrospective réalisée en 2022 à l'hôpital Radboud de Nimègue, certes dans un centre spécialisé, a montré que 3 % de l'ensemble des césariennes relevaient d'une « césarienne code rouge », c'est-à-dire une situation de menace vitale aiguë pour la mère ou l'enfant nécessitant, selon leur protocole interne, que la naissance ait lieu dans les quinze minutes suivant la décision de pratiquer la césarienne.

Ces césariennes extrêmement urgentes surviennent également dans les petites maternités, même si elles y sont moins fréquentes. Il s'agit en effet d'événements imprévisibles, tels qu'un prolapsus du cordon ombilical, un décollement placentaire, une rupture utérine ou d'autres complications similaires.

Il convient dès lors de se demander comment un petit centre peut prendre en charge de telles césariennes à haut risque, d'autant que ces interventions d'extrême urgence nécessitent non seulement la disponibilité de l'équipe médicale et paramédicale (gynécologue, anesthésiste, pédiatre et deux infirmiers de bloc opératoire), mais pratiquement une présence permanente sur place. À défaut, la norme des quinze minutes est tout simplement impossible à respecter.

Par ailleurs, dans son arrêt du 29 mars 2024, confirmant un arrêt de la Cour d'appel de Bruxelles du 8 novembre 2022, la Cour de cassation a rappelé ce qui suit : « un hôpital doit être organisé de manière à pouvoir répondre aux situations d'urgence qui se manifestent, ce qui implique que les anesthésistes de garde soient sur place afin que les interventions urgentes puissent se faire sans délai " (...),

Il s'agit d'un arrêt faisant jurisprudence et revêtant une importante valeur de précédent.

Quid des permanences ?

À mes yeux, il n'a toutefois aucun sens d'exiger une permanence en anesthésie pour le quartier d'accouchement s'il n'existe ni permanence d'infirmiers de bloc opératoire ni permanence en gynécologie. En effet, il est inutile de vouloir réduire au maximum le délai entre la décision et la naissance (*decision-to-delivery interval*) si la décision est prise trop tard ou si l'incision est retardée parce que le gynécologue est bloqué dans les embouteillages...

Pour les petites équipes médicales et paramédicales, assurer une telle permanence est extrêmement difficile sur les plans logistique, physique et financier.

Peut-on, par ailleurs, parler d'une exposition suffisante de l'équipe à ce type de pathologies lorsque leur incidence est aussi faible ? Pour ces césariennes très urgentes, rares mais imprévisibles, l'accouchement est-il réellement aussi sûr dans un petit centre — où une permanence quasi permanente est pratiquement impossible à assurer — que l'affirme le ministre Vandenbroucke ?

Au-delà des moyens financiers, dispose-t-on encore d'un nombre suffisant de professionnels pour les mobiliser dans des structures où ils ne seront pas utilisés de manière optimale ? Compte tenu de la pénurie actuelle, trouvera-t-on encore des infirmiers et des sages-femmes prêts à travailler dans de petites équipes ? Les gynécologues, pédiatres et anesthésistes accepteront-ils encore d'y exercer alors que, comparativement aux grands services, la pression des gardes y est beaucoup plus importante et que l'impact sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée y est nettement plus lourd ?

La situation est encore plus préoccupante pour l'anesthésie, dans la mesure où le quota de formation fixé par les commissions de planification est beaucoup trop faible, ce qui alimente une pénurie importante.

Faut-il fermer 17 maternités ?

Le rapport 323A du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), publié en 2019, concluait qu'une maternité devait réaliser au moins 557 accouchements par an afin d'abaisser son coût par accouchement au niveau des maternités les plus efficaces, sans compromettre la qualité des soins.

Le KCE précisait également que chaque femme devait pouvoir rejoindre une maternité en voiture dans un délai considéré comme sûr. Sur la base des critères d'efficacité, de

qualité et d'accessibilité, il concluait que 17 petites maternités pouvaient être fermées. Quatre autres centres ne satisfaisant pas au critère de volume devaient toutefois être maintenus ouverts afin de garantir l'accessibilité géographique.

Le KCE soulignait que cette recommandation s'inscrivait dans une tendance internationale en faveur de la concentration des maternités. L'objectif n'était pas uniquement de réaliser des économies, mais d'utiliser les ressources du secteur des soins de santé de la manière la plus efficiente possible, sans porter atteinte ni à la qualité ni à l'accessibilité des soins.

Le Centre constatait même que les maternités réalisant déjà au moins 557 accouchements par an pourraient encore gagner en efficacité si elles atteignaient 900 à 1.000 accouchements annuels.

Il est également frappant de constater que, dans cette étude (situation en 2019), le KCE indiquait qu'en Belgique 80 % des femmes âgées de 15 à 49 ans pouvaient rejoindre plus de huit maternités dans un délai de trente minutes. Pour 1,7 % d'entre elles, une seule maternité était accessible dans ce délai. Sur la base des données démographiques de 2016, 99,8 % de ces femmes pouvaient atteindre au moins une maternité en moins de trente minutes.

L'étude du KCE indiquait également qu'en 2016, le taux d'occupation réel des maternités belges était en moyenne inférieur à 50 %. Seules 9 des 110 maternités atteignaient alors un taux d'occupation de 70 % ou plus.

Dès 2017, le KCE avait déjà constaté (rapport 289) que les maternités belges disposaient collectivement de 600 lits excédentaires, un surplus qui devait atteindre 1.000 lits en 2025.

Le rapport 323A (2019) soulignait également que la fermeture de ces services aurait des conséquences importantes pour le personnel et les médecins. Il plaidait dès lors pour la mise en place de mesures d'accompagnement, notamment en faveur du personnel, des gynécologues, des pédiatres et des anesthésistes.

Il s'agit évidemment d'une condition sine qua non.

Le professeur Dewallens avait déjà abordé cette question dans *Le Spécialiste* du 12 février 2020. Il estimait que les directions des réseaux hospitaliers et les conseils médicaux de réseau devaient anticiper, dans leurs décisions, les conséquences d'éventuelles fermetures sur le statut juridique des médecins. Une décision prise au niveau du réseau

pourrait ainsi prévoir que les médecins concernés se voient proposer une nouvelle convention dans un autre hôpital du réseau.

Le 23 avril 2026, le Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) a également rendu un avis, à la demande du ministre de la Santé publique, sur la note du groupe d'experts. Celui-ci indique clairement : « En ce qui concerne plus spécifiquement la norme minimale de 600 accouchements par an pour une maternité, le CFEH peut se rallier au choix de cette norme. Nous renvoyons à cet égard aux conclusions du rapport 323A (2019) du KCE ainsi qu'à l'avis du CFEH (557). »

Pourquoi ?

Pourquoi les pouvoirs publics commandent-ils un rapport au KCE si ses conclusions ne sont finalement pas prises en considération ? Pourquoi solliciter l'avis d'un groupe d'experts ? Pourquoi demander un avis au CFEH ?

Pourquoi augmenter, en 2026, le budget du KCE de 22,4 à 26,4 millions d'euros, comme *Le Spécialiste* l'a rapporté le 11 juillet 2026, si ses recommandations peuvent ensuite être purement et simplement écartées ?

Dès lors, une question fondamentale se pose : les pouvoirs publics souhaitent-ils réellement organiser les soins de santé en recherchant le maximum de coût-efficacité et de sécurité pour les patients ? Ou les considérations politiques locales jouent-elles un rôle trop important et freinent-elles cette évolution ?

Conclusion : le conseil d'administration de la BSAR-APSAR soutient la proposition du groupe d'experts consistant à fixer 600 accouchements par an comme seuil minimal pour le maintien d'une maternité. Il estime même que ce seuil devrait être sensiblement plus élevé afin de maximiser l'efficacité et la qualité, comme le recommande également le KCE.

Le conseil d'administration de la BSAR-APSAR considère toutefois qu'il doit être possible de déroger à ce seuil, ou de rechercher des solutions alternatives, dans les régions où l'accessibilité aux soins serait compromise, notamment dans les zones peu peuplées du sud du pays qui se retrouveraient à une trop grande distance d'une maternité.

Par ailleurs, des mesures d'accompagnement devront impérativement être mises en place (**conditio sine qua non**) en faveur du personnel et des médecins des services appelés à fermer.

La BSAR-APSAR regrette que la Conférence interministérielle Santé publique ait choisi de ne pas tenir compte de cette partie de la proposition formulée par le groupe d'experts.