

## LES ENJEUX D'UN SÉJOUR ÉCOURTÉ EN MATERNITÉ /

*Les sages-femmes sont des acteurs incontournables de premier échelon du système de santé. La tendance au séjour écourté en maternité le confirme et souligne la nécessité d'une transformation de l'accompagnement des familles autour de la naissance.*

**Gaëlle Chapiro**, chargée de projets pour le programme Education permanente de la Fédération des maisons médicales.

**S**uite à la réforme du financement des hôpitaux, les gestionnaires des maternités ont poussé au raccourcissement du séjour en maternité afin ne pas subir les astreintes financières pour dépassement de la durée moyenne de séjour. Cette tendance, qui se poursuit malgré la levée de ces astreintes suite à un recours, est logique selon l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur l'organisation des soins après l'accouchement<sup>1</sup>. Pour Dominique De Temmerman, médecin-expert aux Mutualités libres<sup>2</sup> : « *La plupart des pays de l'OCDE ont des séjours en maternité plus courts qu'en Belgique. Mais dans ces pays, certaines traditions et habitudes existent autour de l'accouchement et la naissance. En Belgique, les choses se sont un peu déroulées dans la précipitation, ce qui entraîne des risques. Mais c'est aussi l'opportunité de repenser cette période de la vie différemment.* » Selon Vanessa Wittvrouw, présidente de l'Union professionnelle des sages-femmes belges (UPSFB), « *préparer la naissance avec les parents favorise un accouchement moins médicalisé et un séjour en maternité plus court.* » Des pistes pour combiner qualité accrue et baisse des coûts ?

### Des risques

Selon le KCE, « *la durée du séjour à la maternité après un accouchement dépend souvent davantage des habitudes locales que des réels besoins médicaux ou d'un choix délibéré des parents* ». Cette étude mettait déjà

en évidence une grande disparité géographique, une fragmentation et une méconnaissance de l'offre de soins. Cette situation induit un risque de vide de soins, notamment pendant la première semaine post-partum particulièrement cruciale, surtout pour les familles les plus vulnérables et les mères qui doivent reprendre rapidement les tâches familiales et qui ont un faible réseau social. Or, ce sont aussi ces familles qui se méfieront peut-être d'une visite de l'ONE ou d'une sage-femme de l'hôpital, craignant une forme de contrôle.

Certains hôpitaux ont développé la collaboration avec les sages-femmes indépendantes et/ou avec les centrales de soins à domicile qui ont largement recruté ces derniers mois. D'autres hôpitaux ont mis en place en interne un service d'accompagnement postnatal à domicile. Dans le meilleur des cas, les parents ont le choix entre ces options de suivi mais « *ce choix est purement théorique, constate Vanessa Wittvrouw, car en réalité les parents ne sont pas toujours correctement informés et l'hôpital valorise généralement l'option qui lui convient le mieux* ». En pratique, les prestations sont différentes. Les sages-femmes des centrales de soins à domicile et de l'hôpital effectuent généralement un plus grand nombre de visites quotidiennes que les sages-femmes indépendantes (jusqu'à 14 contre 7 au maximum) et ne désignent pas forcément une sage-femme de référence par famille, au détriment de la continuité, même si ces éléments semblent évoluer positivement au fil des mois.

Dans le cas du service hospitalier, n'y a-t-il pas des similitudes avec ce qui se passe dans d'autres domaines

1. *L'organisation des soins après l'accouchement. Report 232Bs, 2014.*

2. Mutualités libres, « *La parole aux sages-femmes* », débat organisé le 8 décembre 2016, [www.miloz.be](http://www.miloz.be).

du soin, comme les équipes mobiles d'intervention en santé mentale ou l'hospitalisation à domicile ? Selon Pierre Drielsma, médecin généraliste en maison médicale, « il s'agit pour l'essentiel de transférer les coûts d'hôtellerie sur les familles tout en maintenant l'activité médicale correspondante sous le contrôle hospitalier »<sup>3</sup>. Il dénonce un passage de l'hospitalo-centrisme à l'hôpital tentaculaire qui envahit la première ligne. « La logique de la deuxième ligne n'étant pas adaptée à l'ambulatoire ni au travail en milieu de vie », poursuit-il. C'est pourquoi il recommande d'éviter que les infirmiers hospitaliers réalisent des soins à domicile que les infirmiers de première ligne peuvent réaliser. La même question se pose pour les sages-femmes. Certains hôpitaux font signer à leurs employées des clauses de non-concurrence par lesquelles elles s'engagent à ne pas pratiquer en tant qu'indépendantes dans un périmètre déterminé autour de l'hôpital qui les emploient. Notons aussi que les services hospitaliers ne portent souvent que sur les premiers jours, les plus rentables, un effet pervers du mode de financement déjà évoqué par le KCE. Cela induit un changement de prestataire regrettable pour le suivi à long terme, d'autant plus que la communication des données de santé de l'hôpital vers les sages-femmes du premier échelon est souvent incomplète, bien qu'essentielle à une prise en charge optimale. Ne pas connaître le groupe sanguin des parents par exemple peut conduire à la prise en charge tardive d'un ictère causé par une incompatibilité. Une autre stratégie développée par certains hôpitaux consiste à faire revenir les mères et les bébés pour une consultation d'allaitement ou une visite chez le pédiatre. Un déplacement qui n'a pas de sens pour les familles.

Selon l'UPSFB<sup>4</sup>, la réorganisation en cours impacte aussi les sages-femmes hospitalières : pertes d'emploi, turnover plus important, charge de travail augmentée et gestion administrative croissante qui mettent la qualité des soins en danger. A quoi s'ajoutent la fermeture de maternités qui réduit la proximité et donc leur accessibilité et pousse à une logique de croissance des services.

## Des recommandations

Le KCE a émis une dizaine de recommandations pour un accompagnement périnatal de qualité. Parmi celles-ci, la mise en place d'un réseau multidiscipli-

3. P. Drielsma, « Évaporer la première ligne ? Gare à l'effet de serres ! », *Santé conjugulée* n°76, septembre 2016.

4. E. Di Zenzo, V. Wittvrouw, « Le retour précoce à domicile. Quels défis pour les sages-femmes », *Rapport du congrès du 29 octobre 2015*, [www.sage-femme.be](http://www.sage-femme.be).

naire associant un plan et une coordination des soins par une personne de contact pour les (futurs) parents identique tout au long de la grossesse, de la naissance et du postpartum (sage-femme, obstétricien ou médecin généraliste) ; un dossier de santé informatisé en lien avec le Dossier médical global (actuellement en cours d'élaboration avec la Plateforme eHealth), la préparation de la période postnatale dès le début de la grossesse, l'organisation d'un suivi médical à domicile par des sages-femmes en prévoyant un service de garde et une permanence téléphonique (ce que certaines associations de sages-femmes font déjà), le développement et la mise en œuvre de procédures de réadmission pour les nouveau-nés et leur mère, des guides de pratique clinique et des indicateurs de qualité ; la promotion du soutien par les pairs... « Les (futurs) sages-femmes et médecins généralistes doivent être spécifiquement formés aux soins pré- et postnatals à domicile », pointe également le rapport. La formation des premières est trop hospitalo-centrée et, en début de pratique, un compagnonnage à domicile est essentiel. Les seconds manquent parfois d'aisance dans le suivi d'un nouveau-né et peuvent méconnaître la complémentarité de leur rôle et compétences avec ceux des sages-femmes, et par exemple prescrire un antibiotique pour une mastite là où un massage aurait peut-être suffi. Le KCE a également souligné « l'incompatibilité du système actuel de paiement à l'acte avec une offre de soins postnatals intégrés et continus. [Des] tâches cruciales et chronophages telles que la coordination et l'éducation parentale sont sous-estimées et sous rémunérées ; le système actuel ne favorise pas la délégation des tâches et le travail multidisciplinaire [et] induit une sous-utilisation par les familles les plus défavorisées ».

## Une sage-femme « de famille » ?

Si les sages-femmes sont principalement présentes au deuxième échelon du système de santé, dans les hôpitaux (maternités, service de procréation médicalement assistée ou de grossesses à risques...), il apparaît essentiel de redéployer leur rôle au premier échelon dont elles sont un acteur central. C'est d'ailleurs le défi formulé dans le profil professionnel et de compétences des sages-femmes adopté en 2015 par la Direction générale des soins de santé. Cela passera sans doute par un changement de représentation qu'en ont le grand public, les (futurs) parents et les professionnels, car les compétences des sages-femmes sont encore largement méconnues. Marlene Reyns, de la Vlaamse beroepsorganisatie van vroedvrouwen (VBOV) : « Seuls 20% des femmes savent ce que la sage-femme peut leur apporter durant la grossesse et l'accouchement ».

La sage-femme « de famille » s'adresse aux bébés in utero et jusqu'à un an environ, aux femmes, aux familles à cette période-là, et plus largement aux femmes pendant toute la durée de leur fécondité. Elle partage les critères de qualité chers aux maisons médicales : globalité, intégration, continuité et accessibilité. Formée à une approche globale médico-psychosociale, elle réfère à d'autres professionnels de santé quand la situation le requiert. Les rencontres prénatales permettront de repérer plus facilement un problème par la suite, grâce à la connaissance de la famille et à la relation de confiance réciproque qui évitera aussi une éventuelle méfiance des parents quant aux visites à domicile. « D'où l'intérêt de prendre au moins deux rendez-vous avant la naissance, suggère Vanessa Wittvrouw. L'un au cabinet et le second à la maison. » La sage-femme propose à la fois une prise en charge médicale de la mère et du bébé et une approche préventive, par l'information et la préparation à l'accouchement et à la parentalité notamment. Elle accompagne le couple dans la préparation de la période postnatale (activer les réseaux de solidarité familiaux, d'amis, de quartier, préparer des repas à l'avance, adapter le lieu de vie...) et lui offre un soutien à la parentalité après la naissance. Cette organisation anticipée permet aux familles de développer leurs propres ressources et celles de la communauté, à l'échelon zéro du système

de santé<sup>5</sup>, et de recourir seulement en cas de besoin à des services d'aide payants.

La sage-femme accompagne les (futurs) parents et les informe pour qu'ils puissent faire leur choix de manière éclairée. Le manque d'accessibilité est surtout culturel car l'INAMI rembourse intégralement plusieurs consultations prénatales et postnatales pour les sages-femmes conventionnées. Celles-ci disposent cependant de codes de prestation limités... et d'un salaire décevant. « D'après nos calculs, une sage-femme libérale gagne 8 euros l'heure après avoir déduit toutes ses charges », affirme Marlene Reyns, de la VBOV. De plus, les conventions de collaboration proposées par certains hôpitaux dans le cadre du séjour en maternité écourté leurs interdisent de facturer des frais de déplacements ou de matériels. Ce sous-financement également dénoncé par le KCE pousse à augmenter le nombre de visites quotidiennes au détriment de la qualité des soins. La sage-femme « de famille » limitera le nombre de ses visites pour disposer du temps nécessaire à l'observation de tous les paramètres de l'évaluation physiologique du post-partum pour la maman et le bébé et éviter de passer à côté

5. G. Chapiro, « Communauté et solidarités de proximité : prétexte, emplâtre ou levier ? », *Santé conjugulée* n°76, septembre 2016.



d'une pathologie... Une visite peut ainsi durer deux heures afin d'y inclure une tétée, par exemple. C'est cette approche qui a un jour permis à Vanessa Wittvrouw de repérer une pathologie cardiaque nécessitant une prise en charge d'urgence et non détectée par le pédiatre à l'hôpital. C'est aussi ce qui peut éviter le stress causé par une ré-hospitalisation inutile d'un nourrisson pour ictère, les grilles de lecture et modalités d'accompagnement des sages-femmes du premier échelon étant différentes de celles des sages-femmes hospitalières. Si la sage-femme qui s'occupe du suivi postpartum est informée d'un diabète gestationnel, elle conseillera un bilan chez le généraliste alors que le suivi hospitalier s'arrête généralement au régime conseillé pendant la grossesse sans se préoccuper du risque accru de développement d'un diabète de type gras. « *C'est cette inscription dans la durée qui lui permet de repérer des difficultés, psychologiques ou d'addiction par exemple* », ajoute Vanessa Wittvrouw.

### Un changement culturel et politique

En 2012, nous abordions la nécessité d'un changement de paradigme dans le domaine de la périnatalité<sup>6</sup>. Un changement qui soutiendrait la réappropriation de la naissance par les familles avec un accompagnement professionnel situé principalement au premier échelon du système de santé. Un changement qui irait de pair avec une médicalisation raisonnée recommandée depuis longtemps par l'OMS et qui produirait des effets bénéfiques sur la santé globale des familles, ainsi qu'à long terme probablement aussi sur le budget des soins de santé.

La mise en place du séjour écourté en maternité ravive des questions et des failles préexistantes dans l'organisation des soins de santé en périnatalité. Parmi celles-ci le paradoxe entre surmédicalisation et discontinuité des soins, les inégalités d'accès à l'information et aux soins, le rôle primordial du premier échelon des soins de santé et les dérives de l'hôpital tentaculaire. Cette réorganisation des soins postnataux initiée par la ministre de la Santé crée ainsi potentiellement une opportunité pour la profession de sage-femme, la qualité des soins et l'émancipation des femmes et des familles. Mais pensée comme une mesure généralisée d'économie et agie dans la précipitation, elle comporte d'importants risques de dérives. Elle est à inscrire dans un contexte et une temporalité plus larges. Un changement culturel est nécessaire pour que toutes les familles puissent être accompagnées par une sage-femme, notamment grâce à une meilleure

information par les autres professionnels de la santé. Le changement politique est aussi crucial. L'accompagnement global, pluridisciplinaire et coordonné recommandé par le KCE se développera grâce à une transformation de la formation des soignants et du financement des soins, entre autres par une meilleure convention entre les sages-femmes et l'INAMI. Les médecins généralistes bénéficient d'une prestation pour investissement de temps supplémentaire auprès d'un patient : pourquoi pas elles ? A contrario, l'indexation de leurs prestations est réduite pour 2017. Aujourd'hui, une sage-femme a l'obligation de référer vers un médecin, pourquoi pas l'inverse ? Certains gynécologues pratiquent déjà un suivi en tandem, alternant les consultations de l'une et de l'autre. Généraliser de telles collaborations pourrait améliorer la prévention assurée par les sages-femmes tout en permettant aux gynécologues de se concentrer sur leur domaine : la pathologie. Il en va de même entre généralistes et pédiatres. Une meilleure collaboration entre les sages-femmes et l'ONE est en cours d'élaboration. La Fédération des maisons médicales a organisé une rencontre sur leur rôle dans l'accompagnement autour de la naissance et, au colloque des Mutualités libres, Paul de Muck, président du Groupement belges des omnipraticiens, s'est réjoui de les voir réinvestir l'ambulatoire et de leur désir de développer les collaborations avec les médecins généralistes... Un cheminement à poursuivre. ■

6. G. Chapoix. « Entrer dans la danse ? Pour un autre accompagnement de la naissance », *Santé conjugulée* n°62, octobre 2012.