

Projets pilotes « accouchement avec séjour hospitalier écourté »

Sommaire

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Introduction..... | 2 |
| 2 | Résultats et constatations après deux années de projet | 4 |
| 2.1 | Description succincte des projets pilotes..... | 4 |
| 2.2 | Nombre d'accouchements par semestre | 5 |
| 2.3 | Evolution de la durée de séjour..... | 6 |
| 2.3.1 | Les chiffres sur base des données Résumé Hospitalier Minimum | 6 |
| 2.3.2 | Les chiffres sur base des données de l'Agence Intermutualiste | 7 |
| 2.4 | Observations générales | 7 |
| 2.5 | Le bien-être des mères et la qualité des soins | 8 |
| 2.6 | Les prestataires de soins | 9 |
| 2.7 | Substitution des soins à l'hôpital par des soins en dehors de l'hôpital | 10 |
| 3 | La 3 ^e année de projet | 11 |
| 4 | Les initiatives politiques déjà en cours..... | 11 |
| 5 | Conclusion | 12 |

1 Introduction

L'accord de gouvernement du 9 octobre 2014 soulignait la nécessité de réorienter le secteur hospitalier. Dans son « Plan d'approche - Réforme du financement des hôpitaux (2015) », la ministre de la Santé publique, Maggie De Block, soulignait la nécessité d'éviter les séjours hospitaliers inutiles ou inutilement longs. La capacité hospitalière doit être utilisée le plus efficacement possible compte tenu, entre autres, du vieillissement de la population associé à une augmentation des besoins en soins (chroniques) qu'il entraîne. Ceci nécessite d'adapter notre organisation de soins au sein et en dehors des hôpitaux.

Par le biais de projets pilotes, les hôpitaux et leurs partenaires de première ligne ont eu l'opportunité d'élaborer et de tester des modèles des soins innovants. Partant du constat que la durée moyenne des séjours à la maternité était plus longue en Belgique que dans les pays voisins, et après que le KCE ait consacré en 2014 un rapport¹ à l'optimisation des soins postnatals, en toute logique « l'accouchement avec un séjour hospitalier écourté » a été choisi comme premier thème pour les projets pilotes prévus dans le cadre de la réforme du secteur hospitalier.

L'appel à candidatures² prévoyait un certain nombre de conditions. Celles-ci reflètent essentiellement l'importance accordée par la ministre au maintien de la qualité et à la continuité des soins. Une attention particulière a également été accordée à l'autonomisation (*empowerment*) du patient et de son entourage, ainsi qu'aux familles vulnérables. En ce qui concerne le suivi, et en vue d'aider la ministre dans l'élaboration de sa future politique périnatale, un certain nombre d'enregistrements périodiques ont également été demandés. Ce suivi par le biais d'une série d'indicateurs adaptés concernait tant la qualité des soins que la satisfaction des patientes, ainsi que l'expérience des prestataires de soins. Afin de pouvoir démarrer rapidement, des choix pragmatiques ont été faits dans ce domaine : ainsi par exemple aucune mesure de référence générale n'a été organisée et les projets n'ont pas fonctionné avec des groupes témoins dans la mesure où l'ensemble des femmes enceintes qui répondaient aux critères d'inclusion définis par le projet concerné ont eu l'occasion de participer. Les constatations reprises dans le présent rapport ne peuvent donc pas être considérées comme étant des résultats scientifiques. En outre, les différents projets diffèrent en termes de modalités, de critères d'inclusion et d'exclusion, de mode de récolte des données, etc. Une comparaison des données chiffrées mènerait par conséquent à des conclusions potentiellement erronées. Il convient plutôt de le voir comme un rapport descriptif.

L'enthousiasme dans le secteur était grand. Dans plusieurs régions, il s'agissait en effet de la première fois que les acteurs de la première et de la deuxième ligne de soins élaboraient ensemble, en tant que partenaires égaux, un programme de soins. Gynécologues, sages-femmes, pédiatres, (cercles de) médecins généralistes, infirmiers à domicile, kinésithérapeutes, des maisons de naissance locales, des centres d'expertise en soins obstétricaux, des centres spécialisés en allaitement, des maisons médicales, des services d'assistance à la maternité, d'aide à domicile et familiale, des services sociaux, des CPAS, les centres de bien-être social, des mutualités et des compagnies d'assurance, des écoles supérieures, des universités, des centres d'audiométrie, etc., mais aussi d'autres services comme l'ONE en Wallonie ou *Kind*

¹ https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_232Bs_soins_postnatal_Synthese.pdf

² https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/appel_projet_pilote_-_accouchements.pdf

en Gezin en Flandre, et les services d'assistance à la maternité se sont mis autour de la table pour s'accorder sur le groupe-cible qu'ils souhaitaient atteindre, sur les soins et la continuité des soins.

Après une première sélection administrative, il a été demandé aux experts du secteur d'assurer (sur base des critères) la sélection au niveau du contenu des soins des projets. Six projets pilotes ont démarré au 1^{er} juillet 2016.

Les projets sélectionnés, avec chacun leur forme de collaboration et d'organisation, leur trajet de soins, leurs propres critères d'inclusion et d'exclusion, leur mode de communication entre les partenaires, etc. ont été organisés autour de onze hôpitaux :

- Liège : CHU de Liège – CH du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye – CHR La Citadelle
- Bruxelles : Saint-Luc
- Bruxelles : Erasme – UZ Brussel
- Mons : CHR Mons
- Sint-Niklaas : AZ Nikolaas
- Leuven : UZ Leuven – Heilig Hart Leuven – Heilig Hart Tienen

Ces projets pilotes ont donc chacun fixé l'organisation et les modalités de soins en fonction de la vision des partenaires, et réalisé ce trajet durant les deux premières années du projet pilote. Si cela s'avérait nécessaire ou utile, chaque projet pouvait éventuellement réorienter les critères d'inclusion et d'exclusion, le parcours de soins transmuraux et le modèle organisationnel pendant cette période. Dans la mesure où ces expériences avaient leur importance pour la politique future, ces réorientations devaient également être signalées à l'autorité.

Le SPF Santé publique, chargé du suivi et du soutien des projets, a invité à plusieurs reprises les coordinateurs des projets pilotes à des fins de concertation et d'échange d'expérience. Tout comme pour l'élaboration de l'appel à projet, des représentants de l'INAMI et du KCE ont participé activement aux discussions. Dans le cadre du monitoring, le SPF Santé publique assure également le suivi semestriel des indicateurs de qualité et de satisfaction, le suivi financier et les rapports annuels d'auto-évaluation.

Les projets pilotes opéraient dans un cadre financier budgétairement neutre : les partenaires investissent les éventuels gains d'efficience dans le projet. Toutefois, chaque projet reçoit un budget supplémentaire de 40.000 EUR par an pour la coordination et le suivi, qui sert à couvrir l'enregistrement et le transfert des informations à l'autorité. En outre, les séjours en maternité écourtés ne pouvaient d'aucune manière avoir un impact financier négatif pour la patiente.

Le présent rapport présente les résultats des deux premières années des projets. La troisième année du projet y est également abordée ainsi que les initiatives politiques déjà en cours.

2 Résultats et constatations après deux années de projet

2.1 Description succincte des projets pilotes

Le tableau ci-dessous présente brièvement les différents projets. Il est indiqué pour chaque projet ce que l'on entend par « séjour écourté », la durée du parcours de soins et quelles interventions supplémentaires de prestataires de soins ont lieu en raison du séjour écourté. Cette description se base sur les éléments que les projets avaient prévus dans leur trajet de soins avant le démarrage de leur projet pilote.

| | SÉJOUR ÉCOURTÉ (sortie de l'hôpital le jour X après l'accouchement) | DUREE DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE (semaine X de grossesse ⇨ semaine/jour Y postpartum) | SPÉCIFICITÉS DU TRAJET DE SOINS (réalisées généralement par une sage-femme) |
|----------------------------|---|--|--|
| BRUXELLES SAINT-LUC | J2/J3 (accouchement par voie basse) J3/J4 (césarienne) | semaine 28/30 ⇩ 1 semaine | Consultation prénatale entre la 28 ^e et 30 ^e semaine Visite le jour 1 et jour 2 après la sortie |
| BRUXELLES ERASME/UZ | J2 (accouchement par voie basse) J4 (césarienne) | semaine 28 ⇩ 1 mois | Consultation prénatale 34 ^e semaine Visite 24h après la sortie + 3 à 6 visites entre le jour 4 et le jour 10 |
| LIÈGE | J3 (accouchement par voie basse) J4 (césarienne) | semaine 20 ⇩ 2 semaines | (Pas de détail sur la/les consultation(s) prénatale(s)) Visite 24h, 48h (et 72h) après la sortie |
| LEUVEN | J2 (accouchement par voie basse – multipare) J3 (accouchement par voie basse – primipare) J4 (césarienne) | semaine 28 ⇩ 1 mois | Consultation prénatale 32 ^e semaine Visite 24h après la sortie + alternativement visite/contact téléphonique le J4, J5, J6, J7, J10 et J14 + visite après 1 mois et après 6 semaines |
| MONS | J2 (accouchement par voie basse) J4 (césarienne) | semaine 12 ⇩ 6/8 semaines | Consultation prénatale semaine 12/13, semaine 24/26 et semaine 34/36 Visite 24h après la sortie, et après 48h et le J7/J8 |
| SINT-NIKLAAS | J3 (accouchement par voie basse) | semaine 16 ⇩ 10 jours | Consultation prénatale semaine 16 et semaine 36 Visite 24h après la sortie + alternativement visite/contact |

téléphonique le J4, J5, J6, J7, J9, J10 et J14 + visite après 1 mois et après 6 semaines

Chaque projet comprend tant des femmes primipares (qui accouchent pour la 1^{ère} fois) que multipares (qui ont déjà accouché auparavant). Le projet de Leuven prévoit un parcours de soins légèrement différent pour les femmes qui accouchent pour la première fois, autorisant un jour supplémentaire de séjour en maternité.

Dans le projet de Sint-Niklaas, les mamans qui accouchent par césarienne sont automatiquement exclues du projet pilote tandis que dans les cinq autres projets, un séjour écourté est prévu (bien entendu avec son propre parcours de soins et un séjour plus long qu'en cas d'accouchement par voie basse).

2.2 Nombre d'accouchements par semestre

| | NOMBRE D'ACCOUchements AVEC UN SEJOUR EN MATERNITÉ ÉCOURTÉ DANS LE CADRE DU PROJET PILOTE | NOMBRE D'ACCOUchements DANS LES HÔPITAUX PARTICIPANTS |
|--|--|--|
| SEMESTRE 1 (2^E SEMESTRE 2016) | 1.449 | 3.420 |
| SEMESTRE 2 (1^{ER} SEMESTRE 2017) | 3.417 | 7.095 |
| SEMESTRE 3 (2^E SEMESTRE 2017) | 4.732 | 8.674 |
| SEMESTRE 4 (1^{ER} SEMESTRE 2018) | 4.380 | 8.183 |
| TOTAL : | 13.978 | 27.372 |

Après quatre semestres, le nombre total de participantes était de 13.978 mamans pour l'ensemble des projets. Pendant les trois premiers trimestres, il y a une augmentation constante. Ensuite, on constate une certaine stagnation, voire légère diminution. Le nombre de mères participantes correspond à partir de 2017 (c.-à-d. à partir du premier semestre après le démarrage) à l'estimation préalable des projets pilotes mêmes.

Sur la base des expériences des coordinateurs de projet, l'augmentation du nombre de participantes au projet au cours des trois premiers semestres pourraient s'expliquer par les éléments suivants :

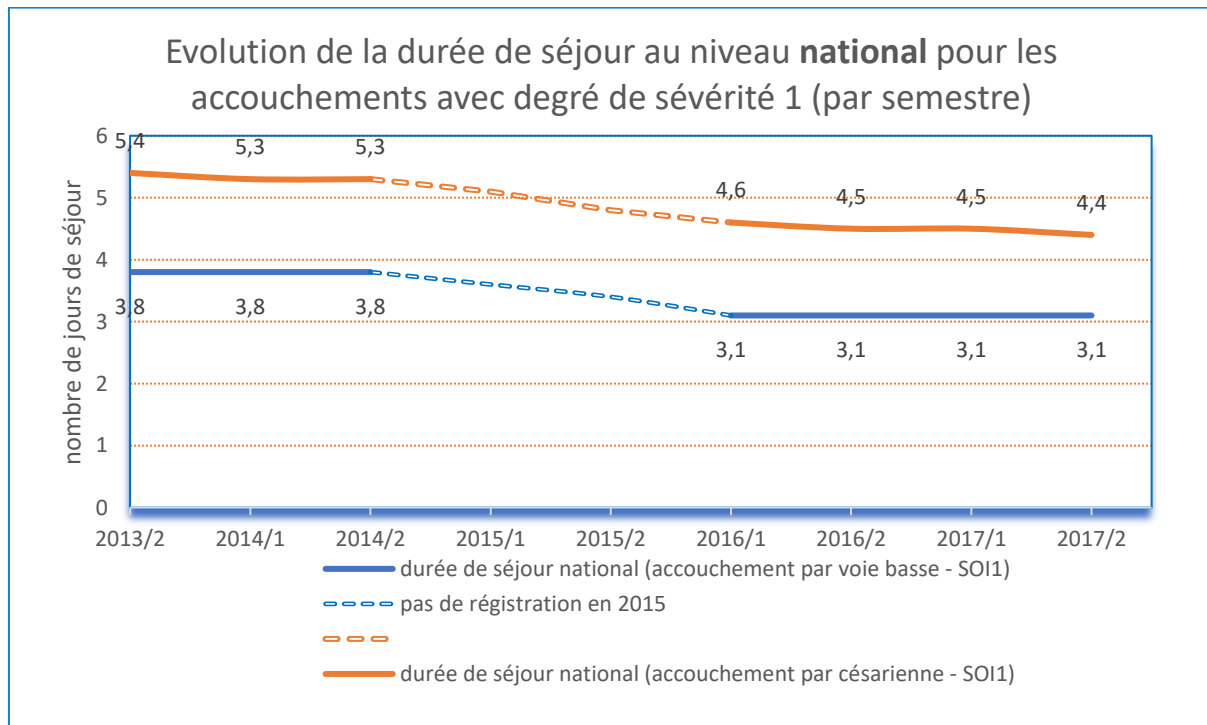
- les projets pilotes ont commencé prudemment mais la flexibilité autorisée a permis d'élargir leurs critères d'inclusion et/ou de limiter leurs critères d'exclusion de sorte que de plus en plus de femmes enceintes ont été invitées à participer au projet ;
- les réticences des participantes disparaissent : les jeunes familles se familiarisent avec les séjours écourtés et reçoivent également des signaux positifs dans leur entourage sur les soins postnatals prodigués en dehors de l'hôpital ;
- le séjour écourté semble être intégré dans les pratiques habituelles pour toutes les personnes concernées;
- la nouvelle organisation des soins fonctionne et la confiance entre les partenaires du projet de la première ligne et de la deuxième ligne grandit.

Il a été constaté qu'après le consentement initial à participer au projet, il arrive souvent que le séjour à la maternité ne soit finalement pas écourté. Les raisons de cette situation sont diverses : problèmes rencontrés pendant la grossesse, complications chez la maman (pendant l'accouchement ou juste après l'accouchement), accouchement prématuré, complications chez le nouveau-né ou parfois le fait de ne pas pouvoir organiser à temps les soins postnatals à domicile.

2.3 Evolution de la durée de séjour

2.3.1 Les chiffres sur base des données Résumé Hospitalier Minimum

Les données RHM (Résumé Hospitalier Minimum) pour la période du 2^e semestre 2013 jusqu'aux dernières données disponibles (2^e semestre 2017 inclus) ont clairement révélé que la durée de séjour continue à se réduire, et ce, aussi bien pour les accouchements par voie basse que pour les accouchements par césarienne (cf. illustration ci-dessous). Nous nous limitons aux accouchements sans complications et donc au degré de gravité le plus faible (*Severity of Illness of SOI 1*), car nous partons du principe que, purement d'un point de vue médical, ceux-ci se rapprochent le plus des accouchements des projets pilotes³ :



Il est frappant de constater que la durée de séjour nationale pour les accouchements sans complications a encore diminué de manière significative (de 18 %) depuis le deuxième semestre 2013. Au niveau national, la durée de séjour pour les patients hospitalisés dans d'autres cas ou d'outre pathologie (un lit d'hôpital avec une lettre-index autre que M(aternité)) a diminué de 9 % dans la même période. Cette plus forte réduction de la durée de séjour pour les accouchements est probablement partiellement due à l'attention y accordée spécifiquement dans les hôpitaux, à la première ligne et dans les médias. Cette attention ainsi

³ Le Résumé Hospitalier Minimum fournit (grosso modo) des informations relatives à la pathologie et le traitement. En revanche, les projets pilotes pouvaient inclure ou exclure des patients sur base de la vulnérabilité socio-économique, l'encadrement (ou non) par le partenaire, la famille, etc., et ce, outre le fait que la grossesse et l'accouchement devaient se dérouler sans complications.

que (l'annonce des) projets pilotes « accouchement avec séjour hospitalier écourté » semblent avoir constitué le point de départ pour un très grand nombre de maternités et de prestataires de soins de première ligne en vue de s'impliquer dans les accouchements avec séjour écourté, même si formellement, ils n'organisent ce séjour écourté pas dans le cadre d'un projet pilote.

2.3.2 Les chiffres sur base des données de l'Agence Intermutualiste

Ni les informations relatives à la durée de séjour facturée dans le cadre des projets pilotes, obtenues par l'AIM (l'Agence Intermutualiste), ni la durée de séjour basée sur l'encodage RHM ne permettent de démontrer si la durée d'hospitalisation moyenne correspond à la durée de séjour prévue (du projet-trajet de soins, cf. p. 4). Cela est dû au fait que le trajet de soins planifié (tableau p. 4) représente les jours d'hospitalisation à partir du moment de l'accouchement et non pas du moment de la prise en charge à l'hôpital. Sur base des informations des projets pilotes, il peut être déduit que le trajet de soins planifié dans le cadre des projets pilotes est la situation idéale visée. Or, l'implémentation de ce trajet de soins n'est pas toujours réalisable pour des raisons cliniques ou personnelles, ce qui explique que certains séjours sont prolongés.

Cependant, les données de l'AIM contiennent des informations précieuses, bien qu'elles ne soient limitées qu'aux trois premiers semestres des projets. Conformément aux attentes, il y a clairement des différences au niveau de la durée de séjour des mères dans les hôpitaux participants :

- Les femmes participantes aux projets pilotes restaient moins longtemps (jusqu'à une demi-journée en moins) à l'hôpital que la moyenne nationale*. Cela vaut aussi bien pour les accouchements par voie basse que pour les accouchements par césarienne.
- Les mères non participantes au sein des hôpitaux participants restaient un peu plus longtemps à l'hôpital par rapport à la moyenne nationale*. Les mères non participantes ont soit répondu qu'elles n'étaient pas disposées à suivre le trajet avec séjour écourté dans le cadre du projet pilote, soit elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion du projet fixés préalablement, soit des complications inattendues sont survenues chez la mère ou le nouveau-né.

(*) La comparaison avec les chiffres AIM nationaux doit toutefois se faire avec prudence, étant donné que le taux de gravité de l'accouchement ne peut être isolés dans ces données de facturation.

2.4 Observations générales

Dans la perspective de l'organisation future des soins, les constatations concrètes tirées des rapports d'autoévaluation des projets méritent d'être mentionnées.

Une **préparation à temps des soins prénatals** est importante, tant pour que le séjour écourté en maternité se déroule au mieux que pour l'organisation efficace des soins postnatals :

- il convient d'informer et d'éduquer autant que possible à l'avance pendant la grossesse (allaitement, bain, (re)connaître les signaux...) afin de réduire tant le niveau de stress de la mère que la charge de travail des prestataires de soins qui sont impliqués dans le séjour ;
- un entourage soutenant peut faire la différence ;
- les raisons évoquées par les prestataires de soins pour ne pas inviter les femmes enceintes à participer au projet, sont en grande partie liées à la vulnérabilité de la femme enceinte

ou de son entourage proche (social, psychologique, pathologie existante ou antécédents, et parfois en raison d'un problème d'addiction existant). Dans un des projets, le trajet avec un séjour écourté n'est pas proposé aux personnes qui parlent une autre langue que le français ou le néerlandais.

- Il est crucial de renforcer le partenariat entre tous les prestataires en prénatal afin de renforcer le trajet de soins prénatals. Cette observation vaut tant pour la collaboration entre l'hôpital et la première ligne (ex. : entre le gynécologue et la sage-femme), que pour la collaboration entre les différents prestataires de soins de première ligne. Cette démarche serait bénéfique pour les soins et la continuité des soins.

Pour les soins postnatals à domicile :

- pour permettre un déroulement optimal, le trajet de soins postnatal doit déjà être très bien préparé durant la grossesse ;
- les rendez-vous concrets pour les consultations à domicile et les examens de suivi de la mère et de l'enfant doivent déjà être pris avant la sortie de l'hôpital ;
- également dans le cas de soins postnatals à domicile, la coopération entre l'hôpital et la première ligne peut çà et là être améliorée, de même que la collaboration entre les prestataires de soins de première ligne (au sein d'une même discipline ou non) ;
- dans certaines régions, la première ligne est encore insuffisamment développée (par ex. les sages-femmes).

2.5 Le bien-être des mères et la qualité des soins

Il convient de rester prudent à l'heure de formuler des conclusions relatives à la qualité et le taux de satisfaction par rapport aux soins à l'aide du rapportage effectué par les projets mêmes. Les raisons sont multiples : chaque projet a son propre modèle d'organisation et ses propres critères d'inclusion ou d'exclusion (difficile donc de comparer les résultats), le suivi des indicateurs de qualité requérait un certain processus d'apprentissage pour la plupart des projets, certains projets ont des données manquantes, chaque projet a interrogé les personnes concernées d'une autre manière et à un autre moment (avec de grandes différences au niveau du taux de réponse comme conséquence, allant de 10 à 100 %), mais aussi le fait qu'il n'y ait pas de groupe de contrôle.

Sur l'ensemble des mères participantes :

- plus de 80 % se disent satisfaites d'avoir participé au projet ;
- 90 % déclarent que leur retour était bien organisé et programmé par les différents prestataires de soins concernés au sein et en dehors de l'hôpital ;
- 90 % déclarent qu'à leur sortie de l'hôpital, elles savaient exactement à qui s'adresser en cas de questions ou de problèmes à domicile ;
- plus de 90 % se disent satisfaites des informations et des explications reçues sur un large éventail d'aspects concernant les soins pour le bébé ;
- plus de 90 % disent s'être senties en sécurité lorsqu'elles sont revenues à la maison après leur séjour à la maternité.

Le nombre de réadmissions est une indication pour la qualité des soins. Il a été vérifié si le nombre de réadmissions, aussi bien des mères que des nouveau-nés, est sujet à des changements pouvant être en

lien avec les séjours écourtés à la maternité. La réduction au niveau national de la durée de séjour en cas d'accouchement entre 2013 et 2017 a déjà été abordée ci-dessus (cf. p. 6).

- Selon les données enregistrées par les projets pilotes, le nombre de réadmissions chez les **mères** qui ont participé aux projets pilotes correspond aux attentes et est probablement même moins élevé que chez les mères qui n'y ont pas participé. Cela s'explique probablement par la sélection des patientes dans le cadre des projets pilotes (c'est-à-dire par le fait que les mères participantes et leurs bébés présentent un risque moins élevé de complications) et par le suivi rapproché des patientes en postnatal.
- Étant donné que la durée de séjour moyenne est actuellement réduite, certaines complications médicales se manifestent désormais à la maison, ce qui pourrait donc mener à une réadmission. La raison principale d'une réadmission est la jaunisse fœtale et néonatale. Souvent, ce diagnostic n'est établi qu'entre le 3^e et le 5^e jour suivant la naissance. Autres arguments menant à une réadmission : problèmes de nutrition chez le nouveau-né et les infections (des voies respiratoires). Au niveau national, il peut donc être attendu que le nombre de **nouveau-nés** nécessitant une réadmission dans le mois suivant la sortie de l'hôpital augmente lorsque la durée de séjour diminue. Les chiffres semblent le confirmer dans une très faible mesure. Néanmoins, la complication n'est pas due au fait que le nouveau-né soit rentré plus tôt.

Il convient de mener davantage de recherches scientifiques et statistiques, mais il semble n'y avoir aucune indication comme quoi la durée de séjour écourtée causerait une perte au niveau de la qualité des soins. Par ailleurs, les participantes sont généralement satisfaites de leur participation.

2.6 Les prestataires de soins

L'appel à projet prévoyait qu'il y ait des accords précis concernant la communication entre les partenaires de projet d'un point de vue de la qualité et en vue de garantir la continuité des soins. Néanmoins dans le cadre de plusieurs projets, il a été signalé qu'il serait judicieux de prévoir un dossier électronique commun accessible à tous les prestataires de soins au sein et en dehors de l'hôpital en vue de favoriser la collaboration professionnelle.

De même, la programmation en temps opportun de toutes les consultations ambulatoires pour les soins postnatals demeure encore difficile dans certains projets (et régions).

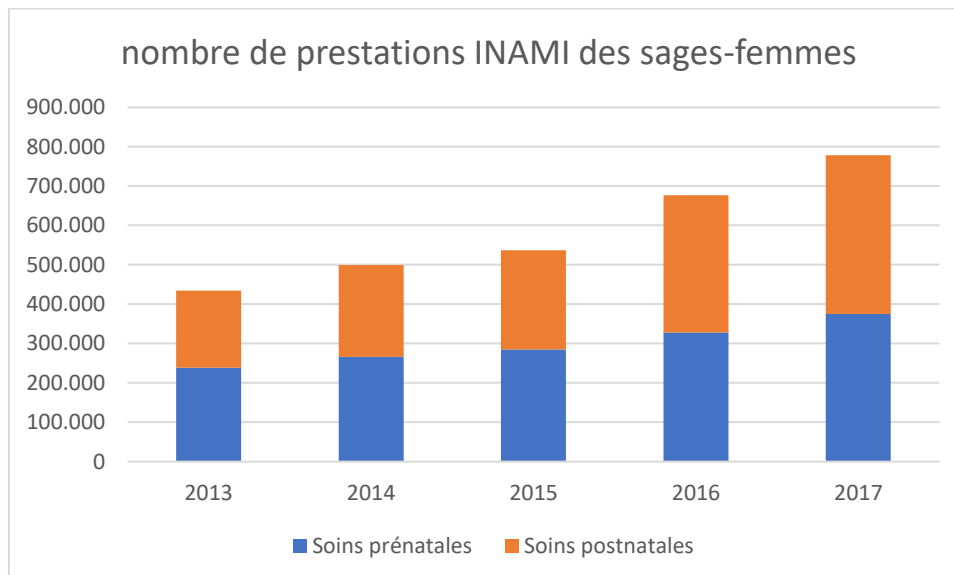
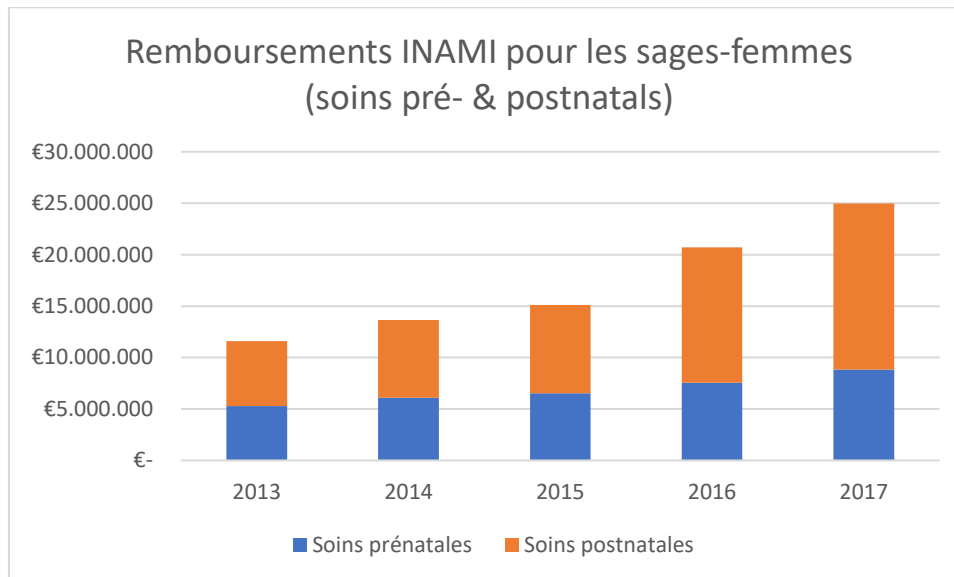
Bien qu'il y ait des différences entre les régions, des soins et un suivi spécifiques sont nécessaires pour les mères et les familles vulnérables. Il est également nécessaire d'identifier de manière uniforme la « vulnérabilité ».

Les prestataires de soins des maternités indiquent que la réduction de la durée de séjour à l'hôpital entraîne une concentration des journées pour lesquelles l'intensité des soins est la plus élevée. Ceci, associé à une diversité plus grande de patientes dans certains hôpitaux, entraînera une augmentation de la charge de travail et du stress chez les prestataires de soins. L'intensité des soins augmente mais également l'information et l'éducation des jeunes parents doivent se faire en un laps de temps plus court, avec le risque que beaucoup d'informations ne peuvent être retenues dans le délai imparti. C'est pourquoi il est important de bien se préparer avant la naissance afin d'éviter de devoir fournir toutes les informations et instructions pendant le séjour.

2.7 Substitution des soins à l'hôpital par des soins en dehors de l'hôpital

Les projets montrent que les mères participantes, à quelques exceptions près, ont fait appel à une sage-femme après leur sortie de l'hôpital. Seul dans un des projets, il a été fait appel de manière systématique au médecin généraliste après la sortie. Les pédiatres étaient quant à eux presque toujours impliqués dans les autres projets. La plupart des mères et des bébés ont également vu un intervenant de l'ONE ou de Kind & Gezin par la suite.

Les chiffres de l'INAMI montrent que depuis 2013, les dépenses dans le secteur des sages-femmes pour des soins à domicile ont fortement augmenté. Ceci est dû à la forte augmentation tant des soins prénatals que postnatals. L'augmentation du nombre de soins pré- et postnatals effectués par les sages-femmes est un phénomène général et avait déjà commencé avant le début des projets pilotes. Il y a un lien entre cette augmentation annuelle (en termes de dépenses INAMI et de prestations) et la réduction de la durée de séjour à l'hôpital (voir le graphique à la page 6).



L'augmentation observée dans les soins postnatals ne s'explique pas seulement par une augmentation du nombre de prestations. En effet, depuis le 1^{er} avril 2016, le montant de l'intervention pour les soins postnatals dispensés au domicile de la patiente (ou en dehors de l'environnement hospitalier) après le cinquième jour a augmenté.

L'augmentation des dépenses INAMI a pour conséquence que le secteur des sages-femmes est chaque année confronté à un 'dépassement' de son budget dans le cadre des règles budgétaires de l'INAMI.

3 La 3^e année de projet

L'appel à projets prévoyait la possibilité d'une troisième année de projet. Les projets préconisaient leur prolongation et la ministre Maggie De Block a marqué son accord à la condition que :

- les projets prévoient un trajet général plus standardisé (voir annexe) : ce qui pourrait servir de base pour une généralisation de la politique sous forme de guide de bonnes pratiques pour les séjours écourtés après l'accouchement;
- que des enregistrements plus minutieux soient effectués dans le cadre des projets pilotes.

4 Les initiatives politiques déjà en cours

Il n'a pas été attendu que les projets pilotes prennent fin pour prendre des initiatives au niveau stratégique. Sur base des évaluations intermédiaires, les initiatives suivantes ont été initiées ou réalisées :

- Une attention particulière est accordée aux femmes enceintes vulnérables dans le cadre d'un projet qui a démarré à Bruxelles en 2018 avec pour mission : (1) développer un instrument de screening uniforme des femmes enceintes vulnérables ; (2) élaborer un parcours de soins uniforme pour les femmes enceintes vulnérables, et (3) mettre en place un réseau pour les femmes enceintes vulnérables. Ce projet n'est pas en rapport avec les 6 projets pilotes décrits « Accouchement avec séjour hospitalier écourté ».
- Depuis 2019, les sages-femmes indépendantes ont droit à une prime télématique de 800 EUR si elles répondent à certaines conditions ; cette prime s'inscrit dans le cadre de l'évolution de l'informatisation du secteur des soins et de la promotion des échanges de données par voie électronique.
- Le besoin de développer un instrument électronique pour favoriser le partage multidisciplinaire et transmurale des données constitue un des objectifs du plan d'action e-Santé 2019-2021.
- Le budget des sages-femmes de l'INAMI augmente chaque année. Dans d'autres circonstances, le secteur aurait été invité à prendre des mesures correctrices pour garder la maîtrise sur le budget. Vu que l'objectif de la politique est d'offrir des soins à l'hôpital uniquement lorsque cela est effectivement nécessaire, et à domicile si c'est possible, aucune mesure correctrice n'a été réclamée ou imposée.
- Dans le cadre de la troisième année du projet « Accouchement avec séjour hospitalier écourté », un trajet standard général a été élaboré qui pourrait servir de base pour une généralisation de la politique sous forme de guide de bonnes pratiques pour les séjours écourtés après

l'accouchement.

- Des études portant sur les thèmes suivants sont actuellement en cours au sein du KCE : l'organisation des soins prénatals pour femmes enceintes en bonne santé et l'organisation des maternités dans le paysage hospitalier belge.
- Dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier, et plus particulièrement à la suite de l'introduction des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, les différents niveaux de pouvoirs avaient été chargés, lors de la Conférence interministérielle du 26 février 2018, de formuler un avis relatif à l'organisation optimale, et ce, en collaboration avec le secteur responsable (entre autres) des missions de soins mère-enfant. Il s'agissait notamment de la manière dont l'offre en soins pouvait être optimisée à l'avenir en fonction de la demande en soins dans ce domaine, tenu compte de la collaboration au niveau régional entre les hôpitaux formant des réseaux cliniques. Cet avis a été formulé en décembre 2018 et sera transmis aux prochains gouvernements fédéraux et fédérés.

En outre, il est examiné comment faire face à l'augmentation de la charge de travail des prestataires de soins lors des séjours à l'hôpital.

5 Conclusion

Au cours de ces dernières années, la durée de séjour moyenne en Belgique pour un accouchement normal par voie basse et par césarienne a diminué, et ce, aussi bien dans le cadre des projets pilotes « Accouchement avec séjour hospitalier écourté » qu'en dehors. La collaboration entre les prestataires de soins de première et de deuxième ligne est plus étroite, ce qui permet de garantir la continuité des soins. Il n'y a aucune indication comme quoi le séjour écourté aurait une influence négative sur la santé de l'enfant ou de la mère. En outre, les mères disent être satisfaites de la dispensation des soins. Les séjours écourtés deviennent de plus en plus courants dans la pratique ; la mère et son enfant ne prolongent plus inutilement leur séjour à l'hôpital et reçoivent les soins adéquats dans leur environnement familial.

Il reste toutefois encore quelques points d'améliorations en vue de faciliter la prestation des soins, tels que le partage de données par voie électronique entre les différents prestataires de soins, la charge de travail des prestataires de soins à l'hôpital et les soins aux femmes enceintes vulnérables. Ces points d'amélioration sont prioritaires dans le cadre de la politique des soins périnataux.

| CRITERES : | LIGNES DIRECTRICES : |
|---|--|
| Accouchement avec séjour hospitalier écourté | <p><u>Accouchement voie basse</u> : sortie de la mère et du bébé entre les 24 et 72h après l'accouchement (pas après l'admission), en moyenne tendre vers une sortie à 65 heures après l'accouchement</p> <p><u>Césarienne</u> : sortie de la mère et du bébé entre les 24 et 96 heures après la césarienne</p> <p><u>Critères minimaux de sortie</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - décision de sortie précoce prise en concertation avec la mère, le pédiatre, le gynécologue et la sage-femme ; - paramètres du nouveau-né stables durant 12 heures avant la sortie ; - rendez-vous planifiés pour réaliser le screening de dépistage néonatal du nouveau-né; - il doit y avoir une consultation pédiatrique planifiée entre le jour 7 et le jour 10 après l'accouchement ; - les mères Rhésus D négatif, donnant naissance à un bébé rhésus D positif, ont reçu des immunoglobulines anti-D avant la sortie. |
| Début du trajet | Entre la 12 ^{ème} et la 37 ^{ème} semaine de grossesse |
| Inclusion des mères | <p>L'inclusion a lieu au cours d'un contact prénatal avec la sage-femme, le gynécologue ou le médecin généraliste avant 37 semaines de grossesse, au cours de ce contact, une attention particulière est accordée à la transmission d'information concernant l'accouchement avec séjour écourté. Cette préparation devrait aboutir à un plan de soins postnatal.</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - consentement éclairé de la mère écrit et signé au moment de l'inclusion dans le projet ; - le prestataire n'a pas d'arguments contradictoires pour un accouchement avec séjour hospitalier écourté. <p>Si la mère reste plus longtemps à l'hôpital que la durée prévue ci-dessus, les données suivantes seront toujours enregistrées par les projets-pilotes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre de mères ré-hospitalisées jusqu'à 30 jours en postpartum après la sortie précoce ; - le nombre de nouveau-nés ré-hospitalisés jusqu'à 30 jours en postpartum après la sortie précoce ; - le type d'alimentation du nouveau-né à la sortie de l'hôpital ; - le nombre de nouveau-nés ayant eu un test de Guthrie entre les 72 et 120H après la naissance ; - le nombre de nouveau-nés ayant eu un test de Guthrie au-delà de 120H après la naissance et pourquoi ; - l'évaluation de la satisfaction . |

| | |
|--|---|
| Contacts minimaux en postnatal | <p>Contacts entre la mère, le bébé et le prestataire (sage-femme/médecin) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au moins à J1, J2, J3 et J5 après l'accouchement ; - chez tous les nouveau-nés, l'ictère est contrôlé au moins une fois par jour pendant les 72 premières heures : évaluation clinique et mesure de la bilirubine transcutanée si nécessaire ; - le dépistage néonatal des maladies congénitales par prélèvement sanguin entre 72 et 96h après l'accouchement ; - consultation pédiatrique entre J7 et J10. |
| Mesures spécifiques pour les groupes fragiles | <p>Un plan de soins spécifique est élaboré pour les groupes vulnérables.</p> |
| Exigences de qualité minimales pour le projet | <p>Il y a un <u>protocole de soins</u> qui stipule qu'il y a lieu d'interroger la mère à propos des éléments suivants et de les notifier dans le dossier de soins au cours de chaque contact postnatal avec la mère au cours des sept premiers jours après l'accouchement : périnée – pertes de sang - maux de tête - douleur, rougeur ou gonflement du mollet – difficulté respiratoire ou douleur thoracique - bien-être général - fatigue - selles - mictions - hémorroïdes – syndrome grippal - douleur, sensibilité et rougeur des seins.</p> <p>Il y a un <u>protocole de soins</u> qui stipule que les points suivants doivent être observés/évalués sur indication et notifiés dans le dossier de soins : périnée - involution utérine– lochies - température et la pression artérielle de la mère- douleur, une rougeur ou un gonflement au niveau du mollet - problèmes de miction ou défécation .</p> <p>Tous les nouveau-nés sont au moins <u>pesés</u> au J3 et J5.</p> <p>Il y a un protocole concernant l'<u>éducation patients</u>.</p> <p>La sécurité du <u>sommeil</u> est discutée endéans les 24 heures après l'accouchement.</p> <p>Pour l'<u>allaitement maternel</u>, des informations sont données sur l'allaitement maternel, dont le contenu minimal est: position, préhension du bébé, consommation de lait par le bébé , congestion mammaire, problèmes de mise au sein, tire-lait et méthodes de tire-lait y compris l'extraction manuelle du lait, développer et maintenir la production de lait ainsi que la conservation et la manipulation du lait maternel.</p> <p>En cas d'<u>allaitement artificiel</u>: informations sur l'allaitement artificiel, y compris une démonstration.</p> <p>Le patient sait à quel moment du trajet avec quel prestataire de soins il peut prendre <u>contact</u> et de quelle manière.</p> |

| | |
|--|--|
| | Il y a un protocole pour la <u>transmission</u> entre le secteur hospitalier et les prestataires de soins. |
|--|--|