

SYNTHÈSE

L'ORGANISATION DES SOINS APRÈS L'ACCOUCHEMENT





Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé est un parastatal, créé par la loi-programme (1) du 24 décembre 2002 (articles 259 à 281), sous tutelle du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales. Il est chargé de réaliser des études éclairant la décision politique dans le domaine des soins de santé et de l'assurance maladie.

Conseil d'Administration

	Membres effectifs	Membres suppléants
Président	Pierre Gillet	
Fonctionnaire dirigeant de l'INAMI (vice président)	Jo De Cock	Benoît Collin
Président du SPF Santé publique (vice président)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Président du SPF Sécurité sociale (vice président)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur général de l'AFMPS	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Représentants du ministre de la Santé publique	Bernard Lange	Briec Van Damme
	Bernard Vercruysse	Annick Poncé
Représentants du ministre des Affaires sociales	Lambert Stamatakis	Claudio Colantoni
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Représentants du Conseil des ministres	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniel Devos	Wilfried Den Tandt
Agence intermutualiste	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Organisations professionnelles représentatives des médecins	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Organisations professionnelles représentatives des infirmiers	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Fédérations hospitalières	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Partenaires sociaux	Rita Thys	Catherine Rutten
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Chambre des Représentants	Lieve Wierinck	



Contrôle

Commissaire du Gouvernement

Steven Sterckx

Directie

Directeur Général
Directeur Général Adjoint
Directeurs du programme d'études

Raf Mertens
Christian Léonard
Kristel De Gauquier
Dominique Paulus

Contact

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)
Doorbuilding (10^e étage)
Boulevard du Jardin Botanique, 55
B-1000 Bruxelles
Belgique

T +32 [0]2 287 33 88

F +32 [0]2 287 33 85

info@kce.fgov.be

<http://www.kce.fgov.be>

SYNTHÈSE

L'ORGANISATION DES SOINS APRÈS L'ACCOUCHEMENT

NADIA BENAHMED, CARL DEVOS, LORENA SAN MIGUEL, IRM VINCK, LIESBETH VANKELST, EMELIEN LAUWERIER, MARGUERITE VERSCHUEREN,
CAROLINE OBYN, DOMINIQUE PAULUS, WENDY CHRISTIAENS



COLOPHON

Titre :	L'organisation des soins après l'accouchement – Synthèse
Auteurs :	Nadia Benahmed (KCE), Carl Devos (KCE), Lorena San Miguel (KCE), Irm Vinck (KCE), Liesbeth Vankelst (KHLeuven), Emelien Lauwerier (KHLeuven), Marguerite Verschueren (KHLeuven), Caroline Obyn (KCE), Dominique Paulus (KCE), Wendy Christiaens (KCE)
Relecture :	Koen Van den Heede (KCE), Leen Verleye (KCE)
Rédaction synthèse :	Karin Rondia (KCE)
Experts externes & stakeholders :	Sophie Alexander (Université Libre de Bruxelles (ULB)), Jan Bosteels (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gyneacologie (VVOG)), Jean Bury (Santhea), Ann Ceuppens (Mutualités Libres Onafhankelijke Ziekenfondens (MLOZ)), Anne Clercx (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Annelies Cools (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Estelle di Zenso (Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges (UPSfB)), Julien Dugauquier (ULB- Hôpital Erasme), Joeri Guillaume (Socialistische Mutualiteit), Myriam Hanssens (College van Geneesheren voor de moeder en de pasgeborene; UZ Leuven), Dominique Haumont (Collège de médecins pour la mère et le nouveau-né; CHU Saint-Pierre), Miguel Lardennois (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Marie-Christine Mauroy (Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE)), Ingrid Morales (ONE), Anne Niset (Conseil Général des sage femmes), Alex Peltier (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes), Magali Pirson (ULB), Muriel Quisquater (Médecin généraliste, consultante en lactation), Marlene Reyns (Vlaamse Organisatie voor Vroedvrouwen (VLOV)), Marie-Jeanne Schoofs (Kind en Gezin), Elke Sleurs (College van Geneesheren voor de moeder en de pasgeborene; VVOG), Karen Smets (Domus Medica), Hilde Van de Broek (Ziekenhuis Netwerk Antwerpen), Ann Van Holsbeeck (Unie van Vlaamse Vroedvrouwen (UVV)), Kathleen Vanholen (Wit-Gele kruis), Patrick Verliefde (RIZIV – INAMI), Ann Verougstraete (Collège de médecins pour la mère et le nouveau-né), Lies Versavel (Expertisecentrum Kraamzorg De Bakermat)
Validateurs externes :	Edwin Van Teijlingen (Bournemouth University (UK)), Joeri Vermeulen (Erasmus University College Bruxelles, European Midwives Association), Christine Kirkpatrick (Collège de médecins pour la mère et le nouveau-né; Hôpital Erasme – ULB)
Remerciements :	Pol Leclercq (ULB), Claire Beguin (Cliniques Universitaires Saint-Luc), Naïma Regueras (IMA – AIM), Chantal Houtman (IMA – AIM), Guy Martens (Studiecentrum Perinatale Epidemiologie), Hendrik Cammu (Studiecentrum Perinatale Epidemiologie), Diederik Vancoppenolle (Kind en Gezin), Annelies Van Damme (KHLeuven), Luc Hourlay (KCE), Patrice Chalon (KCE), Cédric Dejonghe (ONE), les mères, sage-femmes, gynécologues, pédiatres, médecins généralistes et représentants des organisations d'assistance maternelle qui ont participé aux focus groupes, Charlotte Leroy (Centre d'Epidemiologie Périnatale), Virginie Van Leeuw (Centre d'Epidemiologie Périnatale), Tonio Di Zinno (IMA – AIM), Nathalie Moreau (ULB), Sylvie Winter (Dienst für Kind und Familie)



Autres intérêts déclarés :

Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact: Anne Clercx (financement des hôpitaux), Dominique Haumont (financement des hôpitaux), Cathleen Vanholen (UVV, VLOV), Lies Versavel (UVV, VLOV), Jan Bosteels (VVOG), Julien Dugauquier (Erasmus), Myriam Hanssens (présidente collège Mère & Enfant; KULeuven), Marie-Christine Mauroy (ONE), Muriel Quisquater, Marlene Reyms, Elke Sleurs (VVOG), Ann Van Holsbeek (sage-femme)

Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Sophie Alexander (étude ADELE), Joeri Guillaume (IMA étude 'Mère & Enfant'), Christine Kirkpatrick (étude BEDIP), Ann Van Holsbeek (mémoire de master UGent)

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Estelle DiZenzo (UPSfB), Julien Dugauquier (Erasmus), Elke Sleurs (membre de la direction obstétrique UZ Gent), Ann Van Holsbeek (UZ Gent)

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Hilde Van de Broek (sujets brûlants en Néonatalogie), Ann Van Holsbeek (congrès de sages-femmes), Ann Van Holsbeek (présidente du Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen), Edwin R. Van Teijlingen (Conférence GOOD Perinatal Care Online)

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Dominique Haumont (médecin hospitalier), Jan Bosteels (président VVOG), Myriam Hanssens (présidente Collège Mère & Enfant; KULeuven), Christine Kirkpatrick (chef du service obstétrique ULB Erasme), Marie-Christine Mauroy (médecin directeur de l'ONE), Elke Sleurs (membre du groupe de travail obstétrique du VVOG), Patrick Verliefde (Président de la Commission de conventions sages-femmes – organismes assureurs, à l'INAMI)

Autres intérêts possibles qui pourraient mener à un potentiel ou réel conflit d'intérêts : Elke Sleurs (mandat politique)

Layout:

Ine Verhulst

Disclaimer:

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

22 octobre 2014 (2nd print; 1st print: 21 octobre 2014)



Domaine : Health Services Research (HSR)
MeSH : Maternal health services; Length of Stay/statistics & numerical data; Post-partum period; Postnatal care; Pregnancy; Infant, Newborn
Classification NLM : WQ 500
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2014/10.273/80

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L, Lauwerier E, Verschueren M, Obyn C Paulus D, Christiaens W. L'organisation des soins après l'accouchement – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 232Bs. D/2014/10.273/80.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.



■ AVANT-PROPOS

Certaines expériences importantes ne se produisent que quelques fois dans la vie. La naissance d'un enfant en est une, avec son cortège de joies, d'émotions, d'émerveillements... mais aussi de doutes, voire d'angoisses. Les parents sont souvent confrontés à des problèmes, petits ou grands : la fatigue, l'allaitement qui ne se passe pas bien, la jaunisse du nouveau-né, une récupération lente et difficile de la maman, etc. De nombreuses questions surgissent, auxquelles on n'avait jamais pensé et pour lesquelles les nouveaux parents ne savent pas où trouver les réponses. Car aujourd'hui, ils peuvent de moins en moins se reposer sur leur expérience personnelle parce qu'ils n'ont en général pas eu l'occasion d'apprendre de leur parents ou de s'occuper de jeunes frères et sœurs. Dès lors, ils se tournent vers le monde médical.

Ce qui est en réalité un des événements les plus naturels qui soient, s'est fortement médicalisé au cours du siècle dernier. C'est une bonne chose, assurément, que nous puissions donner à la nature un coup de pouce. Grâce à l'accompagnement compétent des médecins et des sages-femmes, les chiffres de mortalité de la mère et de l'enfant se sont drastiquement améliorés. Le revers de la médaille est que le monde médical s'est également attribué tout l'aspect organisationnel des soins autour de la naissance, du moins dans notre pays. 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. Cela évolue, mais très lentement, car un certain nombre d'éléments (par exemple les assurances hospitalisation, la qualité du « service hôtelier » des maternités, les attentes des parents, les soins à domicile fragmentés, etc.) favorisent les hospitalisations de longue durée.

Cette étude a été demandée par différents partenaires : l'INAMI, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et le centre d'expertise de soins de maternité « De Bakermat ». Nous avons réfléchi à des alternatives possibles aux journées d'hospitalisation qui suivent un accouchement et à une manière de les ramener plus près de la vie de tous les jours. Bien sûr, cet exercice a été mené en collaboration avec les nombreux professionnels dont c'est le travail quotidien : les gynécologues et obstétriciens, les sages-femmes, les médecins généralistes et les organisations de soins de maternité. Nous avons également recueilli l'avis des mères, expertes d'expérience. Nous les remercions toutes et tous pour leur précieuse contribution.

Christian LÉONARD
Directeur général adjoint

Raf MERTENS
Directeur général



■ RÉSUMÉ

CONTEXTE

En Belgique, environ 121 000 femmes donnent la vie chaque année. La plupart d'entre elles (98,8 %) accouchent dans un hôpital et y restent pendant quatre à cinq jours. Cette durée d'hospitalisation compte parmi les plus longues dans les pays de l'OCDE, mais aujourd'hui, la tendance est clairement à la diminution de la durée de l'hospitalisation après l'accouchement. En 1991, la durée nationale d'hospitalisation moyenne après l'accouchement était de 6,9 jours. En 2011, elle était de 4,1 jours.

OBJECTIF

L'objectif de ce rapport est d'étudier l'organisation actuelle et l'utilisation des soins postnatals en Belgique afin de proposer des pistes pour l'avenir de ces soins de haute qualité en Belgique. À cette fin, la recherche prend en considération cinq questions en lien avec les soins postnatals sans complications après un accouchement par voie basse sans complications :

1. Comment sont organisés, utilisés et financés les soins postnatals en Belgique ?
2. Comment sont organisés les soins postnatals dans d'autres pays, plus particulièrement au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède ?
3. Quelles sont les conséquences de séjours plus courts en maternité (avec un suivi à domicile) au niveau de la qualité des soins ?
4. Quelles sont les conséquences financières de séjours en maternité plus courts avec un suivi à domicile ?
5. Quels sont les incitants et les entraves pour les professionnels de la santé et les mères concernant les séjours en maternité plus courts avec un suivi à domicile ?



MÉTHODES

Cette étude combine plusieurs méthodes : l'analyse d'un ensemble de données administratives (base de données IMA-AIM et données couplées TCT) afin de décrire l'utilisation actuelle des services de soins postnatals ; l'estimation des coûts à l'aide de scénarios théoriques ; l'examen narratif de documents de la littérature afin d'identifier, d'une part, les conséquences de séjours plus courts en maternité sur la qualité des soins et d'autre part, les solutions innovantes pour compléter les séjours plus courts en maternité par d'autres services de soins ; la recherche qualitative (des entretiens de groupe avec des mères, des professionnels des soins de santé et d'autres parties prenantes) pour mettre en lumière les incitants et les entraves concernant les séjours en maternité plus courts avec un suivi à domicile. Enfin, l'équipe de recherche a mis au point et a soumis aux 44 parties prenantes des éléments clés dans les soins postnatals intégrés et homogènes en Belgique.

RÉSULTATS

Organisation des soins postnatals en Belgique

Plusieurs problèmes dans l'organisation des soins postnatals ont été identifiés. Tout d'abord, la tendance à raccourcir les séjours en maternité après l'accouchement génère un vide dans la première semaine particulièrement cruciale, principalement parce que les soins à domicile et les structures de soutien sont fragmentées, sont peu connues des nouveaux parents et se caractérisent par de grandes disparités régionales. Ce vide est particulièrement problématique pour les groupes vulnérables. Deuxièmement, les chambres individuelles et les assurances d'hospitalisation encouragent les mères à rester plus longtemps à l'hôpital après avoir accouché, tandis que le système de paiement des hôpitaux actuel encourage des séjours plus courts. Troisièmement, les sages-femmes responsables du suivi à domicile considèrent qu'elles sont sous-payées. La diminution des prix en fonction du temps écoulé après l'accouchement peut entraîner des effets pervers. Quatrièmement, les professionnels des soins de santé transmettent plusieurs fois des mêmes informations sur l'accouchement dans des ensembles de données incompatibles. Il n'est dès lors pas aisé de mettre en relation les données épidémiologiques cliniques et administratives sur l'accouchement à l'échelle d'une population. Cinquièmement, il existe des guides de pratique clinique reposant sur des données probantes concernant les soins postnatals à l'étranger, mais elles ne sont pas adaptées au contexte belge. Finalement, il est plus probable que les familles vulnérables abandonnent les soins, d'autant plus dans le contexte de séjours plus courts à l'hôpital, qu'elles connaissent un suivi à domicile fragmenté et qu'elles ont un accès limité aux réseaux de soutien informel. Pour l'instant, les mères financièrement défavorisées qui ont le plus besoin de soins quittent la maternité plus tôt que les mères qui n'ont pas de problèmes financiers.



Comment améliorer les soins postnatals en Belgique : éléments clés

Des soins postnatals de haute qualité nécessitent, autour de chaque mère et nouveau-né :

- la mise en place d'un réseau périnatal multidisciplinaire associant un plan de soins, une coordination des soins et un outil d'enregistrement ;
- la nomination de coordinateurs des soins postnatals dans chaque réseau périnatal multidisciplinaire ;
- la création d'une Plateforme Nationale de Soins Périnatals afin de rassembler toutes les organisations impliquées dans les soins périnatals ;
- une préparation de la période postnatale dès le début de la grossesse et concrétisée par un plan de soins postnatals ;
- l'organisation d'un suivi médical à domicile par des sages-femmes ;
- le développement et la mise en œuvre de procédures de réadmission pour les nouveau-nés et leur mère ;
- un itinéraire clinique multidisciplinaire *evidence based* ;
- des guides de pratique clinique et des indicateurs de qualité ;
- le développement d'un cadre cohérent pour l'assistance maternelle à domicile ;
- la promotion du soutien par les pairs.

Ce projet expose également en détail les conditions nécessaires pour mettre en œuvre ces activités, comme des effectifs suffisants, des systèmes de financement qui facilitent les séjours plus courts à l'hôpital et les soins postnatals intégrés.

CONCLUSIONS

Ce projet de recherche offre la possibilité de se pencher sur la qualité des soins postnatals en Belgique et propose plusieurs pistes afin de les améliorer en passant de l'hôpital à un système de soins à domicile. Aujourd'hui, bon nombre d'initiatives de bonne intention venant de la base visent à améliorer la prestation de soins postnatals après un court séjour à l'hôpital, mais ces initiatives sont éparses et méconnues des parents qui pourraient en bénéficier. Cette recherche présente des éléments clés et 10 recommandations politiques pour l'avenir des soins postnatals en Belgique. L'étape suivante sera de transposer ces recommandations dans des actions plus concrètes afin d'obtenir des soins postnatals de haute qualité pour tous, avec une attention particulière pour les familles vulnérables.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	AVANT-PROPOS.....	1
■	RÉSUMÉ	2
	CONTEXTE.....	2
	OBJECTIF	2
	MÉTHODES.....	3
	RÉSULTATS	3
	ORGANISATION DES SOINS POSTNATALS EN BELGIQUE	3
	COMMENT AMÉLIORER LES SOINS POSTNATALS EN BELGIQUE : ÉLÉMENTS CLÉS	4
	CONCLUSIONS	4
■	SYNTHÈSE	5
1.	INTRODUCTION	7
1.1.	LES DURÉES DE SÉJOUR EN MATERNITÉ DIMINUENT	7
1.1.1.	Combien de naissances en Belgique ?.....	7
1.1.2.	Définitions et méthodes.....	8
2.	QUELS SONT LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DANS L'ORGANISATION DES SOINS POSTNATALS EN BELGIQUE ?	9
2.1.	AU NIVEAU MACROSCOPIQUE.....	9
2.2.	À L'ÉCHELLE LOCALE.....	10
3.	RECOMMANDATIONS POUR DES SOINS POSTNATALS INTÉGRÉS ET CONTINUS.....	11
3.1.	PLANIFIER ET COORDONNER UNE TRAJECTOIRE GLOBALE DE LA GROSSESSE AU POSTPARTUM.....	13
3.1.1.	Un réseau multidisciplinaire périnatal autour de chaque (future) mère et son enfant	13
3.1.2.	Un dossier de maternité informatisé	13
3.1.3.	Un coordinateur de soins périnataux	15
3.1.4.	Une Plateforme Nationale de Soins Périnataux.....	16
3.2.	DÈS AVANT LA NAISSANCE, PRÉPARER UN PLAN DE SUIVI POSTNATAL INDIVIDUEL.....	16
3.3.	APRÈS LA NAISSANCE, TRANSFÉRER LA PRISE EN CHARGE POSTNATALE VERS LE DOMICILE EN GARANTISSANT LA CONTINUITÉ DES SOINS.....	17



3.3.1.	Après un accouchement normal, transférer les soins postnatals vers le domicile	17
3.3.2.	Garantir un suivi à domicile pendant au moins la première semaine	18
3.3.3.	Des économies potentielles	19
3.3.4.	Formaliser la sortie de la maternité par un itinéraire clinique	20
3.4.	DÉVELOPPER DES PROCÉDURES DE RÉADMISSION POUR LES NOUVEAU-NÉS AVEC LEURS MÈRES	22
3.5.	GARANTIR LA QUALITÉ DES SOINS POSTNATALS	22
3.5.1.	Des critères de qualité basés sur des recommandations de pratiques cliniques	22
3.5.2.	Améliorer la formation des professionnels et prévoir des formations appropriées pour les sages-femmes et les médecins	23
3.6.	SOUTENIR LES PARENTS DANS LEUR (NOUVEAU) RÔLE	23
3.6.1.	Généraliser l'assistance maternelle à domicile	23
3.6.2.	Favoriser le soutien par les pairs	24
3.7.	ADAPTER LE SYSTÈME DE FINANCEMENT	25
3.8.	VEILLER À UN ACCÈS AUX SOINS POSTNATALS ÉGAL POUR TOUS	26
3.9.	SOUTENIR LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE	27
3.9.1.	Planifier les ressources en termes d'emploi	27
3.9.2.	Récolter des statistiques	28
4.	CONCLUSION	28
4.1.	ÉLÉMENTS DE BASE	28
4.2.	CONDITIONS À METTRE EN PLACE POUR LA MISE EN ŒUVRE DES ÉLÉMENTS DE BASE DU MODÈLE CONCEPTUEL	29
4.3.	MESURES PARTICULIÈRES À L'ATTENTION DES FAMILLES VULNÉRABLES	29



1. INTRODUCTION

1.1. Les durées de séjour en maternité diminuent

Dans les années 1950, les femmes restaient une dizaine de jours, voire davantage, à la clinique où elles avaient accouché. Cela leur donnait du temps pour se familiariser avec leur nouveau rôle de mère dans un environnement protecteur et bienveillant. Elles y acquéraient un début de confiance en elles, apprenaient les gestes du soin et de la relation avec l'enfant et trouvaient réponse à la plupart de leurs questions.

Aujourd'hui, la durée de séjour a considérablement rétréci, avec une moyenne de 4,1 jours en 2011, alors qu'il était encore de 6,9 en 1991. Notre pays reste cependant parmi ceux qui ont les plus longs séjours dans le classement de l'OCDE, dont la moyenne est de 3 jours. Les plus courts séjours sont au Royaume-Uni, avec une moyenne de 1,6 jour.

Du fait de ce raccourcissement du séjour en maternité, les parents rentrent chez eux moins expérimentés que par le passé. Cela peut donner lieu à l'apparition d'un « vide de soins » pendant les premières semaines de vie, pourtant cruciales et décisives à bien des égards. En effet, à la maison, le contexte a aussi évolué. Les familles sont devenues nucléaires – voire monoparentales – et les contacts entre générations se sont estompés. Les nouveaux parents ne trouvent donc plus dans leur entourage proche les modèles, le savoir et le soutien dont ils pouvaient bénéficier dans les structures familiales traditionnelles.

Bien sûr, le support informel de jadis pendant a été partiellement remplacé par des ressources plus formelles, professionnalisées. Mais si la Belgique offre un large accès à ses institutions de soins, on ne peut pas en dire autant de l'offre de soins ambulatoires, qui sont peu financés, très morcelés, et rarement centrés sur la famille. Il existe donc un risque réel que le raccourcissement du séjour en maternité se traduise par une diminution nette du soutien des familles et de la qualité de soins.

Au vu de ce qui se passe à l'échelle internationale, la tendance au raccourcissement des durées de séjour semble pourtant être une évolution inévitable. Dans d'autres pays, cette évolution a été compensée par un déplacement des soins postnatals vers le domicile et une attention accrue accordée à la continuité de la prise en charge. En Belgique, l'organisation très hospitalocentrique des accouchements et des suivis n'est pas propice

à une telle mutation, pas plus d'ailleurs que le financement actuel de l'hôpital et des soins à domicile.

Il était donc nécessaire d'engager une réflexion globale sur la qualité des soins postnatals en Belgique et de proposer des pistes pour améliorer leur organisation. Nous avons mené cette recherche à la demande, entre autres, du SPF Santé publique, de l'INAMI et du centre d'expertise en soins maternels de *Bakermat* à Leuven.

Nous présentons dans ce rapport des pistes de solutions adaptables à notre pays pour l'organisation d'un système de soins postnatals intégrés, continus et accessibles à tous. Ces pistes ont été élaborées à partir des constats établis en réponse aux cinq questions de recherche posées au départ :

1. Comment sont organisés, utilisés et financés les soins postnatals en Belgique ?
2. Comment sont organisés les soins postnatals dans d'autres pays, plus particulièrement au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède ?
3. Quelles sont les conséquences de séjours plus courts en maternité (avec un suivi à domicile) au niveau de la qualité des soins ?
4. Quelles sont les conséquences financières de séjours en maternité plus courts avec un suivi à domicile ?
5. Quels sont les incitants et les entraves pour les professionnels de la santé et les mères concernant les séjours en maternité plus courts avec un suivi à domicile ?

1.1.1. Combien de naissances en Belgique ?

Selon les chiffres les plus récents de l'INAMI (2011), le nombre total de naissances en Belgique était de 120 657. Le pays compte 99 maternités et le nombre de naissances par maternité varie de 208 à 4979 (moyenne: 1190). Les 10 maternités bruxelloises accueillent en moyenne 2230 naissances par an, les 55 maternités flamandes, en moyenne 1112 naissances par an et les 34 maternités wallonnes en moyenne 1009 naissances par an.

La plupart des naissances se déroulent en milieu hospitalier (98,8 % en 2011), le reste représentant les naissances à la maison, dans un centre de naissance ou en séjour de moins de 24 heures. Cela représente environ 1 %



de toutes les naissances, un chiffre relativement stable, qui a néanmoins connu une légère augmentation de 11 % entre 2003 et 2011.

La proportion de césariennes en Belgique était de 20,36 % en 2011 d'après les chiffres de l'IMA (Flandre: 20 %, Bruxelles: 20 %, Wallonie: 21 %) mais il varie considérablement d'une maternité à l'autre, de 12,7 % à 31,5 %. Les interventions telles que forceps et ventouse ont été utilisées pour 10 % des naissances en Flandre, 7,5 % en Wallonie et 8,4 % à Bruxelles (chiffres 2011 : SPE - Studiecentrum voor perinatale epidemiologie et CEpiP - Centre d'épidémiologie périnatale). Le nombre d'accouchements par voie basse sans complications peut être estimé au maximum à 70,3 % en Flandre, 72,6 % à Bruxelles et 73,3 % en Wallonie.

1.1.2. Définitions et méthodes

Ce rapport porte sur le suivi postnatal de l'accouchement « par voie basse sans complication », ce qui inclut le soutien à l'allaitement et le screening des nouveau-nés, mais pas les consultations non planifiées pour problèmes de santé imprévus de la mère ou du nouveau-né.

Il porte sur le suivi des naissances « normales » au terme de grossesses sans problèmes, c'est-à-dire les naissances par voie vaginale d'enfants à terme (37 à 42 semaines) en bonne santé et de poids supérieur à 2500 g, avec éventuellement une induction pharmacologique du travail et/ou une analgésie péridurale.

Les grossesses multiples, les naissances prématurées, les césariennes, les petits poids de naissance et les complications du post-partum (infections, dépression) ne sont pas envisagés ici.

La période postnatale a été définie comme débutant au moment où la mère et l'enfant quittent la salle d'accouchement, et s'étendant jusque 6 semaines après la naissance (définition OMS).

Les **méthodes** qui ont été utilisées dans l'élaboration de ce rapport sont :

- une analyse des données administratives des mutuelles, de l'assurance maladie obligatoire et du Ministère (SPF) de la Santé Publique pour déterminer l'usage actuel des soins postnatals existants ;
- l'élaboration de scénarios théoriques pour effectuer des estimations de coût ;

- une revue narrative de littérature, y compris de la littérature grise, pour évaluer les conséquences des raccourcissements de séjours hospitaliers sur la qualité des soins et pour identifier des exemples d'organisation des soins à l'étranger ;
- une recherche qualitative au moyen de focus groups avec des mères (n=18), des obstétriciens et des pédiatres (n=15), des sages-femmes (n=19), des représentants d'organisations de soins à domicile (n=5) et de médecins généralistes (n=5) pour identifier les avantages et les inconvénients d'un raccourcissement du séjour en maternité couplé à un suivi postnatal à domicile ;
- des rencontres avec des experts des soins postnatals (n=44) qui ont eu l'opportunité d'apporter leurs commentaires à chaque chapitre du rapport scientifique.



2. QUELS SONT LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DANS L'ORGANISATION DES SOINS POSTNATALS EN BELGIQUE ?

Les principaux points problématiques dans l'organisation actuelle des soins postnatals en Belgique ont été identifiés comme suit :

2.1. Au niveau macroscopique

Variabilité géographique et fragmentation de l'offre

Le suivi postnatal en Belgique est caractérisé par une grande variabilité géographique, notamment en ce qui concerne la durée moyenne de séjour, la disponibilité de soignants de première ligne à domicile (*kraamzorg*) ou l'accès à l'assistance maternelle à domicile^a (*kraamhulp*), qui par ailleurs est uniquement existante en Communauté flamande. Cependant, une aide aux tâches domestiques est proposée par certaines institutions (par ex. les mutualités) dans le reste du pays.

Actuellement, pour beaucoup de parents, les soins postnatals se limitent à ceux qu'ils reçoivent à la maternité. Quant au suivi à domicile, il se résume souvent aux visites d'une travailleuse médico-sociale de l'ONE/K&G/DKF, généralement à deux et six semaines après la naissance. Pourtant, il existe une certaine offre de soins et d'aide à domicile, mais elle est fragmentaire et dispersée. Les nouveaux parents ne sont pas souvent au courant des possibilités qui s'offrent à eux et doivent souvent faire preuve de proactivité pour se procurer l'information.

La combinaison de cette variabilité et de cette fragmentation contribue à la création d'un « vide de soins » pendant la première semaine de vie, pourtant cruciale à bien des égards. Ce vide de soins est particulièrement problématique et lourd de conséquences pour les populations les plus vulnérables, comme les familles en proie à la pauvreté, la violence intrafamiliale, les problèmes psychologiques ou les toxicomanies.

^a L'assistance maternelle à domicile est un concept né aux Pays-Bas. Il comprend une assistance non-médicale à la famille, notamment des travaux

Financement des soins hospitaliers et du suivi à domicile

Il y a « incompatibilité » entre la manière dont sont organisés et financés aujourd'hui les hôpitaux et les soins à domicile. En effet, le système des chambres seules et des assurances-hospitalisation encourage les séjours de longue durée après un accouchement, tandis que le financement des hôpitaux favorise plutôt les séjours de courte durée. Parallèlement, le suivi à domicile est sous-développé et sous-financé. Enfin, les subventions et l'organisation des soins postnatals intra et extra-muros d'une part, et de l'aide à domicile, d'autre part, dépendent d'autorités différentes.

Les sages-femmes qui pratiquent à domicile considèrent qu'elles sont sous-payées. Il existe notamment une dégressivité des tarifs en fonction du nombre de jours après la naissance, ce qui mène à des effets pervers. Par exemple, certaines associations de sages-femmes ne pratiquent plus de suivi des mères après 6 jours parce qu'au-delà, les tarifs ne sont plus rentables.

Égalité d'accès aux soins

Le raccourcissement des séjours hospitaliers, la fragmentation et la méconnaissance de l'offre de prise en charge postnatale à domicile et l'absence de réseaux informels de soutien forment un contexte global qui accroît le risque de voir les familles les plus vulnérables tomber en dehors du système de soins postnatals. À l'heure actuelle, on constate déjà que les mères en situation financière difficile quittent généralement l'hôpital plus tôt que les mères mieux nanties, alors que ce sont précisément elles qui ont le plus besoin de soins et d'accompagnement.

Manque de coordination de l'enregistrement des données

Pour chaque naissance, les différents intervenants professionnels encodent une grande quantité de données dans plusieurs systèmes informatiques incompatibles, induisant l'enregistrement d'informations redondantes et donc des pertes de temps. Ce manque de coordination complexifie aussi considérablement l'interconnexion entre les données épidémiologiques, cliniques et administratives.

domestiques, les soins aux enfants et les soins d'hygiène personnelle, ainsi qu'une aide à l'allaitement. Pour plus de détails, voir recommandation 7.



Manque de recommandations de bonnes pratiques basées sur la preuve.

Il existe dans d'autres pays des recommandations de pratiques cliniques pour les soins postnatals et pour leur organisation, mais elles ne sont pas traduites ni adaptées au contexte belge.

2.2. À l'échelle locale

Au cours de ce projet de recherche, nous avons identifié plusieurs initiatives de terrain destinées à compenser les séjours hospitaliers brefs, comme par exemple le développement d'itinéraires cliniques pour courts séjours, le suivi à domicile par des sages-femmes hospitalières ou des associations de sages-femmes indépendantes, ainsi que plusieurs actions spécifiquement dirigées vers les populations défavorisées. Ces initiatives dépendent de la bonne volonté d'une poignée de personnes motivées qui cherchent des solutions aux besoins qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne et pour lesquels aucune solution structurée n'existe. Mais aucune de ces initiatives dispersées n'est intégrée ni soutenue à un niveau systémique.

Trois exemples éclairent ce rapport : les Pays-Bas, la Suède, le Royaume-Uni

Pays-Bas	Suède	Royaume-Uni
<p>Le système néerlandais de soins périnatals est unique et souvent pris en exemple. Même si la majorité des accouchements se déroulent à l'hôpital, c'est le domicile qui est le principal lieu de soins. Les mères quittent généralement la maternité quelques heures après l'accouchement. Les sages-femmes effectuent 4 à 6 visites de 30 minutes dans les 10 jours qui suivent la naissance. En outre, une assistante maternelle vient à domicile pour s'occuper de la mère et du nouveau-né, ainsi que des autres enfants de la famille, prodiguer des conseils d'éducation à la santé et effectuer un certain nombre d'heures de travaux domestiques. Cette assistance à domicile (<i>kraamzorg</i>) dure 8 à 10 jours après la naissance.</p>	<p>99 % des accouchements se passent à l'hôpital. Lorsque le travail et l'accouchement se déroulent normalement, la prise en charge est réalisée par la sage-femme. En présence de facteurs obstétricaux particuliers, les parturientes bénéficient de soins spécialisés. Les mères sont encouragées à quitter l'hôpital rapidement, entre 6 h et 72 h après l'accouchement (en 2011, 74 % étaient rentrées à la maison après 48h). Les visites à domicile du post-partum sont effectuées soit par des sages-femmes de la maternité, soit par des sages-femmes faisant partie d'une équipe spécifiquement dédiée aux sorties précoces (<i>early discharge teams</i>). Une autre formule est celle des « hôtels familiaux », proches de l'hôpital, où la famille peut séjourner au complet. Mais il faut remarquer que les distances entre le domicile et la maternité sont souvent longues en Suède et ne peuvent être comparées au contexte belge.</p>	<p>82 % des femmes restent moins de 72 h à la maternité après l'accouchement. Les soins de post-partum sont transférés à une sage-femme de proximité (<i>community midwife</i>). Le nombre de visites n'est pas fixe mais les soins ne durent « pas moins de 10 jours et aussi longtemps que la sage-femme le juge nécessaire ».</p>



3. RECOMMANDATIONS POUR DES SOINS POSTNATALS INTÉGRÉS ET CONTINUS

Pour faire face au raccourcissement des temps de séjour en maternité sans laisser s'installer le « vide de soins » déjà décrit, un changement de paradigme s'impose : **transférer vers le domicile le centre de gravité des soins postnatals**. La condition *sine qua non* d'une telle évolution est la **continuité des soins**. Cette continuité doit être la pierre angulaire de l'organisation d'une **trajectoire de soins périnatals intégrés**, qui transcende les murs de l'hôpital, intégrant dans un seul continuum la période prénatale, la naissance et le suivi postnatal.

Le cœur de notre projet repose donc sur la formalisation et l'implémentation d'un **programme de suivi postnatal à domicile**, dont nous esquissons les grandes lignes dans ce rapport. Ce programme trouve des racines avant la naissance – c'est à ce moment que doivent être mises en place les conditions d'un suivi postnatal optimal – ainsi qu'après la naissance, en mettant systématiquement en place une prise en charge à domicile de manière à ce que d'éventuels problèmes survenant en dehors du milieu hospitalier soient pris en charge sans tarder.

Un tel programme ne pourra être mis en place sans une remise en question de bien des principes établis dans l'organisation des soins telle qu'elle fonctionne dans notre pays. Les évolutions proposées portent essentiellement sur le développement d'une véritable **coopération entre professionnels**, d'une **coordination entre première et seconde lignes** et d'un **monitoring de la qualité des soins**. À l'heure actuelle, le manque de coopération et de circulation de l'information entre les différents acteurs des soins périnatals, tant intra- qu'extra-hospitaliers, mènent à la fragmentation déjà décrite, à une inégalité d'accès à des soins de qualité et à la délivrance d'informations contradictoires aux parents. Il est nécessaire d'instaurer une nouvelle « culture de la multidisciplinarité » et de s'en donner les moyens, notamment en soutenant le développement de **réseaux professionnels multidisciplinaires** et en mettant à leur disposition des **outils informatiques**, des **outils d'évaluation de la qualité** et des **structures de financement** adéquates.

Par ailleurs, il est important de pallier la disparition des réseaux de **soutien informel aux parents** par des initiatives dont la qualité et l'efficacité sont uniformément garanties dans tout le pays, et de renforcer les mesures pour éviter de laisser passer **les plus vulnérables** d'entre eux entre les mailles du filet. Enfin, il faut **évaluer** le fonctionnement du système et rester vigilant par rapport au nombre d'emplois auxquels il faudra pourvoir. Cela implique une **recherche** et une **programmation** en matière de ressources humaines.

Nous proposons dans ce rapport un **modèle conceptuel pour l'organisation d'un système de soins postnatals intégrés, continus et accessibles à tous**. Ce modèle s'inspire du « position paper » sur l'organisation des soins chroniques, publié par le KCE en 2012 (KCE Report 190).

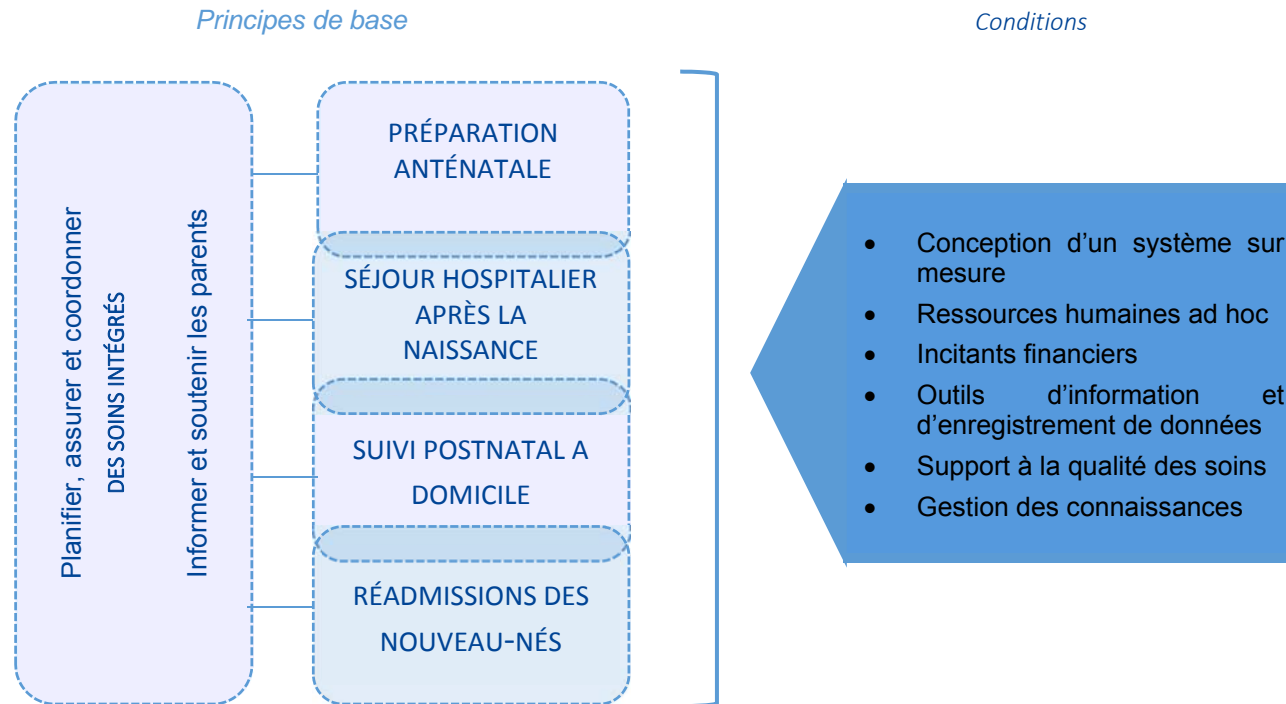
Les **principes de base** du modèle sont présentés dans la figure 1.

De ces principes de base découlent **10 recommandations**, elles-mêmes traduites et détaillées en **points d'action**, qui correspondent aux conditions nécessaires à leur implémentation.

Nous détaillons dans les recommandations les principales évolutions qui nous semblent intéressantes à mettre en place en ce qui concerne les **soins postnatals**, mais nous faisons des liens avec l'ensemble de la trajectoire périnatale et avec le séjour en maternité quand cela s'avère approprié. L'interdépendance entre les recommandations est présentée sous forme de graphique dans la synthèse en anglais à la page 26.

Recommandation 1

- **Organiser en priorité le suivi médical postnatal à domicile de telle manière que les soins soient continus et intégrés. Cela exige de développer, de soutenir et de maintenir une véritable coopération entre professionnels, une coordination entre première et seconde lignes et un monitoring de la qualité des soins.**

**Figure 1 – Éléments constitutifs pour une prise en charge intégrée des soins postnatals**



3.1. Planifier et coordonner une trajectoire globale de la grossesse au postpartum

Recommandation 2

- **Développer et implémenter un réseau multidisciplinaire périnatal autour de chaque (future) mère et son enfant. Ce réseau doit pouvoir partager un plan de soins informatisé et des outils de coordination, basés sur l'actuel Dossier Médical Global.**

3.1.1. *Un réseau multidisciplinaire périnatal autour de chaque (future) mère et son enfant*

Dire que la communication entre soignants n'est pas optimale dans notre pays est un euphémisme. Le constat est posé à tous les étages des soins de santé, et ce par l'ensemble des focus groups organisés dans le cadre de ce travail. Il en résulte une fragmentation des soins et une perte globale de qualité.

Remédier à ce problème demande avant tout un peu de bonne volonté dans le chef de chacun, mais peut aussi être favorisé par la mise en place d'une **culture du travail en réseau multidisciplinaire**, centré sur la mère et le nouveau-né. Actuellement, tout au long de leur trajet de la grossesse au postpartum, les (futures) mères sont en contact avec une série de professionnels (obstétricien, pédiatre, sage-femme, médecin généraliste, assistante maternelle à domicile, spécialiste de la lactation,...) qui interviennent chacun pour leur propre compte. Le seul lien entre eux est la (future) mère elle-même (armée de son carnet de l'ONE dans les meilleurs cas). Il n'est pas optimal qu'une responsabilité aussi importante repose uniquement sur les facultés – forcément variables – de la femme elle-même ; ce rôle de transmission des informations ne peut venir qu'en supplément d'une communication interprofessionnelle bien organisée.

Les outils pouvant faciliter cette communication multidisciplinaire sont détaillés dans les paragraphes suivants. Ils comprennent :

- **Un outil de coordination:** un « dossier de maternité » informatisé basé sur (et idéalement inclus dans) le Dossier Médical Global (DMG) ;
- **Un outil d'enregistrement:** les données administratives et épidémiologiques (eBirth) devraient être aisément générées à partir du dossier de maternité ;
- **Un outil de préparation:** un plan de suivi périnatal formalisé comprenant un module sur les soins postnatals et des formulaires standardisés pour l'évaluation – dès avant la naissance – des souhaits et préférences des parents en matière de suivi postnatal, de manière à pouvoir les organiser à l'avance de façon adéquate.

3.1.2. *Un dossier de maternité informatisé*

Dans la situation actuelle, chaque professionnel impliqué dans les soins postnatals utilise un système informatique différent pour encoder ses données (par ex. Emergentis pour les sages-femmes, Gynaedoc pour les gynécologues, Paediadoc pour les pédiatres, etc.). Cette hétérogénéité constitue une menace pour la coopération multidisciplinaire parce ces systèmes sont en grande partie incompatibles et ne permettent aucun échange d'informations.

En outre, les prestataires de soins doivent souvent encoder à plusieurs reprises les mêmes informations : en plus de leurs propres dossiers, ils sont amenés à remplir différents feuillets de liaison, les carnets de la mère et/ou de l'enfant proposés par l'ONE/K&G/DKF, etc.^b

^b À noter que récemment, K&G a lancé un projet pilote de dossier électronique (en collaboration avec eHealth et Vitalink) accessible à d'autres

professionnels de la santé (par exemple, un médecin généraliste peut avoir accès au dossier pour vérifier si un enfant a reçu telle vaccination, ou pour consulter sa courbe de croissance).



Point d'action 2.1: Développer et implémenter en priorité un dossier de maternité informatisé intégré dans le Dossier Médical Global, accessible aux mères et à tous les membres du réseau multidisciplinaire, et capable de générer des données administratives et épidémiologiques à l'attention des institutions gérant ces aspects. Ce système pourrait être développé dans le cadre de eHealth.

Le réseau multidisciplinaire créé autour de la (future) mère pourrait être « matérialisé » par l'inscription des différents intervenants qui gravitent autour d'elle dans un **dossier de maternité informatisé**, permettant une centralisation et un partage efficaces des informations. Il comprendrait un module prénatal, un module dédié à l'accouchement et au séjour en maternité, et un module postnatal. Chacun des intervenants (obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes, sages-femmes, assistantes maternelles à domicile, infirmières et travailleuses médico-sociales de l'ONE/K&G/DKF, kinésithérapeutes, ...) pourrait y inscrire les données qui concernent sa pratique, en accord avec la mère et avec des accès restreints prédéfinis.

La mère devrait avoir accès à la lecture de l'ensemble et pourrait également y entrer ses propres remarques et observations ou résultats (mesures de self-monitoring), ou encore modifier son plan de suivi postnatal. Le nouveau-né devrait également avoir son propre dossier dès la naissance, lié à celui de la mère (voir plus loin).

Ce « dossier de maternité » pourrait être intégré au Dossier Médical Global (DMG). Il devrait idéalement être accessible via les moyens de téléphonie mobile, mieux adaptés à des soins essentiellement délivrés au domicile. Il devrait pouvoir générer des avertissements (e-mail, iCalendar ou SMS) pour tenir les différents intervenants du réseau multidisciplinaire informés de la situation (par exemple pour informer le médecin généraliste de la sortie de maternité et des rendez-vous de la sage-femme pour le suivi à domicile)

Les données administratives ne devraient plus être encodées qu'une seule fois. Le système devrait également être conçu de manière à générer automatiquement les données administratives et épidémiologiques (voir point suivant). La confidentialité et la protection de la vie privée doivent bien entendu être garanties. En Belgique, ce système pourrait être développé dans le cadre de eHealth ; il devrait être extensivement testé au préalable sur le terrain, en collaboration avec les futurs utilisateurs.

Point d'action 2.2: Intégrer au dossier de maternité informatisé l'enregistrement des données relatives à l'utilisation des services de santé et les données épidémiologiques (eBirth). Faciliter la gestion et l'analyse de ces données en donnant à chaque nouveau-né un numéro de registre national dès sa naissance et en rendant possible le couplage des données relatives aux mères et aux nouveau-nés.

A l'heure actuelle, les bébés nés à terme sans problèmes particuliers ne reçoivent pas de **numéro de registre national** pendant le séjour de leur mère à la maternité. Leurs coûts de séjour sont comptabilisés sur la même facture que celle de leur mère ; les (coûts des) soins donnés à la mère ou au nouveau-né ne peuvent donc pas être distingués. Par exemple, il est quasiment impossible, à l'heure actuelle, de déterminer s'il y a une différence en termes de réadmissions ultérieures entre les bébés qui n'ont fait qu'un court séjour en maternité et les autres. D'autres données, comme le nombre de visites en urgence et la consommation de soins ambulatoires, seraient également très utiles pour servir d'indicateurs de qualité des soins postnatals.

En ce qui concerne les **données épidémiologiques**, elles sont depuis peu rassemblées dans le cadre du programme *eBirth*, ce qui simplifie les procédures entre les différents intervenants (soins de santé hospitaliers et extra-hospitaliers, administrations communales, régionales et fédérales). Le SPE (Studiecentrum voor perinatale epidemiologie) et le CePIP (Centre d'épidémiologie périnatale) sont intégrés dans le projet. Le couplage de *eBirth* avec le dossier de maternité informatisé simplifierait encore ce processus et permettrait de n'encoder qu'une seule fois les données, qui seraient ensuite partagées par tous les autres intervenants.



3.1.3. Un coordinateur de soins périnatales

Point d'action 2.3: Prévoir un coordinateur de soins pour chaque réseau de soins périnatales.

Un **coordinateur de soins périnatales** est une personne de contact permanente pour les (futurs) parents tout au long de la grossesse, de la naissance et du postpartum (voir encadré : exemple néerlandais). C'est lui/elle qui garantit la continuité des soins aux moments cruciaux, dont la sortie (précoce ou non) de la maternité.

Le rôle de coordinateur de soins périnatales pourrait être endossé par une sage-femme, un obstétricien ou un médecin généraliste actif dans les soins postnatals, entre autres. Idéalement, cette personne accompagnerait les (futurs) parents tout au long de leur trajectoire du début de la grossesse à la naissance, au séjour à la maternité, au retour à la maison et au suivi du post-partum. Elle devrait prendre la responsabilité de l'organisation du réseau multidisciplinaire de soins périnatales et pourrait convoquer des réunions de ce réseau en cas d'éventuels problèmes.

Il s'agirait d'un rôle « élastique », qui s'étendrait ou se réduirait en fonction des besoins et des préférences des parents et qui pourrait s'avérer particulièrement précieux dans les situations de vulnérabilité. L'étendue de ce rôle devrait toutefois être définie, dans la mesure du possible, dès les consultations prénatales.

Comme il est mentionné dans la position paper sur l'organisation des soins chroniques (KCE Report 190) développer un travail en équipe centré sur le patient pourrait être considéré comme un obstacle à la liberté du patient de choisir ses prestataires de soins. Toutefois, le travail en équipe tel qu'il est recommandé dans ce rapport ne doit pas être vu comme une contrainte mais doit être déterminé en fonction des préférences des parents. Un exemple est le travail en équipe au sein d'un hôpital : la satisfaction du patient résulte de la perception positive de la qualité des soins prodigués par toute l'équipe, mais en pratique, le patient ne choisit pas chaque infirmière ou chaque kinésithérapeute. En cas de problème avec un patient, on peut remplacer un soignant par un autre au sein de l'équipe.

Pays-Bas: des mesures pour optimiser l'organisation des soins périnatales

Aux Pays-Bas, le Groupe de travail Grossesse et Naissance ('Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte') a développé récemment trois mesures:

- **L'engagement d'un case manager** (EVA ou '*Eerste Verloskundig Aanspreekpunt*'): chaque femme enceinte doit avoir une personne de référence qui la guide durant sa grossesse, lors de l'accouchement et pendant la période du post-partum. En principe, ce rôle de *case manager* est endossé par la sage-femme, le généraliste ou l'obstétricien choisi par la future mère. C'est le *case manager* qui est responsable de l'organisation des soins et qui en garantit la continuité.
- **Une visite prénatale à domicile obligatoire aux environs de la 34^e semaine de grossesse** pour observer la situation de la famille et identifier d'éventuels problèmes sociaux, prodiguer des conseils de santé, évaluer si la situation à la maison est appropriée pour un accouchement et /ou un suivi postnatal et décider d'éventuels aménagements destinés à améliorer/sécuriser l'environnement. Le *case manager* est chargé d'organiser cette visite mais ne doit pas nécessairement l'effectuer lui-même. En plus de cette visite prénatale, une première prise de contact pour l'organisation de l'assistance maternelle à domicile a lieu, de préférence avant le 7^e mois de grossesse.
- **L'établissement d'un plan de naissance** : le *case manager* planifie, en concertation avec la future mère, un plan de soins sur mesure. Ceci doit être réalisé avant la 12^e semaine de grossesse, et inclure les soins postnatals.

Ces trois mesures sont déjà mises en œuvre au Pays-Bas, mais pas encore partout de manière systématique.



3.1.4. Une Plateforme Nationale de Soins Périnataux

Point d'action 2.4: Réunir les organisations impliquées dans les soins périnataux en une Plateforme nationale.

La multidisciplinarité et le travail en réseau des différents acteurs des soins périnataux devrait se refléter dans la composition d'une nouvelle **Plateforme nationale de soins périnataux** qui réunirait tous les acteurs des soins périnataux actuels, notamment le Collège des médecins pour la mère et le nouveau-né, le Conseil fédéral des sages-femmes, des représentants de l'INAMI, les agences de prévention et de soutien de la petite enfance (ONE/K&G/DKF), les centres d'expertise en soins maternels (Expertisecentra Kraamzorg - pas d'équivalent francophone), des représentants des associations professionnelles de médecins généralistes (SSMG/Domus Medica) et de parents (Ligue des Familles / Gezinsbond) et les organismes d'enregistrement de données (SPE, CEpiP).

3.2. Dès avant la naissance, préparer un plan de suivi postnatal individuel

Le suivi postnatal intégré doit être englobé dès le départ dans la trajectoire qui va de la grossesse au post-partum ; c'est donc bien avant la naissance que se mettent en place les conditions pour qu'il se déroule de manière optimale. À plus forte raison lorsque l'on prévoit un séjour de courte durée à la maternité.

Recommandation 3

- **Introduire une préparation du suivi postnatal dès les consultations de début de grossesse. Cette préparation doit aboutir à un plan de suivi postnatal qui sera intégré au dossier de maternité informatisé et qui sera supervisé par le coordinateur de soins périnataux.**

Point d'action 3.1 : Mettre en place une réflexion prénatale menant à l'élaboration d'un plan de suivi postnatal individualisé qui sera inclus dans le module postnatal du dossier de maternité informatisé.

Le **plan de suivi postnatal individualisé** doit être mis en place dès les visites prénatales. À ce moment, les futurs parents devraient recevoir une information complète, notamment sur les durées de séjour et les critères de sortie de la maternité et sur les possibilités de suivi postnatal. Aborder ces sujets tôt dans la grossesse leur permet d'y réfléchir bien avant la naissance, période où le flot d'informations et d'émotions est intense. Ils peuvent alors formuler à l'avance leurs préférences en matière de durée de séjour et de suivi postnatal et de les consigner dans leur plan individualisé, lui-même inclus dans le dossier maternel informatisé. C'est également un moment propice pour effectuer une première détection d'éventuelles situations à risque ou de vulnérabilité.

Le **plan de suivi postnatal** devrait comprendre un **planning** précisant au moins:

- les **dates** prévues : celle de l'accouchement et par conséquent celles de la période postnatale, les préférences formulées quant à un court séjour ou un séjour conventionnel, la date de la consultation pédiatrique entre le jour 7 et le jour 10, la première visite à domicile de l'ONE/K&G, la consultation obstétrique à 6 semaines, etc. ;
- les **coordonnées de contact** des membres du réseau de soins périnataux : le coordinateur de soins, la maternité, la sage-femme qui fera le suivi postnatal à domicile, l'assistante maternelle, le médecin généraliste, etc. ;
- les **personnes à prévenir** de la sortie de maternité ;
- s'il faut prévoir une **assistance maternelle à domicile** et une première estimation des besoins.

Le plan de suivi postnatal n'est jamais définitif ; il évolue tout au long de la grossesse et du post-partum. Il est de toute évidence susceptible de modifications à tout moment. Outil de communication, il garde les traces du dialogue constant entre les futurs parents et les intervenants du réseau multidisciplinaire mis en place autour d'eux, et notifie automatiquement d'éventuels changements aux prestataires de soins concernés.



Le plan de suivi postnatal contient également une « checklist » pour conscientiser les parents quant à leurs besoins potentiels à prévoir pour la période postnatale. C'est au coordinateur de soins postnatals qu'il incomberait d'évaluer la pertinence d'une éventuelle demande de court séjour.

Le développement du contenu du plan de suivi postnatal et des outils d'évaluation (checklist) pourraient être les premières missions de la future Plateforme de Soins périnataux.

3.3. Après la naissance, transférer la prise en charge postnatale vers le domicile en garantissant la continuité des soins

Recommandation 4

- **Après un accouchement sans complications prodiguer des soins postnatals en milieu hospitalier pendant un maximum de 72 h, assurer le transfert vers le domicile sans interruption de la continuité des soins en s'appuyant sur un itinéraire clinique, et garantir ensuite un suivi à domicile pendant au moins la première semaine, et idéalement les 10 premiers jours. La continuité des soins doit être organisée avant la sortie de la maternité, en accord avec les besoins individuels de la mère et du nouveau-né.**

3.3.1. *Après un accouchement normal, transférer les soins postnatals vers le domicile*

Des analyses réalisées sur les séjours en maternité indiquent que la moitié du temps de nursing est concentré sur les premières 48h qui suivent l'accouchement. Cela signifie que, à part les conseils sur la parentalité et le soutien à l'allaitement – qui peuvent également être prodigués à domicile –, la maternité prend de plus en plus une fonction d'hôtellerie à partir de 72h après l'accouchement.

Aux Pays-Bas, en Suède et en Grande-Bretagne, les trois exemples étrangers étudiés dans le cadre de ce projet, la durée moyenne de séjour à la maternité est en général de 48h pour les accouchements « normaux ». Les soins prénatals et périnataux y sont principalement effectués par des sages-femmes. Ce sont également elles qui effectuent le suivi médical à la

maison durant les dix premiers jours (au moins) après la sortie de la maternité. Dans ces pays, les exemples de programmes de suivi postnatal à domicile, éventuellement complétés par une assistance maternelle à domicile, englobent les soins et la surveillance de la mère et du bébé, des éléments d'éducation à la santé, un accompagnement de l'allaitement, un soutien émotionnel, une aide pratique pour les tâches ménagères, et un renvoi vers d'autres professionnels en cas de besoin.

Cette organisation des soins ne semble pas avoir de conséquences négatives pour la santé de la mère ou de l'enfant. Les conditions de ce succès sont, d'après la littérature scientifique :

- une préparation du postpartum dès le début de la grossesse ;
- la planification d'un suivi postnatal de qualité avant la sortie de la maternité ;
- des informations claires sur les critères à remplir pour pouvoir sortir précocement de la maternité et une bonne information des parents à ce sujet ;
- l'accessibilité des prestataires de soins en cas de problème.

De plus, les visites de la sage-femme à domicile, éventuellement complétées par la présence d'une assistante maternelle, rendent possible des soins sur mesure, en accord avec les besoins liés au contexte spécifique du domicile (par ex présence des autres enfants, d'animaux domestiques, particularités de l'infrastructure, etc).

Les autres avantages mentionnés dans la littérature sont :

- la possibilité pour tous les membres de la famille de rester ensemble et de se familiariser à leur propre rythme au nouveau bébé, ce qui renforce la création du lien ;
- la possibilité pour les mères de se reposer dans leur environnement familial sans être exposées aux dérangements inhérents à la routine d'un service hospitalier ;
- une exposition moindre, tant de la mère que de l'enfant, au risque d'infections nosocomiales ;
- une prise de confiance en soi de la mère quant à ses capacités à s'occuper de son bébé ;



- potentiellement moins de problèmes d'allaitement parce que les conseils sont plus cohérents (parce donnés par une seule personne) et que le bébé n'est pas soumis aux rythmes artificiellement imposés par l'organisation de l'hôpital.

Point d'action 4.1: Organiser, pour toutes les mères qui ont eu un accouchement sans complications un suivi postnatal à domicile effectué par des sages-femmes (ou des MG), en prévoyant un service de garde et une permanence téléphonique.

La sécurité et la continuité des soins peuvent être garanties par l'organisation d'un service de garde de sages-femmes (et/ou de médecins généralistes) et d'une permanence téléphonique. Certaines associations de sages-femmes proposent déjà ces possibilités en Belgique.

Il serait également intéressant d'étendre les potentialités des services d'assistance maternelle à domicile (voir recommandation 7).

3.3.2. *Garantir un suivi à domicile pendant au moins la première semaine*

Point d'action 4.2: Développer des recommandations cliniques basées sur la preuve pour les soins postnatals, précisant le nombre, le contenu et la fréquence des visites à domicile en fonction de la durée du séjour en maternité.

Il n'existe pas, dans la littérature, de preuves d'une association entre fréquence, durée, intensité ou modalités des visites de suivi postnatal à domicile et d'éventuelles conséquences négatives pour la santé de la mère ou de l'enfant, ou encore sur les taux de réadmission.

Les visites à domicile avant les 72h permettraient de diminuer significativement le risque de réadmission du nouveau-né et le risque de dépression postnatale.

Lors des focus groups, les professionnels de la santé ont été d'accord sur les points suivants:

- le suivi à domicile devrait comprendre une visite de la sage-femme (ou du médecin généraliste) à la maison endéans les 24h de la sortie, indépendamment de la durée du séjour ;
- dans les cas de séjour inférieur à 3 jours, il faudrait au moins une visite endéans les 24h. Ensuite, fonction de la durée du séjour, on prévoirait un certain nombre de visites additionnelles. Par exemple, 3 visites additionnelles au cours de la première semaine en cas de sortie au jour 2. Idéalement, le suivi devrait se continuer jusqu'au jour 10, mais pas nécessairement à un rythme quotidien. Le bébé devrait être vu par un médecin (de préférence pédiatre) entre les jours 7 et 10. Si le médecin généraliste ne pratique pas le suivi lui-même, il devrait être tenu informé du déroulement du suivi ;
- les mères devraient avoir une possibilité de contact avec une sage-femme 24h/24 et 7j/7. Cette permanence devrait être rémunérée. En outre, il serait utile de garder une trace du nombre et de la durée des appels vers cette permanence, ainsi que du nombre de visites et/ou d'hospitalisations qu'elle engendre, en vue de parvenir à une estimation de la tâche que cela représente, ainsi qu'à une évaluation de la qualité des soins postnatals ;
- La sage-femme à domicile devrait pouvoir avoir un contact téléphonique avec une sage-femme de la maternité en cas de problème.

En conclusion, chaque mère qui quitte la maternité moins de 72h après un accouchement sans complication devrait recevoir au moins une visite de sage-femme à domicile dans les 24h après la sortie de l'hôpital et un suivi à domicile jusqu'à 10 jours après la naissance. Des recommandations de bonne pratique doivent être établies pour déterminer le nombre et la fréquence de ces visites.



3.3.3. Des économies potentielles

Nous avons réalisé des scénarios théoriques pour estimer l'impact économique d'un tel glissement des soins postnatals de la maternité vers le domicile. Ces scénarios indiquent que les économies réalisées sur les journées d'hospitalisation permettraient de financer le coût des visites additionnelles de sages-femmes à domicile.

Nous avons tablé sur 2 et 3 visites de sages-femmes pour des séjours en maternité de respectivement 3 et 2 jours, avec la première visite 24h après la sortie. Deux scénarios théoriques (scénarios 2 et 3) ont été développés et comparés au scénario de base (scénario 1) qui représente la situation actuelle en Belgique. Si on ne prend pas en compte les coûts liés à l'assistance maternelle à domicile (*kraamhulp*), les économies potentielles sont approximativement de 431€ par séjour si l'on passe de la situation actuelle à des séjours de 3 jours, et de 716€ si l'on passe à des séjours de 2 jours. Si l'on y ajoute une assistance maternelle à domicile, les économies réalisées descendent à 264€ et 445€ pour des séjours de 3 et 2 jours respectivement.

Pour les accouchements sans complications, des séjours plus courts en maternité combinés à un suivi à domicile par des sages-femmes généreraient donc des économies. En y ajoutant une assistance maternelle à domicile (aux prix pratiqués actuellement en Flandre), ces économies seraient moins importantes mais resteraient plus avantageuses que la situation actuelle.

Scénarios théoriques

Scénario 1 : situation actuelle	Scénario 2 : séjour de 3 jours	Scénario 3 : séjour de 2 jours
Durée moyenne de séjour à la maternité : 4,6 jours. Les prestations professionnelles consistent en contacts avec le gynécologue (généralement limités à l'accouchement) et avec le pédiatre (une fois pendant les premières 24h et une fois juste avant le départ de la maternité). Les prestations de sages-femmes et d'infirmières sont déjà couvertes par le <i>per diem</i> . Il n'y a pas de suivi à domicile par la sage-femme.	Prestations professionnelles similaires au scénario 1. Deux visites à domicile de la sage-femme.	Prestations professionnelles similaires au scénario 1. Trois visites à domicile de la sage-femme.



Étant donné le manque de données disponibles, nous n'avons pas calculé les implications de ces scénarios en termes de ressources humaines, mais il est clair qu'ils nécessiteraient une adaptation à la hausse du nombre de sages-femmes en activité dans le secteur des soins ambulatoires.

Il existe des bases de données comme le RHM-MZG pour les données concernant les séjours hospitaliers, et les données de l'IMA-AIM pour la consommation de soins (sans les données cliniques). Cependant, pour étudier la consommation de soins postnatals de façon longitudinale, il est nécessaire de procéder à un couplage de ces deux sources de données. Ce couplage est possible via le numéro de registre national, mais étant donné que les nouveau-nés, actuellement, ne reçoivent pas ce numéro dès la naissance, ce couplage n'est pas possible. Par conséquent, l'utilisation des services ambulatoires comme les consultations pédiatriques ou les réadmissions du nouveau-né dans un autre hôpital ne peuvent pas être reliées à la durée de séjour en maternité.

3.3.4. Formaliser la sortie de la maternité par un itinéraire clinique

Point d'action 4.3 : Développer et implémenter un itinéraire clinique multidisciplinaire pour assurer la continuité des soins entre la maternité et le domicile et l'intégrer dans le dossier de maternité informatisé.

La sortie de la maternité est l'articulation critique pour la continuité des soins, en particulier en cas de séjour court et/ou de famille vulnérable. Il est donc essentiel de tisser des liens solides entre le milieu hospitalier et les soins de première ligne au domicile.

Il a déjà été souligné que le suivi postnatal à domicile doit être planifié en détail avant la sortie de la maternité. Déjà prévu dans le plan de suivi établi pendant la grossesse, il doit être réajusté en fonction des besoins actuels de la mère et de l'enfant.

La **procédure de sortie** devrait au moins inclure les actions suivantes :

- une évaluation remise à jour des besoins en soins de la mère et de l'enfant ;
- une prise de rendez-vous avec la sage-femme mentionnée dans le plan de suivi postnatal individuel pour les dates des premières visites à domicile ;
- une prise de rendez-vous pour la consultation pédiatrique entre les jours 7 et 10 ;
- une demande d'assistance maternelle à domicile si cela a été prévu.

Il serait intéressant de les formaliser et de les structurer dans un **itinéraire de soins**. Une telle expérience a déjà été menée en 2002 à la demande du Ministre de la santé. Un **itinéraire de soins multidisciplinaire pour les accouchements suivis de sortie précoce** a été développé et implémenté dans deux maternités de Leuven. L'analyse des données récoltées à cette occasion montrait une meilleure évolution chez les mères qui étaient sorties rapidement par rapport à celles qui avaient eu un séjour classique (notamment : moins de douleurs et de problèmes d'allaitement, moins de perte de poids chez les bébés). Les auteurs de cette étude quasi expérimentale avaient conclu que la mise en œuvre de l'itinéraire de soins améliorerait significativement la qualité des soins postnatals. On trouve des constats similaires dans la littérature internationale.

L'itinéraire de soins multidisciplinaire pour les sorties précoces, y compris les traces des communications entre professionnels à propos de la sortie et du suivi, doit être intégré au dossier de maternité informatisé et accessible à tous les professionnels concernés.



Timing des suivis à domicile au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suède

Royaume-Uni	Pays-Bas	Suède
<p>Le jour de la sortie de la mère et de l'enfant, la maternité prévient la sage-femme qui planifie une visite à domicile pour le lendemain (sauf en cas de problèmes d'allaitement, auquel cas elle se présente le jour-même de la sortie). Les documents de sortie fournissent à la sage-femme les informations pertinentes sur l'accouchement et ses suites. Le nombre de visites n'est pas fixe mais la durée du suivi est au moins de 10 jours 'et davantage si la sage-femme le juge nécessaire'. La moyenne est de 7 visites pendant les 10 à 14 jours qui suivent la naissance. Le médecin généraliste fait également une visite. Enfin, une visite de "check up" final a lieu après 6 à 8 semaines. Les soins de la maman sont transférés vers un visiteur de santé lorsque ses besoins médicaux ont été rencontrés.</p>	<p>Comme au Royaume-Uni, les soins aux (futurs) mères non à risque ont leur centre de gravité en première ligne et sont essentiellement effectués par des sages-femmes (et pour une faible part par des médecins généralistes : 0,5 %). Les sages-femmes voient les futures mères 10 à 12 fois sur la grossesse ; certaines font aussi une visite à domicile aux environs de la 35^e semaine (ce qui est recommandé par les autorités mais pas encore compensé financièrement). L'accouchement a lieu à la maternité, accompagné par une sage-femme de première ligne, et c'est souvent elle (ou son équipe) qui continue le suivi postnatal ensuite. À domicile, les visites se font un jour sur deux pendant 7 ou 8 jours, et durent une heure complète. Ce suivi postnatal fait l'objet d'un forfait, quel que soit le nombre de visites de la sage-femme.</p>	<p>Les mères et les nourrissons rentrent à la maison endéans les 72 heures après la naissance. Le suivi est effectué soit par des sages-femmes de la maternité, soit par des équipes spécialisées de suivi postnatal des sorties précoces (<i>early discharge teams</i>). Il consiste en visites à domicile, contacts téléphoniques quotidiens et un check-up final avec la sage-femme.</p>

Point d'action 4.4: S'assurer que chaque nouveau-né bénéficie de tous les dépistages prévus, que ce soit à l'hôpital ou à domicile et que ces données soient inscrites dans le dossier de maternité informatisé. Cette responsabilité est attribuée au coordinateur de soins périnataux.

Lors des focus groups, plusieurs prestataires de soins ont fait part de leurs inquiétudes quant à la possibilité que de nombreux nouveau-nés échappent aux dépistages systématiques si ceux-ci venaient à être effectués en dehors de la maternité.

La littérature scientifique souligne également que les séjours de moins de 48 ou 72h peuvent constituer un obstacle au dépistage de l'ictère néonatal ou d'autres affections pouvant être évitées.

Les dépistages néonataux doivent donc faire l'objet d'une attention particulière et être intégrés dans le programme de soins postnatals. Le coordinateur de soins postnatals devrait endosser la responsabilité de vérifier que tous les dépistages prévus ont été effectués. Leur enregistrement devrait figurer dans le dossier maternel informatisé.



3.4. Développer des procédures de réadmission pour les nouveau-nés avec leurs mères

Recommandation 5

- **Développer des procédures uniformes de réadmission pour les nouveau-nés avec leurs mères. Enregistrer tous les nouveau-nés (ré)admis et monitorer ces (ré)admissions de façon standardisée pour permettre l'évaluation de la qualité des soins et le benchmarking.**

Lors des focus groups, certains professionnels ont également fait part de leurs craintes quant aux complications du post-partum tant chez la mère que chez l'enfant. Ils craignent notamment que les réadmissions de nouveau-nés n'augmentent en cas de généralisation des durées de séjour de 72 h ou moins. La littérature internationale ne montre cependant aucune association entre des séjours courts en maternité et un taux de réadmission plus élevé des nouveau-nés si le suivi à domicile est adéquat et de qualité. Il est toutefois important que les sages-femmes et les assistantes maternelles soient correctement formées à reconnaître les signes d'alerte. Les parents devraient également recevoir des informations à ce sujet (par exemple via des brochures d'information telles que celle distribuée par l'ONE).

Il n'existe actuellement en Belgique aucun protocole standardisé pour les procédures de réadmission de nouveau-nés. Il est donc nécessaire d'en développer un et d'y inclure des critères de qualité, ainsi que de prévoir des solutions pour permettre aux mères de rester près de leur bébé.

Point d'action 5.1 : Enregistrer tous les nouveau-nés (ré)admis et monitorer ces (ré)admissions de façon standardisée pour permettre l'évaluation de la qualité des soins et le benchmarking.

Les réadmissions de nouveau-nés devraient être enregistrées pour l'évaluation de la qualité du suivi postnatal (dont c'est un indicateur de qualité important). Un tel système est déjà en place depuis 2005 pour les bébés qui ont été suivis en soins intensifs néonataux. Ces données sont remises à jour chaque année. Les unités de soins intensifs peuvent bénéficier d'un benchmarking anonymisé pour situer leurs résultats par rapport à la moyenne nationale. Il serait intéressant de généraliser ce système à toutes les unités hospitalières recevant des nouveau-nés.

Par ailleurs, comme signalé dans le point d'action 2.2, il faut attribuer au nouveau-né un numéro de registre national et un dossier individuel dès la naissance.

3.5. Garantir la qualité des soins postnatals

Recommandation 6

- **Définir des critères de qualité pour le suivi postnatal à domicile, basés sur les recommandations de pratique clinique. Adapter les compétences des sages-femmes, des médecins généralistes et des assistantes maternelles à leurs (nouveaux) rôles.**

3.5.1. *Des critères de qualité basés sur des recommandations de pratiques cliniques*

Pour construire et maintenir un système de soins postnatals bien organisé, il est indispensable de se doter de mécanismes d'évaluation de la qualité. C'est pourquoi il faut définir des **indicateurs de qualité** et développer des **recommandations de pratiques cliniques**.

Une des conditions pour ce monitoring de la qualité est de prévoir un système d'enregistrement adéquat lié au dossier maternel informatisé, comme mentionné plus haut.



3.5.2. Améliorer la formation des professionnels et prévoir des formations appropriées pour les sages-femmes et les médecins

Point d'action 6.1: Aligner le curriculum et la formation des sages-femmes et des médecins sur les critères de qualité tels qu'ils seront définis, en insistant particulièrement sur leur rôle de coordination.

Les (futurs) sages-femmes et médecins généralistes doivent être spécifiquement formés aux soins pré- et postnatals à domicile.

3.6. Soutenir les parents dans leur (nouveau) rôle

Recommandation 7

- **Soutenir les mères et pères dans leur (nouveau) rôle de parents en développant le potentiel des assistantes maternelles à domicile, et en encourageant les parents à rechercher le soutien de leurs pairs.**

La grossesse et la naissance sont des moments de grande fragilité pour les futures mères. Leurs ressources personnelles et leurs facultés d'adaptation sont parfois mises à rude épreuve. C'est une période critique à bien des égards, souvent vécue comme bouleversante car elle modifie tous les repères : le corps, l'identité, le couple, la structure familiale, la relation au travail, les relations sociales, etc. Il est donc fort important pour elles de se sentir entourées, et de savoir à qui s'adresser en cas de problème ou de doutes.

Par ailleurs, les professionnels qui ont participé aux focus groups ont fait remarquer que les futurs parents d'aujourd'hui sont souvent très préoccupés par les préparatifs matériels de la venue de leur enfant (préparer la chambre, acheter des vêtements...), mais qu'ils ne sont guère préparés, sur le plan émotionnel et social, à ce qui sera pourtant un chamboulement de leur vie.

Il circule de surcroît un grand nombre de croyances, de malentendus et d'informations contradictoires à propos de la naissance, de la manière de s'occuper d'un bébé, et de l'accession à la parentalité en général. Les nouveaux parents sont donc à la fois surinformés, notamment via le web et

sous-informés, ballottés en tous sens au gré de conseils bien-pensants, d'intérêts contradictoires et de messages publicitaires.

Il est donc essentiel de leur offrir un accompagnement fiable et des repères solides, de les rassurer et de leur donner confiance en leurs propres capacités. Sur base des initiatives qui existent à l'étranger, nous proposons deux pistes : l'assistance maternelle à domicile et les groupes de soutien.

3.6.1. Généraliser l'assistance maternelle à domicile

L'assistance maternelle à domicile est une initiative qui s'inspire d'une fonction similaire existant aux Pays-Bas, où le concept est nettement plus développé, tant en termes de quantité que de contenu de l'offre. De plus, l'assistance maternelle y est intégrée dans l'assurance maladie obligatoire (voir encadré). Les services d'assistance maternelle sont fournis par les services d'aide familiale en Communauté flamande. Les services proposés diffèrent d'un organisme à l'autre tant en termes de contenu que de conditions de travail ou de formation professionnelle. Il n'y a pas de socle commun pour les compétences exigées, ni de programme de formation officiel. Dans les autres parties du pays, une aide limitée aux tâches domestiques est proposée par certaines institutions (par ex. les mutualités) mais elle n'est ni généralisée, ni spécifique pour la maternité et la fonction de puériculture.

Les assistantes maternelles à domicile constituent chez nous un potentiel sous-employé. On leur demande principalement des tâches d'entretien de la maison alors qu'elles pourraient assumer davantage de variété dans les activités de soutien à la famille. En outre, il s'agit de personnes qui passent plusieurs heures par jour dans une même famille pendant plusieurs jours, ce qui leur permet de se rendre réellement utiles et de construire une relation de confiance. Elles sont présentes au moment où les questions se posent et où les problèmes se déclarent, ce qui leur confère une place stratégique pour y faire face, précisément du fait de cette relation de confiance.



Point d'action 7.1: Professionnaliser l'assistance maternelle à domicile et l'intégrer dans un cadre cohérent de suivi postnatal à domicile.

La tendance au raccourcissement des séjours en maternité rend urgent le développement et la professionnalisation de l'aide à domicile pour la mère et le nouveau-né. Les assistantes maternelles à domicile pourraient **accroître leurs compétences** afin de devenir une fonction complémentaire à celle des sages-femmes à domicile. Cela demande que leur formation satisfasse à un certain niveau de qualité et soit harmonisée sur base d'un programme commun.

Une offre de « suivi intégré » à domicile, avec les sages-femmes et les assistantes maternelles travaillant en tandem, devrait être accessible à l'ensemble de la population.

En préalable à cela, il est important de fournir un cadre cohérent définissant des critères de qualité, une définition des tâches à effectuer et des compétences à exiger, des conditions de travail harmonisées et une formation adéquate. Ceci pourrait faire l'objet d'un projet pilote dans le cadre d'un accord de collaboration entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées concernées^c (voir point d'action 8.1). Des groupes de travail spécifiques devraient être créés pour définir :

- Les tâches et les compétences des assistant(e)s maternel(le)s, éventuellement basées sur le modèle des Pays-Bas. L'intégration des assistant(e)s maternel(le)s dans l'AR n°78 relatif à l'exercice des professions de santé sera envisagé en fonction des tâches et des compétences qui leur seront dévolues;
- La formation des assistant(e)s maternel(le)s ;
- Le financement de leurs activités sur base des tâches et des compétences spécifiques définies précédemment.

L'assistance maternelle à domicile aux Pays-Bas

Trois types d'assistance maternelle à domicile sont disponibles:

- **Offre de base** : pour les mères et bébés sans problèmes particuliers et sans besoins spécifiques. Cette assistance maternelle est offerte pendant les 8 premiers jours. Elle comprend un forfait standard de 49 heures de prestations ;
- **Offre minimale** : le minimum de 24h de prestations, également réparties sur les 8 premiers jours ;
- **Offre sur mesure**: quand les besoins d'assistance sont supérieurs à ceux de l'offre de base (situation instable de la famille, présence de deux enfants de moins de 4 ans, ou de trois enfants de moins de 6 ans, absence d'aidants proches, naissances multiples, problèmes de santé de la mère ou de l'enfant, problèmes d'alimentation).

Depuis 2006 (loi sur l'assurance de soins - "de Zorgverzekeringswet"), l'assistance maternelle à domicile est devenue partie intégrante de l'assurance maladie obligatoire et est donc accessible à tous. Environ 95 % des familles y font appel.

3.6.2. Favoriser le soutien par les pairs

Point d'action 7.2 : Intégrer les groupes de soutien de parents à l'offre structurelle pour stimuler le soutien par les pairs et l'éducation parentale. L'initiative *CenteringParenting*, en continuation de *CenteringPregnancy*, peut être un bon modèle.

De nombreuses initiatives à petite échelle invitent les parents à rencontrer d'autres parents et stimulent le networking informel, comme par exemple les « mama cafés », les ateliers de massage-bébé, les ateliers prénatals, etc. Mais souvent ces activités ne touchent pas les parents qui en auraient le plus besoin.

Nous retenons de la littérature l'idée de groupes de parents bien implantés dans la population locale, comme aux États-Unis ou dans les pays scandinaves. Le programme *CenteringParenting* est également un modèle

^c Pour plus d'information voir section 2.1.2.dans le rapport



intéressant pour structurer à long terme le suivi postnatal, fournir des conseils aux parents et développer le soutien par les pairs (voir encadré).

En conclusion, les groupes de parents devraient être encouragés, en complément des visites de sages-femmes à domicile, pour soutenir la création de réseaux informels de soutien par les pairs durant la première année de vie.

Family centres and CenteringParenting

La Suède a été pionnière dans le développement de “**Centres familiaux**” (*Family Centres*). L'idée de base est que le bien-être d'un enfant est indissolublement lié à celui de ses parents. Il s'agit donc d'offrir un accompagnement aux parents, principalement à travers des groupes de soutien et d'éducation. Cet accompagnement débute par une première consultation des futurs parents avec la sage-femme. Ils sont ensuite invités à rejoindre un groupe de (futurs) parents qui se réunit huit ou neuf fois avant la naissance, et un nombre équivalent de fois après la naissance, jusqu'au premier anniversaire de l'enfant. Ce sont des infirmières pédiatriques qui sont responsables de l'organisation de ces réunions postnatales. Cette approche joue également sur une unité de lieu : on réunit sur un même site les soins de santé maternels, les consultations pédiatriques, une garderie pour les enfants de 12 à 60 mois) et des activités sociales. La Suède compte aujourd'hui plus de cent Family Centres répartis sur l'entièreté du pays.

Le programme **CenteringParenting** est une autre approche innovante qui ajoute à l'accompagnement de la dyade mère-enfant un volet d'évaluation de la santé. Il s'agit de groupes homogènes de dix mères avec leurs nourrissons, qui se réunissent neuf fois durant la première année après la naissance. Les séances sont animées par un clinicien et un co-animateur. Ces sessions intègrent trois composantes : une visite médicale, une séance de promotion de la santé et un groupe de soutien. Le but explicite est d'adopter une dynamique facilitative, plutôt que didactique, ce qui est facilité par la co-animation et par un encouragement actif à la participation, chaque membre étant considéré comme « expert d'expérience ». Idéalement, les séances de *CenteringParenting* se font en continuité avec les séances de *CenteringPregnancy*, avec les dix mêmes femmes qui ont reçu ensemble la préparation anténatale. L'un laisse donc progressivement la place à l'autre, et les femmes qui ont accouché avant la fin des sessions prénatales rejoignent en général leur groupe d'origine avec leurs bébés.

3.7. Adapter le système de financement

Recommandation 8

- **Faire évoluer le système actuel de financement des soins hospitaliers, via des projets pilotes, vers des systèmes favorisant davantage des soins intégrés multidisciplinaires répondant aux critères les plus élevés de qualité. Le système de rémunération des acteurs-clés doit être adapté de façon à encourager la coopération entre les professionnels et à permettre que le raccourcissement des séjours à la maternité soit effectivement complémenté par un suivi à domicile.**

Les experts consultés dans le cadre de ce projet ont souligné l'incompatibilité du système actuel de paiement à l'acte avec une offre de soins postnatals intégrés et continus. Les incitants financiers actuels ne sont pas en ligne avec les impératifs d'un suivi bien organisé :

- un certain nombre de 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 ;
- le système actuel induit une sous-utilisation par les familles les plus défavorisées.

Les éléments de base d'un suivi postnatal intégré et continu, décrits dans les paragraphes précédents, impliquent un **investissement dans les soins de première ligne**: travail en réseau multidisciplinaire, développement d'applications informatiques, augmentation de l'attractivité de la profession de sage-femme ainsi que la rétention dans le métier, mise en place d'un système performant d'évaluation de la qualité. Il est donc nécessaire de réfléchir en parallèle à une réforme du système de rémunération des acteurs-clés de ce suivi postnatal.



Point d'action 8.1: Mettre sur pied des projets pilotes où sont testés l'implémentation des soins périnataux intégrés et multidisciplinaires, ainsi que des mécanismes de paiement les autorisant.

Les différents modèles pour la prise en charge multidisciplinaire du postpartum à domicile pourraient être testés dans le cadre de projets pilotes permettant de mobiliser les ressources libérées par le raccourcissement du séjour en maternité. Une telle étude pourrait être réalisée dans le cadre d'un accord de collaboration conclu entre les niveaux de compétence concernés et financée par l'INAMI dans le cadre de l'article 56 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Point d'action 8.2: Envisager une revalorisation de la rémunération des sages-femmes pour couvrir leur rôle de coordination des soins postnatals, les visites à domicile jusqu'au jour 10, le temps supplémentaire nécessaire pour la première visite et le temps de garde et de consultations téléphoniques.

La **rémunération** des sages-femmes devrait être réévaluée:

- à l'aune de leur rôle de coordination des programmes de suivis individualisés à domicile ;
- en adéquation avec les guidelines de la HAS et du NICE qui recommandent de financer les soins postnatals jusqu'au jour 10, et avec les pratiques observées au Royaume-Uni, en Suède et aux Pays-Bas. Actuellement, la rémunération couvre les 5 premiers jours puis diminue drastiquement ;
- en prévoyant un tarif plus élevé pour la première visite, indépendamment du jour où elle est effectuée et en valorisant le temps supplémentaire nécessaire pour une première consultation à domicile ;
- en prenant en compte les coûts des consultations téléphoniques et de l'obligation de rester joignable.

^d INAMI/RIZIV. Livre blanc sur l'accès aux soins de santé / Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België [Web page].2014.

3.8. Veiller à un accès aux soins postnatals égal pour tous

Recommandation 9

- **Réfléchir à des actions coordonnées pour soutenir les familles défavorisées et empêcher qu'elles ne soient exclues des trajectoires de soins périnataux.**
- **Envisager le développement d'un programme national pour les familles les plus vulnérables, avec des investissements supplémentaires dans l'accès aux soins prénatals, le coaching périnatal, des solutions résidentielles additionnelles et le développement de permanences pour soutenir les professionnels dans leurs prises en charge.**

Le Livre blanc sur l'accessibilité des soins en Belgique (INAMI 2014) recommande une approche globale de la santé de la mère et de l'enfant^d. Au sein de cette approche globale, le rapport souligne l'importance d'inclure un programme de soins intégrés pour les familles défavorisées, jusqu'à l'âge d'entrée de l'enfant à l'école primaire. En particulier, les problèmes de langue et de mobilité sont identifiés dans la littérature comme des barrières à un suivi adéquat des femmes de milieux défavorisés (voir chapitre 6.3 du rapport scientifique).

Lors des focus groups, les professionnels de la santé se sont montrés très préoccupés par le risque de « perdre » les familles les plus vulnérables, et ceci tout particulièrement en cas de raccourcissement des temps de séjour à la maternité. Déjà aujourd'hui, ce sont les mères les plus défavorisées qui quittent la maternité en moyenne plus tôt que les autres, alors que ce sont précisément elles qui auraient besoin de davantage de soins et d'accompagnement.

La littérature internationale identifie principalement les problèmes de langage et de mobilité comme principales barrières à un suivi postnatal chez les femmes issues de milieux défavorisés. Les stratégies publiées qui visent à améliorer les soins aux familles en situation précaire comprennent la détection précoce, l'approche multidisciplinaire, les trajectoires à long terme, l'information et l'éducation parentale, les soins résidentiels

disponible à:

<http://www.inami.fgov.be/information/fr/studies/study69/pdf/livre-blanc.pdf> or
<http://www.riziv.fgov.be/information/nl/studies/study69/pdf/witboek.pdf>



spécialisés et le développement de réseaux de soutien informels. Deux approches ont été évaluées comme particulièrement efficaces :

- **un suivi téléphonique** par des sages-femmes pour diminuer le stress des jeunes mères primipares issues de milieux défavorisés et améliorer la perception de leur propre santé ;
- **un coaching périnatal** par des buddies. Un « buddy » (parrain) apporte à la famille en situation précaire un support émotionnel et une assistance pour l'obtention de l'aide sociale et des soins de santé. Il renforce leur sentiment de confiance en leurs capacités de s'en sortir et contribue à élargir leur réseau social. C'est un rôle qui peut être revêtu par des étudiant(e)s sages-femmes ou travailleurs sociaux, qui assistent une famille défavorisée pendant une période de 18 mois. Ce modèle est déjà mis en œuvre à Gent et à Leuven mais pourrait être implémenté à plus large échelle étant donné les résultats prometteurs engrangés.

En Belgique, les familles identifiées comme étant vulnérables peuvent bénéficier d'un suivi plus intensif de l'ONE/K&G/DKF tout au long de leur trajectoire périnatale. De plus, en Communauté flamande, K&G a développé des « maisons de l'enfant » (*Huizen van het Kind*). Les antennes locales (sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres) y proposent, en collaboration avec les ressources locales (autorités communales, volontaires, centres d'expertise, etc.), des actions préventives multidisciplinaires et intégrées (par ex : groupes de parents, consultations prénatales, coaching familial, etc). De telles initiatives devraient être encouragées et multipliées, de même que les consultations prénatales et les visites à domicile spécifiquement destinées à détecter le plus tôt possible les problèmes médicaux mais aussi sociaux.

La vulnérabilité devrait être un souci permanent pour l'ensemble du réseau périnatal et faire l'objet d'un suivi particulièrement attentif par le coordinateur de soins. Le plan de suivi postnatal doit être élaboré avec un soin tout particulier (notamment le suivi pédiatrique) et être bien adapté aux besoins spécifiques de la famille. La mise en œuvre d'un itinéraire de soins est particulièrement bénéfique dans ces situations.

Il serait également judicieux de développer davantage de solutions résidentielles pour les jeunes mères en détresse et leurs nourrissons. Celles-ci devraient faire part intégrante de l'offre des maternités plutôt que de dépendre d'initiatives privées ou caritatives.

Enfin, des lignes téléphoniques spécifiquement dédiées à la signalisation de situations potentiellement précaire ou dangereuses pourraient être développées, éventuellement en lien avec l'ONE/K&G/DKF.

Tout ce qui précède pourrait être intégré dans un **plan périnatal national pour les familles en situation de précarité**, qui pourrait être développé par la Plateforme nationale de soins périnatals susmentionnée et traduit en mesures concrètes sur le terrain.

3.9. Soutenir la recherche dans le domaine

Recommandation 10

- **Planifier et monitorer au plus haut niveau des ressources humaines pour des recherches sur le rapport coût-efficacité des soins postnatals intégrés et continus sur base d'un modèle de séjour court à la maternité avec suivi à domicile.**

Mettre sur pied un plan de suivi postnatal – et a fortiori périnatal – intégré et continu implique de créer suffisamment d'emplois nouveaux et adéquatement qualifiés pour faire face aux besoins.

3.9.1. Planifier les ressources en termes d'emploi

En Belgique, il est nécessaire d'améliorer la coordination et l'harmonisation des collectes de données relatives aux ressources humaines (emplois et disponibilités des professionnels de la santé). C'est particulièrement le cas pour les sages-femmes, dont il serait par exemple intéressant de savoir – pour commencer – combien d'entre elles travaillent en milieu hospitalier ou en ambulatoire. Il faut également prévoir une hausse de l'intensité de leur travail en maternité (vu que leurs tâches seront réparties sur une plus courte période de séjour des mères) ainsi qu'une augmentation de leur nombre dans le secteur ambulatoire pour faire face à la généralisation des visites à domicile.

Les projets pilotes existants actuellement (dans les maternités qui proposent des visites à domicile) pourraient servir de base à une estimation des besoins requis pour accompagner cette mutation.



3.9.2. Récolter des statistiques

D'autres facteurs doivent également pouvoir être mesurés, à commencer par le nombre de femmes éligibles pour les séjours de courte durée. Cette estimation se base d'abord sur les besoins médicaux des mères et des nouveau-nés, mais aussi sur leurs caractéristiques socio-économiques, l'importance de leur réseau personnel et leurs préférences.

Il faut également déterminer la durée d'une visite de sage-femme à domicile et le nombre de visites qu'elle peut effectuer sur une journée de travail, en tenant compte des trajets, et en prévoyant du temps pour les réponses aux appels téléphoniques. Le nombre de femmes dont une sage-femme peut s'occuper et le taux d'occupation minimal des chambres de maternité devront être (ré)évalués à la lumière de l'évolution des chiffres de durée de séjour.

Des recherches sur les coûts pourraient être envisagées, comme par exemple des projets pilotes de récolte de données sur le coût-efficacité des sorties précoces complétées par un suivi à domicile.

4. CONCLUSION

Cette recherche, née du constat que les durées de séjour en maternité raccourcissent dans la plupart des pays occidentaux, nous a offert une opportunité de réfléchir à l'amélioration de la qualité de l'ensemble du suivi postnatal.

Nous avons identifié sur le terrain beaucoup d'initiatives intéressantes et judicieuses, comme des itinéraires de soins implémentés à l'échelon local ou des actions spécifiquement dirigées vers les familles vulnérables, mais ces initiatives dépendent en général de la bonne volonté d'une poignée de personnes et ne sont pas intégrées dans une vision globale à long terme. En effet, l'ensemble du paysage des soins postnatals de notre pays reste très fragmenté. Dans un tel contexte, on peut craindre que le raccourcissement – apparemment inéluctable – des durées de séjour en maternité se traduise par un "vide de soins" pendant la première semaine de vie, période cruciale à bien des égards pour un bon départ dans la vie.

En réunissant les différents éléments qui ont émergé de notre travail d'analyse de données administratives, de focus groups avec des mères et des professionnels des soins périnatals, de recherche dans la littérature scientifique internationale, et d'étude d'exemples étrangers, nous avons développé une proposition de modèle conceptuel, qui peut se résumer par les key points suivants :

Éléments de base

- une plateforme nationale de soins périnatals ;
- une planification et une coordination du suivi postnatal à partir de réseaux professionnels multidisciplinaires de soins périnatals ;
- un dossier de maternité informatisé et partagé, en lien avec le Dossier Médical Global (DMG) ;
- des coordinateurs de soins périnatals ;
- une préparation du suivi postnatal entamée dès avant la naissance et consignée dans un plan de soins individuel ;
- l'organisation d'une continuité des soins avec déplacement du centre de gravité des soins postnatals de l'hôpital vers le domicile, avec un itinéraire de soins pour l'organisation de la sortie et du suivi à domicile, et avec une attention particulière pour les dépistages néonataux ;



- un protocole de réadmission intégré au dossier de maternité et permettant d'extraire des données pour le monitoring des réadmissions ;
- un soutien aux parents dans leur (nouveau) rôle en développant la fonction des assistantes maternelles à domicile et en encourageant les initiatives de soutien par les pairs.

Conditions à mettre en place pour la mise en œuvre des éléments de base du modèle conceptuel

- des processus d'amélioration de la qualité des soins postnatals tels que le développement de critères de qualité basés sur des recommandations de bonne pratique et une définition des compétences des sages-femmes et des médecins généralistes, ainsi qu'une formation appropriée ;
- des systèmes de financement qui facilitent l'intégration et la continuité des soins postnatals et le raccourcissement des séjours en maternité après des accouchements par voie basse sans complication ;
- un soutien aux recherches sur les ressources humaines et les rapports coût-efficacité dans le domaine des soins postnatals.

Mesures particulières à l'attention des familles vulnérables

- développer un programme national de soins périnatals ;
- fournir des investissements supplémentaires pour assurer l'accessibilité des soins anténatals ;
- offrir un coaching périnatal ;
- proposer des solutions résidentielles supplémentaires ;
- ouvrir une « hotline » pour les prestataires de soins.

Ces pistes d'action ont été traduites en un ensemble de 10 recommandations. Ces recommandations doivent être considérées comme des éléments interdépendants. La prochaine étape sera de les transformer en actions et réformes plus concrètes, avec une attention particulière pour les familles les plus vulnérables.

Plan synthétique

Recommandation 1

- **Organiser en priorité le suivi médical postnatal à domicile de telle manière que les soins soient continus et intégrés. Cela exige de développer, de soutenir et de maintenir une véritable coopération entre professionnels, une coordination entre première et seconde lignes et un monitoring de la qualité des soins.**

Recommandation 2

- **Développer et implémenter un réseau multidisciplinaire périnatal autour de chaque (future) mère et son enfant. Ce réseau doit pouvoir partager un plan de soins informatisé et des outils de coordination, basés sur l'actuel Dossier Médical Global.**

Point d'action 2.1: Développer et implémenter en priorité un dossier de maternité informatisé intégré dans le Dossier Médical Global, accessible aux mères et à tous les membres du réseau multidisciplinaire, et capable de générer des données administratives et épidémiologiques à l'attention des institutions gérant ces aspects. Ce système pourrait être développé dans le cadre de eHealth.

Point d'action 2.2: Intégrer au dossier de maternité informatisé l'enregistrement des données relatives à l'utilisation des services de santé et les données épidémiologiques (eBirth). Faciliter la gestion et l'analyse de ces données en donnant à chaque nouveau-né un numéro de registre national dès sa naissance et en rendant possible le couplage des données relatives aux mères et aux nouveau-nés.

Point d'action 2.3: Prévoir un coordinateur de soins pour chaque réseau de soins périnatals.

Point d'action 2.4: Réunir les organisations impliquées dans les soins périnatals en une Plateforme nationale.



Recommandation 3

- **Introduire une préparation du suivi postnatal dès les consultations de début de grossesse. Cette préparation doit aboutir à un plan de suivi postnatal qui sera intégré au dossier de maternité informatisé et qui sera supervisé par le coordinateur de soins périnataux.**

Point d'action 3.1 : Mettre en place une réflexion prénatale menant à l'élaboration d'un plan de suivi postnatal individualisé qui sera inclus dans le module postnatal du dossier de maternité informatisé.

Recommandation 4

- **Après un accouchement « normal », prodiguer des soins postnatals en milieu hospitalier pendant un maximum de 72 h, assurer le transfert vers le domicile sans interruption de la continuité des soins en s'appuyant sur un itinéraire clinique, et garantir ensuite un suivi à domicile pendant au moins la première semaine, et idéalement les 10 premiers jours. La continuité des soins doit être organisée avant la sortie de la maternité, en accord avec les besoins individuels de la mère et du nouveau-né.**

Point d'action 4.1: Organiser, pour toutes les mères qui ont eu un accouchement sans complications, un suivi postnatal à domicile effectué par des sages-femmes (ou des MG), en prévoyant un service de garde et une permanence téléphonique.

Point d'action 4.2: Développer des recommandations cliniques evidence based pour les soins postnatals, précisant le nombre, le contenu et la fréquence des visites à domicile en fonction de la durée du séjour en maternité.

Point d'action 4.3 : Développer et implémenter un itinéraire clinique multidisciplinaire pour assurer la continuité des soins entre la maternité et le domicile et l'intégrer dans le dossier de maternité informatisé.

Point d'action 4.4: S'assurer que chaque nouveau-né bénéficie de tous les dépistages prévus, que ce soit à l'hôpital ou à domicile et que ces données soient inscrites dans le dossier de maternité informatisé. Cette responsabilité est attribuée au coordinateur de soins périnataux.

Recommandation 5

- **Développer des procédures uniformes de réadmission pour les nouveau-nés avec leurs mères. Enregistrer tous les nouveau-nés (ré)admis et monitorer ces (ré)admissions de façon standardisée pour permettre l'évaluation de la qualité des soins et le benchmarking.**

Point d'action 5.1 : Enregistrer tous les nouveau-nés (ré)admis et monitorer ces (ré)admissions de façon standardisée pour permettre l'évaluation de la qualité des soins et le benchmarking.

Recommandation 6

- **Définir des critères de qualité pour le suivi postnatal à domicile, basés sur les recommandations de pratiques clinique. Adapter les compétences des sages-femmes, des médecins généralistes et des assistantes maternelles à domicile à leurs (nouveaux) rôles.**

Point d'action 6.1: Aligner le curriculum et la formation des sages-femmes et des médecins sur les critères de qualité tels qu'ils seront définis, en insistant particulièrement sur leur rôle de coordination.



Recommandation 7

- **Soutenir les mères et pères dans leur (nouveau) rôle de parents en développant le potentiel des assistantes maternelles à domicile, et en encourageant les parents à rechercher le soutien de leurs pairs.**

Point d'action 7.1: Professionnaliser l'assistance maternelle à domicile et l'intégrer dans un cadre cohérent de suivi postnatal à domicile.

Point d'action 7.2: Intégrer les groupes de soutien de parents à l'offre structurelle pour stimuler le soutien par les pairs et l'éducation parentale. L'initiative *CenteringParenting*, en continuation de *CenteringPregnancy*, peut être un bon modèle.

Recommandation 8

- **Faire évoluer le système actuel de financement des soins hospitaliers, via des projets pilotes, vers des systèmes favorisant davantage des soins intégrés multidisciplinaires répondant aux critères les plus élevés de qualité. Le système de rémunération des acteurs-clés doit être adapté de façon à encourager la coopération entre les professionnels et à permettre que le raccourcissement des séjours à la maternité soit effectivement complémenté par un suivi à domicile.**

Point d'action 8.1: Mettre sur pied des projets pilotes où sont testés l'implémentation des soins périnataux intégrés et multidisciplinaires, ainsi que des mécanismes de paiement les autorisant.

Point d'action 8.2: Envisager une revalorisation de la rémunération des sages-femmes pour couvrir leur rôle de coordination des soins postnataux, les visites à domicile jusqu'au jour 10, le temps supplémentaire nécessaire pour la première visite et le temps de garde et de consultations téléphoniques.

Recommandation 9

- **Réfléchir à des actions coordonnées pour soutenir les familles défavorisées et empêcher qu'elles ne tombent hors des trajectoires de soins périnataux.**
- **Envisager le développement d'un programme national pour les familles les plus vulnérables, avec des investissements supplémentaires dans l'accès aux soins prénatals, le coaching périnatal, des solutions résidentielles additionnelles et le développement de permanences pour soutenir les professionnels dans leurs prises en charge.**

Recommandation 10

- **Planifier et monitorer au plus haut niveau des ressources pour des recherches sur le rapport coût-efficacité des soins postnataux intégrés et continus sur base d'un modèle de séjour court à la maternité avec suivi à domicile.**

