



Organisation des soins autour de la naissance en Belgique : Quel rôle pour les maisons médicales ?

Timothée Delescluse, Laure Henrion, Yassinmè Elysée SOMASSE,

Avec la contribution de Gaëlle CHAPOIX et de Marie MARGANNE



Résumé

Organisation des soins autour de la naissance en Belgique : quel rôle pour les maisons médicales ?

Introduction

Les soins périnataux en Belgique suivent la logique de l'hospitalo-centrisme du système de santé avec une faible implication du premier échelon de soins. Une réforme intervenue en 2014 proposant de réduire les séjours hospitaliers après accouchement renforce les failles préexistantes de l'organisation des soins en périnatalité. Il se pose notamment la question de l'accompagnement aux familles une fois la mère et l'enfant retournés à domicile. N'y a-t-il pas un rôle à jouer dans ce contexte par des structures de soins de première ligne comme les maisons médicales (MM) ?

La présente étude fait un état des lieux des soins autour de la naissance en maisons médicales. Les perceptions qu'ont les professionnels de maisons médicales de leurs rôles ont été recueillies de même que les pistes à creuser pour renforcer ces rôles afin de satisfaire aux besoins des mères et de leurs familles.

Méthodes

L'étude s'est déroulée de mars 2016 à février 2017 et trois sources de données ont été utilisées : une enquête en ligne auprès des maisons médicales pour décrire les initiatives de soins autour de la naissance existantes ou qui se mettent en place ; une séance de discussion de groupe avec des soignants de maison médicale pour recueillir les perceptions qu'ils ont de leur rôle par rapport aux soins périnataux et des stratégies pour le remplir ; des entretiens individuels auprès de sages-femmes de première ligne pour recueillir également leur perception des soins périnataux et de la réforme et analyser la collaboration qu'elles ont avec les MM.

Résultats

Un cinquième des maisons médicales (20) ont répondu en équipe au questionnaire en ligne. Les résultats montrent qu'au moins $\frac{3}{4}$ d'entre elles ont déjà offert un suivi de grossesse ou des soins postnataux mais le suivi et l'accompagnement étaient partiels, épisodiques, peu

d'équipes ayant des projets structurés d'offre globale de soins autour de la naissance. Les professionnels impliqués dans les soins étaient les médecins généralistes (suivi de grossesse mais non systématique, visites postnatales, informations aux parents), les kinésithérapeutes (préparation prénatale par des conseils de posture en cours de grossesse mais aussi des soins de kinésithérapie en postnatal) et les sages-femmes (consultations préconceptionnelles, suivi de grossesse et suivi postnatal).

Certaines équipes s'investissent également dans des activités de soutien à la parentalité (groupes de parole).

La réforme du « séjour écourté » est majoritairement connue des équipes mais la moitié des équipes ne sont pas favorables à s'impliquer en raison de nombreuses difficultés.

Les entretiens avec les sages-femmes révèlent que l'implication des MM dans les soins autour de la naissance a été perçue comme un avantage sur plusieurs plans : la globalité des soins, la possibilité de garder le contact avec la patiente jusqu'à son accouchement et après (les femmes « disparaissent » souvent de la maison médicale pendant quelques mois et les enfants n' « apparaissent » que quelques mois ou années après la naissance et le suivi de l'ONE ou du pédiatre)), la possibilité d'initier précocement une prise en charge de l'enfant et une opportunité de favoriser l'accès aux soins aux femmes en situation précaire qui une fois retournées à domicile accèdent difficilement au réseau de soins. Malgré ces avantages, plusieurs contraintes ont été identifiées. En effet, les maisons médicales n'ont à priori pas les compétences et manquent de disponibilité pour assumer les soins autour de la naissance. Par ailleurs, avec les quelques programmes pilotes mis en place dans le cadre de la réforme du « séjour écourté », certains hôpitaux organisent eux-mêmes le suivi à domicile des femmes accouchées, lequel suivi est parfois abandonné après le 5ème jour au moment où les honoraires deviennent moins intéressants.

En ce qui concerne la collaboration entre MM et sages-femmes, les entretiens individuels avec les sages-femmes (SF) ont fait ressortir des avantages mais aussi des difficultés. Comme avantages, la collaboration avec une MM permet aux parents d'avoir accès à des soins périnataux avec la confiance et la proximité de l'équipe de la MM. Pour la SF, cela lui permet de se sentir entourée pour développer avec la MM des soins globaux continus et intégrés. La MM permet aussi de faire connaître le métier de SF en première ligne. En ce qui concerne la MM, la présence d'une SF renforce la pluridisciplinarité et assure un suivi précoce et continu de la mère, du nouveau-né et du père. Les difficultés rapportées ont trait à la faible connaissance du métier de SF par les soignants de la MM avec parfois des conflits au niveau des rôles notamment avec le médecin ou le kinésithérapeute. Une autre difficulté concerne la faible demande de soins périnataux liée à une faible information de

la patientèle sur les possibilités de suivi dans la MM et aussi l'habitude pour les femmes de se rendre chez le gynécologue ou à l'hôpital dès la constatation de la grossesse.

Plusieurs pistes ont été suggérées par les professionnels de MM et les sages-femmes pour renforcer l'implication des MM dans les soins autour de la naissance. Le premier élément cité est la nécessité pour les professionnels et les acteurs en première ligne de mieux connaître les compétences et services des autres en matière de soins périnataux pour éviter de marcher sur les plates-bandes des uns et des autres. Il a aussi été suggéré d'informer les patientes des possibilités de suivi en première ligne (information sur le réseau ou sur les soins disponibles dans la maison médicale), de renforcer le partenariat avec le réseau local de soins et de favoriser la collaboration avec une sage-femme (en réseau ou intégrée à l'équipe). Enfin les professionnels souhaitent poursuivre les échanges de pratiques et de questionnements sur les soins périnataux.

Discussion

La réforme du « séjour écourté » met en évidence s'il en est encore besoin, l'hospitalo-centrisme poussé de l'organisation des soins en Belgique. La première ligne reste oubliée quand bien même les avantages à y assurer des soins périnataux sont évidents pour renforcer la qualité des soins, la globalité, l'intégration, la continuité et l'accessibilité. Sans être financées particulièrement pour ce rôle, des MM développent des initiatives dont des collaborations avec des réseaux de soins ou des sages-femmes afin d'assurer au mieux l'accompagnement de la femme, de son bébé et de sa famille. Les initiatives au niveau des MM restent embryonnaires dans la plupart des équipes et peu systématisées mais méritent d'être soutenues. Comme suggéré par les professionnels rencontrés, cela commencera par une meilleure connaissance mutuelle des compétences et des services offerts par chaque professionnel et acteur au niveau du réseau de soins de première ligne. Ensuite assurer une meilleure information du public sur l'offre de soins périnataux disponibles en première ligne (réseau de soins de première ligne en périnatalité et de soutien à la parentalité) et dans chaque MM, clarifier la réforme et les modalités de coordination entre lignes de soins, remettre en débat la place des soins pré et postnataux dans les MM, défendre l'échelonnement des soins lors de l'accompagnement périnatal, promouvoir le métier de la SF, renforcer les collaborations entre SF et MM notamment par l'intégration de SF dans les équipes en créant les conditions favorables à savoir : définir un projet d'équipe, clarifier les rôles des professionnels et améliorer les conditions de travail. L'accessibilité financière est une question centrale à creuser et à ce titre il faudrait discuter de l'intérêt d'intégrer les soins périnataux dans le financement au forfait. Enfin, nous recommandons de poursuivre le travail de recherche sur les soins périnataux en première ligne, notamment

en incluant les parents et d'autres acteurs du secteur de la première ligne dans les réflexions.

Une documentation et une capitalisation des expériences en cours dans les MM seraient aussi recommandées pour faire émerger les bonnes pratiques à diffuser.

Mots clés :

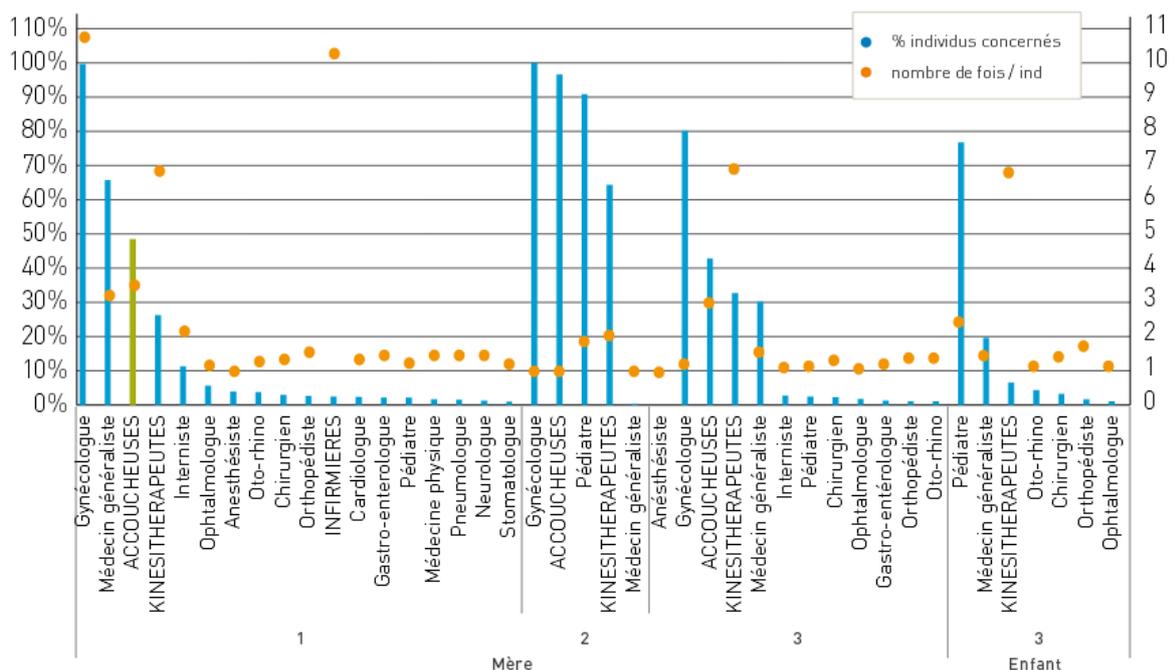
Périnatalité, Maisons de santé, Soins de santé primaire, Durée de séjour, Sage-femme
Perinatality, Community health centers, Primary health care, Length of stay, Midwives

Introduction

« Le risque plutôt que la normalité » leitmotiv de l'offre et l'utilisation des soins périnataux en Belgique

En 2014, naissaient en Belgique 124 415 enfants dont 15% en région bruxelloise, 31% en Wallonie et 54% en Flandre.[1] Ces naissances ont pour la plupart eu lieu dans les maternités (98,8%) [2]. Autour de ces naissances, les soins sont organisés « selon le concept de risque plutôt que de normalité » marquant un hospitalo-centrisme poussé [3]. En période prénatale, le système présente plusieurs limites: méconnaissance de l'offre et inégalité d'accès aux soins dues à une variabilité géographique et une fragmentation de l'offre de soins ; un sur-financement des soins hospitaliers et sous financement des soins à domicile[2] . Ces lacunes ont un impact plus marqué chez les personnes en situation de précarité[5].

Le concept de risque se matérialise aussi au niveau des catégories de professionnels intervenant pendant la période périnatale[6] : les gynécologues étant les praticiens privilégiés pour le suivi de la grossesse[7]. Le graphique 1 ci-dessous montre bien quelle que soit la période périnatale considérée (prénatale, accouchement et postnatale), que le professionnel de santé le plus sollicité par les femmes en Belgique est le gynécologue. La totalité des femmes s'adressent au gynécologue pendant la grossesse et à l'accouchement. Les accoucheuses sont quasiment aussi présentes que les gynécologues pendant l'accouchement à l'hôpital.



Graphique 1 : Recours aux prestataires médicaux et paramédicaux par la mère et l'enfant durant les trois périodes autour de la naissance en Belgique (Van Tielen et al, 2016)

Le fait que ce soit le spécialiste gynécologue qui intervienne le plus souligne l'hospitalo-centrisme des soins autour de la naissance en Belgique. La première ligne de soins n'est pas le lieu de prédilection pour le suivi pendant la période périnatale. Pourtant le gynécologue est spécialisé en pathologie, alors qu'il existe en première ligne des sages-femmes formées pour assurer de façon autonome le suivi de la grossesse, l'accouchement et un suivi post natal sans complications[8]. Elles sont même recommandées pour leurs compétences particulières en matière d'accompagnement centré autour de la mère [9], de réduction des risques de complications [10], du soutien technique et psycho-affectif [11] et pour le contrôle des coûts des soins de santé pendant la période périnatale [12].

La périnatalité

Dans le cadre de ce travail, l'expression périnatalité ou période périnatale mérite des éclaircissements. Selon Nathalie Houzelle¹, ce terme a été défini initialement par l'OMS en considérant une approche épidémiologique et pour faciliter les comparaisons internationales. A ce titre, la période périnatale se situe entre la 28^{ème} semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance. Cependant actuellement, le terme de périnatalité - littéralement " autour de la naissance " - couvre la période " avant, pendant et après la naissance " dans une acception plus large que la définition épidémiologique. On considère donc la grossesse, l'accouchement et la période postnatale (1 à 3 ans après la naissance). C'est cette définition plus large que nous utilisons dans ce travail. L'expression « soins autour de la naissance » fait donc référence dans ce travail aux soins à la mère et à l'enfant sans oublier la prise en compte des besoins du conjoint et des autres membres de la famille durant cette période périnatale.

¹ Houzelle N. La santé de l'homme 2007 ; 391 :16-9

« Le séjour hospitalier écourté » amène à s'interroger davantage sur le rôle de la première ligne :

Les séjours hospitaliers se réduisent dans la plupart des pays européens et la Belgique n'échappe pas à cette évolution. Les soins périnataux sont particulièrement concernés étant donné notamment que la Belgique avec 3,8 jours de séjour moyen après accouchement en 2013 se situe à 24h au-dessus de la moyenne de l'OCDE[2]. En 2014, un plan de réforme des hôpitaux a acté le raccourcissement du séjour hospitalier par une réorganisation des soins pour assurer un accompagnement extrahospitalier des femmes sorties précocement[13]. Ce plan s'est basé sur les conclusions d'une étude du Centre Fédéral d'Expertise en Soins de Santé (KCE) qui soulignait l'absence de risques particuliers pour un séjour écourté sous réserve d'un accompagnement approprié à domicile. Cette

réforme renforce les failles préexistantes de l'organisation des soins en périnatalité [14]. Sept projets pilotes ont débuté en 2016 en vue de tester la réforme et de tirer des leçons avant de généraliser les expériences les plus efficaces au terme de deux ans. Concrètement, les femmes présentant une situation à faible risque se voient proposer une sortie dans les trois jours qui suivent l'accouchement (voie basse) ou cinq jours (césarienne) après l'accouchement.

Dans ce contexte-là et face aux limites d'un suivi post accouchement pensé au prisme de l'hôpital tentaculaire qui développerait son modèle de soin au domicile[15], quelle place ont les structures de soins de première ligne et de proximité comme les maisons médicales (MM)? En communauté Wallonie-Bruxelles, une centaine de MM partagent des valeurs communes et une vision des soins de santé selon une approche multidisciplinaire avec des soins de première ligne de qualité, globaux, intégrés, continus et accessibles[16]. La plupart fonctionnent selon un financement au forfait[17] et sont orientées vers la qualité, l'équité et l'efficience à l'image de ce qui est attendu des structures de première ligne de soins[18].

Dans le contexte du retour précoce des femmes accouchées à domicile, il est nécessaire d'offrir un accompagnement à domicile. Se pose alors la question du rôle que devraient y jouer les structures de soins de première ligne comme les maisons médicales (MM) ? C'est à cette question que nous tentons de répondre à travers la présente étude qui a d'abord analysé les initiatives de soins autour de la naissance dans les maisons médicales avant d'analyser la perception des acteurs de leur rôle dans l'accompagnement des soins autour de la naissance. Elle aborde aussi les pistes pour renforcer la satisfaction des besoins des mères et de leurs familles dans le cadre des soins périnataux.

Méthodologie

Une méthodologie mixte a été appliquée en couplant trois sources de données, récoltées entre mars 2016 et février 2017. D'abord, un questionnaire (ouvert) en ligne a été envoyé aux MM. Il a été demandé aux équipes de répondre au questionnaire en concertation, afin d'assurer un avis au maximum « *représentatif* » de leur MM. Ensuite, une rencontre a été organisée à Bruxelles avec les équipes de MM pour leur présenter les résultats de cette première partie de l'enquête et une discussion de groupe a été ouverte à cette occasion sur la perception des soignants de MM de leur rôle dans l'accompagnement des soins autour de la naissance et des stratégies pour les remplir. Enfin des entretiens individuels

semi-directifs ont été effectués auprès de sages-femmes ayant travaillé ou collaboré avec une MM.

Les données recueillies par le questionnaire en ligne ont fait l'objet d'une analyse descriptive.

L'ensemble des entretiens ont été retranscrits et une analyse thématique de contenu a été réalisée par deux chercheurs qui ont interprété conjointement les résultats.

Résultats

Les caractéristiques des MM et des soignants répondants ont été synthétisées au tableau I.

Tableau I : Description des répondants :

Caractéristiques	Questionnaires (n=20)	Entretiens individuels (n=6)	Discussion de groupe (n=18 MM représentées avec 22 soignants)
Fonctions (n)	NA (Réponse en équipe)	SF (6)	MG (6) Kiné (5) Infirmier (4) * Accueillant (3) Psychologue (1) SF (1) Gestionnaire (1) Réfèrent Promo Santé (1)
Région ou province d'exercice (n)	Bruxelles capitale (11) Liège (5) Hainaut (2) Brabant-Wallon (2)	Bruxelles capitale (3) Namur (2) Liège (1)	Bruxelles capitale(9) Brabant Wallon (2) Hainaut (2) Namur (2) Liège (2)

*Dont 2 avec un diplôme de SF.

Les MM répondantes, comme on peut l'observer dans le tableau I provenaient de Bruxelles comme de la Wallonie (Liège, Hainaut, Brabant Wallon). Il en est de même pour les MM participant à la discussion de groupe (où deux équipes de Namur étaient également présentes). En ce qui concerne le profil des participants à la discussion de groupe, il était varié : médecins, kiné, infirmiers, accueillant, psychologue, gestionnaire et référent en promotion santé.

Une expérience de soins périnataux variable:

L'expérience en soins périnataux des MM est assez variée. Les équipes ayant répondu au questionnaire rapportaient pour 62% et 76% respectivement avoir déjà eu une expérience

de suivi de grossesse ou de soins postnataux. Le suivi et l'accompagnement étaient cependant partiels, épisodiques. Dans plusieurs équipes, les projets de soins autour de la naissance ne sont globalement pas assez structurés, les soignants étant sensibilisés à des degrés divers par rapport à la question. Un tiers des équipes répondantes disposait d'au moins une personne ayant une formation permettant l'accompagnement des soins autour de la naissance. Les professionnels impliqués dans ces soins (voir tableau II) étaient les médecins généralistes, les kinésithérapeutes et les sages-femmes. Pour les médecins, les entretiens ont permis de préciser qu'il s'agissait de suivi de grossesse mais réalisé de façon non systématique par quelques-uns, de visites postnatales et d'informations aux parents. Certains médecins travaillant concomitamment à l'ONE seraient plus à l'aise dans cet exercice. Pour les kinésithérapeutes, les soins concernaient essentiellement les préparations prénatales par des conseils de posture en cours de grossesse mais aussi des soins de kinésithérapie en postnatal où ils proposent de la rééducation du périnée ou de massage pour la mère et l'enfant. Lorsqu'une SF exerce dans la MM, elle propose l'ensemble des activités pour lesquelles elle est compétente, allant des consultations préconceptionnelles au suivi postnatal en passant par le suivi de grossesse. Seule une équipe parmi les répondantes disposait d'une sage-femme intégrée à l'équipe.

Les MM ne proposaient pas systématiquement des soins périnataux car certains professionnels ne se sentaient pas assez formés et outillés (échographe, doppler...) pour assurer ce suivi. Les personnes formées, par manque de pratique, se sentaient également moins à l'aise pour le proposer. Par ailleurs la demande semble assez faible.

Pour remplir les soins périnataux, plusieurs MM collaborent avec d'autres structures et l'ONE est majoritairement la structure vers laquelle les femmes sont orientées (70%). Le tableau III montre les autres possibilités de collaboration utilisées (hôpitaux, sages-femmes...)

De manière plus générale, la plupart des femmes préfèrent cependant consulter un gynécologue, et souvent à l'hôpital.

Tableau II: Type de soins périnataux offerts en maisons médicales (N=20 MM):

Professions		Nombre de MM avec expérience selon la profession
Soins périnataux	Médecins généralistes	7
	- Suivi de grossesse	- 4
	- Information aux parents	- 3
	- Visite à domicile post-natal	- 1
	Kiné	11
	- Préparations prénatales et/ou soins postnataux	- 11
	SF :	2
	- Suivi prénatal	- 2
	- Suivi post natal	- 2
	- Consultations pré-conceptionnelles	- 1

Tableau III : Collaborations établies par les maisons médicales dans le cadre des soins périnataux

Personnes ou structures extérieures de collaboration	Proportion d'équipe (%)
ONE	14 (70%)
Service mère-enfant / hôpital	5 (25%)
Autre : Asbl...	4 (20%)*
SF indépendantes	3 (15%)
Association sages-femmes	2 (10%)
Pas de collaboration	1 (0,5%)

* Asbl « Fil à fil » (1) ; Asbl « Seconde peau » (2); Asbl « Echoline » (1)

Des avis partagés quant à l'envie de prendre des responsabilités dans le cadre de la réforme du « séjour écourté »

Les résultats issus du questionnaire montrent que toutes les équipes de MM n'offraient pas de soins périnataux et la moitié des répondants avaient émis le souhait de ne pas s'impliquer plus même à l'occasion de la réforme du « séjour écourté ».

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cette réticence. La première est que ces soins ont été organisés par et à partir des hôpitaux et le premier échelon en général et les MM en particulier ne sont pas financées pour cette activité. « C'est du rôle des hôpitaux et de la seconde ligne ». Un autre argument soulevé est que « cela n'est pas une priorité en première ligne et les moyens humains, organisationnels nécessaires ne sont pas disponibles ».

Certaines équipes réticentes laissent cependant la porte ouverte en fonction du niveau de perception des enjeux et des moyens rendus disponibles pour la première ligne. Ces équipes soulèvent la nécessité d'en débattre en équipe et avec les partenaires de la première et de la deuxième ligne.

Des avantages perçus à l'implication des maisons médicales (en général et par rapport à la réforme)

Les équipes favorables à une plus grande implication des MM dans les soins périnataux notamment dans le cadre de la réforme du « séjour écourté » percevaient des avantages pour les mères et la famille, les maisons médicales et les sages-femmes qui seront associées. En effet, les équipes de MM ont exprimé l'idée que le modèle de soins des maisons médicales, planifié selon une approche globale et centrée sur l'individu, ainsi que la relation de confiance et de proximité offrent aux mères un cadre adéquat pour être accompagnées et trouver facilement du soutien durant cette période de vulnérabilité. Il a été aussi souligné l'accessibilité de la MM avec des soins disponibles dans le quartier sans besoin de faire de grandes distances. Si les soins périnataux sont disponibles dans la MM, la famille n'aura donc pas besoin d'aller plus loin et ne devra pas faire face à des frais supplémentaires liés aux déplacements de SF indépendantes. *« Ce serait une bonne mesure, les femmes sont chez elles et il y a moins de babyblues » Equipe MM 2.*

« Cela permet une certaine proximité, la patiente peut venir sans rendez-vous quand elle veut et ça la rassure. Que ce soit pour elle ou son bébé. » SF3

« L'atout, c'est la proximité de la maison médicale, c'est dans son quartier, elle ne doit pas prendre le métro, le bus avec ses enfants : elle vient à pied et elle est reçue » SF2

Un autre avantage et non des moindres est que les SF peuvent pratiquer le tiers payant pour leurs interventions ce qui facilite l'accessibilité pour les femmes précarisées.

Pour la MM, le principal point positif soulevé par rapport à son implication dans les soins périnataux est l'opportunité de construire une meilleure articulation et continuité entre première et seconde ligne et de garantir un suivi et une relation précoce avec les parents et le nouveau-né pour des soins plus globaux et continus. Cela éviterait selon les équipes, la perte de contact habituellement observée avec les femmes entre la grossesse et les premières consultations pédiatriques dans la MM, lesquelles se déroulent aussi souvent avec le pédiatre sans lien avec le médecin généraliste. D'un autre côté, avec la présence d'une SF, les médecins ne doivent plus s'occuper de tâches pour lesquelles la sage-femme est qualifiée et cela de manière moins coûteuse et plus efficace. Dans le cadre de la

rééducation du périnée, les kinés et les sages-femmes proposent des approches complémentaires.

En ce qui concerne les sages-femmes, si elles sont associées aux soins périnataux en MM, les avantages qu'elles perçoivent sont d'une part, l'opportunité de faire connaître leur métier en première ligne auprès de la population et d'autre part l'occasion de travailler dans un environnement pluridisciplinaire permettant une mutualisation de compétences et une meilleure qualité des soins. Il a été aussi évoqué comme avantage pour la SF un certain « pouvoir » dans sa relation avec l'hôpital ou les gynécologues en tant que MM et non plus uniquement comme SF indépendante.

Des difficultés identifiées concernant une offre de soins en MM en général et par rapport à la réforme du « séjour écourté » en particulier

De nombreuses difficultés ont été mises en évidence par rapport à l'organisation des soins périnataux en général et dans le cadre de la réforme en particulier.

L'hospitalo-centrisme poussé des soins périnataux a été dénoncé par les professionnels lors de la discussion de groupe et lors des entretiens individuels avec les sages-femmes. « *Le système n'a pas été pensé dès le départ pour donner à la première ligne de soins, la place qui devrait être la sienne* ».

Les MM qui mettent en place des initiatives se heurtent à des difficultés de divers ordres : la population sollicite peu les soins périnataux en première ligne par habitude culturelle et par méconnaissance de l'offre de première ligne. Cela constitue un facteur qui freine l'envie d'intégrer des sages-femmes aux équipes. « *Le problème que nous (SF) rencontrons aussi c'est la faible demande de soins* ». Cette faible demande devrait être améliorée par une information délivrée par l'ensemble des professionnels. Selon certains professionnels, la demande paraît faible parce qu'on oublie d'intégrer toutes les autres activités qui ne sont pas uniquement un suivi de grossesse ou postnatal à savoir l'éducation sexuelle et affective, le soutien à la parentalité...etc.

D'après les avis recueillis, le rôle même de la SF est faiblement connu des équipes soignantes en MM, ce qui fait par exemple que « *l'accueillante est désarmée car elle ne sait pas très bien comment présenter le travail de la SF aux patientes* ». Cette méconnaissance du rôle de la SF serait également à l'origine de difficultés de collaboration au sein de l'équipe de la MM avec la SF, entraînant un chevauchement de rôle. En effet, certains soins que la SF pourrait délivrer sont aussi perçus comme étant de la responsabilité du médecin (par exemple un abcès du sein) ou du kinésithérapeute (soins de préparation à l'accouchement par exemple).

« Le rôle de la sage-femme était flou pour eux (travailleurs de la maison médicale), ils ne savaient pas expliquer ce que je faisais, les gens ne comprenaient pas la nécessité du suivi ». SF4

« Il faut rappeler régulièrement aux collègues notre rôle. Par exemple en cas de mastite, les médecins ne pensent pas à me demander conseil et prescrivent très vite des antibiotiques alors que parfois je peux faire un massage et crever l'abcès. » SF3

Par rapport à la réforme, les SF dénoncent le flou qui l'entoure et qui ne permet pas de conseiller les femmes judicieusement. Des enjeux concurrentiels entre l'hôpital et la première ligne sont aussi manifestes avec le risque d'un accompagnement de qualité insuffisante après le retour des femmes à domicile ; il a été mis en évidence que certains hôpitaux organisent d'eux-mêmes les soins à domicile, un milieu qu'ils ne connaissent pas assez et parfois ces hôpitaux se « déchargent » des soins à partir du 5ème jour auprès des sages-femmes en ambulatoire, sans que celles-ci soient connues des femmes. Les femmes précarisées risquent d'en être les victimes principales.

*« Le problème est que l'hôpital ne connaît pas le domicile, les hôpitaux s'essayent dans un truc dans lequel ils ne sont jamais intervenus. Ils ont pris un modèle hospitalier pour le mettre à domicile (...). Je trouve que certaines sages-femmes des hôpitaux se sont lancées dans des activités sans être préparées »*SF2

« Les femmes qui sont suivies par les services de sages-femmes hospitalières, on leur dit après cinq jours : c'est plus à nous de vous suivre, appelez une sage-femme indépendante. Eh oui, après cinq jours c'est moins rentable... Du coup, on ramasse les pots cassés. » SF 4

A ces difficultés, il faut ajouter les risques spécifiques pour les femmes précarisées notamment les bénéficiaires d'AMU. Les soins à domicile après la grossesse ne sont pas systématiquement pris en charge pour cette catégorie de patiente. Si une mère sort plus tôt et qu'elle n'est pas bien accompagnée, elle se retrouvera seule dès les premiers jours avec tous les risques associés. Et être en MM, protège alors la femme bénéficiaire de l'AMU. *« Si une femme avec AMU est en maison médicale, il n'y a pas de souci, on peut s'organiser pour la suivre sans qu'elle avance les frais mais pour une SF indépendante, c'est difficile. Cependant, certains hôpitaux passent par des organismes de soins à domicile qui ont une enveloppe pour ces situations-là»* SF2

Discussion

Cette étude à visée exploratoire, malgré certaines limites, permet de mieux connaître l'expérience des MM en matière de soins périnataux et de souligner les apports en qualité de soins, d'un accompagnement des familles autour de la naissance par une équipe pluridisciplinaire de MM. C'est un premier pas vers une documentation, un suivi et un accompagnement des initiatives naissantes afin de faire émerger, à terme, des arguments pour favoriser une transformation de l'organisation des soins périnataux en Belgique, en donnant plus de place à la première ligne pour des soins globaux, de qualité, accessibles et continus un peu à l'image de ce qui se passe chez les voisins néerlandais où les sages-femmes en première ligne jouent un rôle considérable.

Les interviews confirment en effet que l'organisation des soins autour de la naissance en Belgique reste hospitalo-centrée avec une répartition incohérente des rôles entre les lignes de soins. Cela induit une faible connaissance et une faible sollicitation de la première ligne par les femmes lors de la période périnatale. C'est ainsi que plusieurs femmes perdent contact avec leurs MM pendant cette période. Malgré l'existence de sages-femmes indépendantes en première ligne, elles sont également faiblement connues des MM et des femmes avant le jour de l'accouchement, en particulier les jeunes femmes [3].

La tendance à la réduction du séjour hospitalier des femmes accouchées, actée par la réforme du séjour « écourté » n'est pas nouvelle en Belgique ni dans les autres pays européens mais la rapidité et la précipitation ainsi que les modalités imprécises de sa mise en œuvre sont perturbantes pour la première ligne dont la place est mal définie. La réforme donne l'occasion de reconsidérer la place -et le financement - des soins de santé primaires dans l'organisation des soins périnataux. [19, 20].

Bien que cela soit organisé différemment selon les MM et parfois épisodiquement en fonction des besoins spécifiques, nous avons constaté que certaines mettent déjà en place des initiatives autour de la naissance. Celles-ci sont développées au sein de la structure et/ou en collaboration avec des structures externes ou des sages-femmes indépendantes.

Les équipes sont disposées à s'impliquer plus dans les soins périnataux car elles y voient des avantages mais elles pointent aussi des inconvénients largement abordés dans les résultats. L'élément qui nous paraît essentiel à mettre en exergue est l'accessibilité, la globalité et la continuité des soins pour les patientes des MM et leurs familles lorsque des soins périnataux y sont offerts. En pratique, plusieurs pistes sont à suivre pour favoriser une organisation plus adéquate et cohérente des soins autour de la naissance et l'accompagnement des parents à la naissance. Cette réorganisation doit mettre en avant le principe de subsidiarité.

Quelques recommandations émergent de la recherche à l'endroit des MM et à l'intention des pouvoirs publics ou de la société civile :

- mieux informer le public sur l'offre des soins périnataux disponibles en première ligne et dans chaque MM,
- clarifier la réforme et les modalités de coordination entre ligne de soins,
- mettre en débat la place des soins pré et postnataux dans les MM,
- défendre l'échelonnement des soins lors de l'accompagnement périnatal,
- renforcer les collaborations entre SF et MM dont l'intégration de SF dans les équipes en créant les conditions favorables à savoir : un projet d'équipe, une clarification des rôles, une amélioration des conditions de travail...
- promouvoir le métier des SF de première ligne.

La collaboration externe ou l'intégration à l'équipe de la MM d'une SF a été largement discutée lors des rencontres avec les travailleurs. A la lumière des avis récoltés, nous pouvons suggérer de suivre les étapes suivantes pour analyser les besoins et favoriser l'intégration d'une SF à l'équipe :

- Evaluer le besoin réel de l'intégration d'une sage-femme dans l'équipe. Cela peut se faire à partir de quelques indicateurs comme le pourcentage de femmes jeunes au sein de la maison médicale, l'existence de structures de soins aux alentours pouvant ou non prendre en compte les besoins identifiés. Si la demande paraît faible ou absorbée par une autre structure de proximité, à minima on informe les patients et on peut envisager une collaboration externe avec une sage-femme.
- Si une décision d'intégration est prise, construire avec une SF un projet d'équipe intégrant le rôle sage-femme.
- Discuter du projet avec la sage-femme et définir les conditions de fonctionnement y compris le contenu des services à développer
- Elaborer des protocoles pluridisciplinaires de soins autour de la naissance pour préciser les rôles de chaque profession
- Informer la population soignée des possibilités de soins avec la sage-femme et de son rôle, cela permettra d'améliorer la demande de soins périnataux au sein de la maison médicale et la connaissance du rôle de SF en première ligne
- Analyser les possibilités de mutualiser la sage-femme avec une autre maison médicale proche pour élargir la demande de soins
- Améliorer les conditions de travail afin qu'elles soient adaptées aux besoins et spécificités du travail des sages-femmes. Il doit, par exemple, y avoir du matériel spécifique et des locaux adaptés pour assurer l'intimité des consultations. Il faut aussi envisager une salle commune pour des rencontres en groupe (activités d'éducation de groupe).

Pour faciliter l'accès financier et l'intégration des SF en MM, il faudrait informer les familles des modalités accessibles de paiement des SF et discuter de l'intérêt d'intégrer au forfait les soins périnataux.

Enfin, nous recommandons de poursuivre le travail de recherche sur les soins périnataux en première ligne, notamment en incluant les mères et d'autres acteurs du secteur de la première ligne dans les réflexions.

Une documentation et une capitalisation des expériences en cours dans les MM seraient aussi recommandées pour faire émerger les bonnes pratiques à diffuser.

Références bibliographiques

- [1] Federal Gov Belgium, "Naissances et fécondité - Statistiques." [Online]. Available: http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/naissances_fecondite/. [Accessed: 03-Mar-2016].
- [2] Benhamed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L, Lauwerier E, et al. L'organisation des soins après l'accouchement. Bruxelles: KCE; 2014 p. 40. (Synthèse. Health Services Research (HSR)). Report No.: KCE Reports 232Bs. D/2014/10.273/80.
- [3] Vermeulen J., Swinnen E., D'haenens F., Buyl R., and Beeckman K., "Women's preferences and knowledge about the legal competences of midwives in Brussels, Belgium. A descriptive observational study," *Midwifery*, vol. 40, pp. 177-186, 2016.
- [4] Marsella S., "Migration et précarité : une couverture mitée?," *Santé Conjug.*, vol. 76, pp. 75-77, 2016.
- [5] INAMI, "Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique," Brussels, 2014.
- [6] Van Tielen R et Van W, "Economie de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité," *Heal. forum*, vol. 25, 2016.
- [7] Eggermontc M., "The Belgian, French and Dutch midwife on trial: A critical case study," *Midwifery*, vol. 31, no. 5, pp. 547-553, May 2015.
- [8] SPF Santé Publique, Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge. 2016.
- [9] Sandall J., "Every Woman Needs a Midwife, and Some Women Need a Doctor Too," *Birth*, vol. 39, no. 4, pp. 323-326, Dec. 2012.
- [10] Blondel, "Organisation de la surveillance prénatale pour les femmes à bas ou haut risque. Bilan des études d'évaluation.," *Société française de médecine périnatale*, vol. 47, pp. 85-101, 1999.
- [11] Faniel A, "La sage-femme: particularités d'un métier vieux comme le monde," 2013.
- [12] Sandall J., Soltani H., Gates S., Shennan A., and Devane D., "Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women," in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, J. Sandall, Ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2016.
- [13] De Block M. Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux [Internet]. 2015 p. 49. Available from: www.gbsvbs.org/fileadmin/user.../Plan_d_approche_Reforme_Hopitaux_FR.pdf
- [14] Chapoix G. Les enjeux d'un séjour écourté en maternité. *Santé Conjugée* 78 : 6-9
- [15] P. Drielsma, "Évaporer la première ligne? Gare à l'effet de serres!," *Santé Conjug.*, vol. 76, pp. 55-58, 2016.

- [16] Drielsma P., “Les maisons médicales belges, un accident de parcours post - soixante- huitard ou un mode d’organisation inoxydable ?,” *Sante Publique (Paris)*., vol. 21, no. hs1, pp. 49-55, 2009.
- [17] Fédération des maisons médicales, “Les sources de financement des maisons médicales,” 2007. [Online]. Available: <http://www.maisonmedicale.org/Les-sources-de-financements.html>. [Accessed: 30-Mar-2016].
- [18] Starfield B., Shi L., and Macinko J., “Contribution of primary care to health systems and health.,” *Milbank Q.*, vol. 83, no. 3, pp. 457-502, 2005.
- [19] Heymans I, “Santé conjugquée -juillet 2006 -n° 37 Brève définition des soins de santé primaires,” *Santé Conjug.*, vol. 37, pp. 25-30, 2006.
- [20] Green L. A., Fryer G. E., Yawn B. P., Lanier D., and Dovey S. M., “The Ecology of Medical Care Revisited,” *N. Engl. J. Med.*, vol. 344, no. 26, pp. 2021-2025, Jun. 2001.

Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones

Bd du Midi 25/5
1000 Bruxelles
02 514 40 14
fmm@fmm.be

www.maisonmedicale.org

