

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2012-2013

26 JUIN 2013

Proposition de résolution concernant la mise en œuvre de l'accouchement policlinique

(Déposée par Mme Elke Sleurs et consorts)

DÉVELOPPEMENTS

Une évolution s'est dessinée ces dernières années dans la durée du séjour hospitalier en cas d'accouchement. Dans les maternités flamandes, la durée d'hospitalisation était respectivement de 4,97 jours en 2009 (taux d'occupation moyen de 63 %) et de 4,82 jours en 2010. Les moyennes pour les maternités wallonnes et bruxelloises sont légèrement plus élevées pour 2010, avec respectivement 4,98 et 4,86 jours. Par rapport à 2005 (5,73 jours), la situation évolue donc favorablement vers une réduction de la durée d'hospitalisation. Le séjour en clinique *post-partum* a toujours été caractérisé et l'est encore aujourd'hui par une fonction hôtelière qui s'ajoute aux soins : la famille et les connaissances vont voir la jeune maman et le bébé à l'hôpital, c'est un « rituel obligé après un accouchement ». Ces journées de « luxe » à l'hôpital sont de plus en plus souvent limitées à ce qui est jugé médicalement nécessaire, bien que là encore, il reste de la marge par rapport à ce qui est strictement nécessaire.

L'utilisation des technologies modernes et la réorganisation des soins obstétricaux contribuent à faire évoluer les soins dispensés à la mère et à l'enfant dans le sens d'une plus grande efficacité à qualité égale. De plus, le financement d'un accouchement est plus limité qu'auparavant dès lors qu'il est calculé sur la base de moyennes, comme les admissions hospitalières pour d'autres pathologies déterminées. Ce système a conduit les hôpitaux à encourager les femmes à limiter leur séjour à ce qu'ils considèrent comme nécessaire dans le cadre de leur politique générale.

Si l'on fait la comparaison avec d'autres pays européens, on se rend compte que le séjour hospitalier *post-partum* pourrait être encore plus court. En 2010,

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2012-2013

26 JUNI 2013

Voorstel van resolutie betreffende de implementatie van het poliklinisch bevallen

(Ingediend door mevrouw Elke Sleurs c.s.)

TOELICHTING

De voorbije jaren is er een evolutie merkbaar in de duur van het ziekenhuisverblijf bij bevallingen. In Vlaamse materniteiten verbleef men respectievelijk 4,97 ligdagen in 2009 (gemiddelde bezettingsgraad van 63 %) en 4,82 ligdagen in 2010. In Waalse en Brusselse materniteiten liggen de cijfers voor 2010 iets hoger, respectievelijk 4,98 en 4,86 ligdagen. Vergelijken met 2005 (5,73 ligdagen) is dit dus een gunstige evolutie naar een kortere verblijfsduur. Het peripartaal ziekenhuisverblijf werd en wordt nog steeds deels gekenmerkt door een bijkomende hotelfunctie: met name familie en kennissenkring bezochten de kersverse moeder en baby in het ziekenhuis, dat « hoorde immers bij een bevalling ». Meer en meer worden deze luxedagen in het ziekenhuis omgezet tot wat medisch nodig wordt geacht, maar ook hier is er nog ruimte ten opzichte van wat strikt noodzakelijk is.

De zorg voor moeder en kind kent een evolutie naar een grotere efficiëntie met behoud van kwaliteit door onder andere gebruikt te maken van moderne technologieën en reorganisatie van de verloskundige zorg. Daarbovenop is de financiering voor een bevalling beperkter dan vroeger. Deze wordt berekend op basis van gemiddelden, zoals de ziekenhuisopnamen voor andere bepaalde pathologieën. Dit heeft ervoor gezorgd dat de ziekenhuizen zelf de vrouwen stimuleren om het verblijf te beperken tot wat ze nodig achten in het kader van hun algemeen beleid.

In vergelijking met andere Europese landen kan het peripartaal ziekenhuisverblijf nog korter. Het Organisatie voor economische samenwerking en ontwikke-

la durée moyenne d'hospitalisation pour un accouchement normal dans l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE) atteignait 3,5 jours contre 4,3 jours en Belgique. Aux Pays-Bas, beaucoup de femmes optent pour l'accouchement policlinique, avec une durée moyenne d'hospitalisation de 1,9 jour en l'absence de complications. Le Royaume-Uni donne le bon exemple avec un séjour hospitalier raccourci d'une durée moyenne de 1,8 jour en 2010 pour un accouchement normal.

L'optimisation budgétaire n'est évidemment pas le but premier d'une hospitalisation plus courte; toute réorganisation des soins obstétricaux tend à ce que gynécologues, sages-femmes et médecins généralistes prodiguent les soins obstétricaux de la meilleure qualité qui soit, en concertation, de manière à ce que chacun de ces acteurs de la santé puisse accorder plus d'attention à l'accompagnement de la femme. Une fonction purement hôtelière n'a pas sa place dans le cadre de cet objectif.

Une partie des soins *post-partum* peut être organisée à domicile moyennant une bonne organisation et des accords pluridisciplinaires. Il est recommandé à cet égard de suivre un parcours clinique pour les accouchements à faible risque. La pratique clinique montre aujourd'hui que la formule du court séjour est déjà possible pour les accouchements sans complications. Il convient néanmoins d'examiner si rester plus de vingt-quatre heures à l'hôpital après un accouchement à faible risque relève davantage de la fonction hôtelière et il y a lieu d'envisager si des soins postnataux mieux organisés peuvent compenser la « courte durée de l'hospitalisation ».

Par « courte hospitalisation », nous entendons un séjour de vingt-quatre heures après un accouchement physiologique, le cas échéant seulement en cas de multiparité. D'après les données de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) pour l'année 2011, il y a eu 116 794 accouchements physiologiques (soit 70,4% des accouchements).

La demande des auteurs concernant le court séjour hospitalier après un accouchement physiologique est une première étape vers une plus grande intégration et une plus grande responsabilité des sages-femmes dans les accouchements à faible risque et vers la revalorisation de l'intervention des gynécologues dans les accouchements à haut risque. Il importe cependant de s'assurer tout d'abord que la qualité des soins soit aussi bonne lors d'un court séjour hospitalier qu'en cas d'hospitalisation plus longue et qu'elle n'entraîne pas à la réadmission ultérieure de la mère et/ou de l'enfant.

Une étude portant sur le nombre de jours d'hospitalisation en fonction du prestataire de soins qui accompagne l'accouchement a donné les résultats suivants : pour les sages-femmes à l'hôpital, 3,38 jours,

ling (OESO)-gemiddelde voor de duur van een normale bevalling bedroeg 3,5 dagen in 2010, terwijl dat in België nog 4,3 dagen was. In Nederland wordt er vaak « poliklinisch bevallen », met een gemiddelde van 1,9 dagen bij een ongecompliceerde bevalling. Het Verenigd Koninkrijk geeft een goed voorbeeld van een verkort ziekenhuisverblijf waar de gemiddelde duur van een normale bevalling 1,8 dagen bedroeg in 2010.

Budgettaire optimalisatie is natuurlijk niet het doel op zich van een verkort ziekenhuisverblijf; het doel van een reorganisatie van de verloskundige zorg is en blijft het streven naar de best mogelijke kwaliteitsvolle verloskundige zorg door gynaecologen, vroedvrouwen en huisarsten in onderling overleg waarbij eenieder meer aandacht zal kunnen besteden aan de begeleiding van de zwangere vrouw. Een loutere hotelfunctie hoort niet thuis in deze doelstelling.

Een deel van de *post-partumzorg* kan mits goede organisatie en multidisciplinaire afspraken thuis georganiseerd worden. Het volgen van een klinisch pad voor bevallingen met een laag risico is daarin aan te raden. De klinische praktijk toont heden aan dat een kortverblijf vandaag reeds mogelijk is in geval van ongecompliceerde bevallingen. Niettemin dient net te worden onderzocht of langer dan vierentwintig uur in het ziekenhuis blijven na een bevalling met een laag risico wel kan beschouwd worden als hotelfunctie en dient te worden onderzocht of een beter georganiseerde postnatale zorg een compensatie kan bieden voor een « kortverblijf ».

« Kortverblijf » definiëren we als een verblijf van vierentwintig uren na een fysiologische partus, eventueel pas bij multipariteit. Volgens data van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) waren er in 2011 116 794 fysiologische partussen (70,4% van de bevallingen).

De vraag van de indieners met betrekking tot kortverblijf na een fysiologische partus is een eerste stap naar een mogelijke verdere inschakeling en een grotere verantwoordelijkheid van vroedvrouwen bij bevallingen met een laag risico én de herwaardering van gynaecologen in bevallingen met een hoog risico. Het is echter belangrijk om eerst zeker te zijn dat de kwaliteit in kortverblijf even goed is als in langer verblijf en niet leidt tot heropnames van moeder en/ of kind.

Uit een onderzoek verricht naar het aantal ligdagen naargelang de zorgverstrekker die de bevalling begeleidt komen de volgende aantallen ligdagen naar voor : voor vroedvrouwen in een ziekenhuis 3,38, voor

pour les généralistes 3,98 jours et pour les gynécologues 4,45 jours (1). Presque tous les accouchements sont effectués par un gynécologue (2) ou sont en tout cas enregistrés comme tels. Ainsi qu'il ressort d'une étude sociologique (3), si les patients attendent toujours de l'hôpital des services relevant de la fonction hôtelière, comme l'intimité d'une chambre particulière, la possibilité de recevoir des visites, etc., ils attendent évidemment aussi à des soins médicaux suffisants. Moyennant un bon accompagnement et des soins postnatals bien organisés, une partie des soins *post-partum* peut être dispensée à domicile. Prenons l'exemple de l'accompagnement en matière d'allaitement maternel. Il y a lieu d'examiner si une courte hospitalisation présente un niveau de qualité équivalent et si un plus long séjour remplit une fonction hôtelière ou s'il présente malgré tout une utilité sur le plan médical.

Dans le cadre d'un système adapté de court séjour hospitalier, il faut aussi qu'au cours de la période prénatale, on donne déjà suffisamment d'informations à la future maman concernant l'organisation des soins postnatals, tant pour elle que pour le bébé. Des soins prénatals et postnatals accessibles constituent donc un facteur important. À l'heure actuelle, les soins postnatals sont souvent organisés à domicile dans des situations complexes ou en cas de naissances multiples. Un des auteurs a déjà demandé à combien se chiffrent les frais liés à ces soins postnatals (4).

Globalement, une augmentation du nombre de courtes hospitalisations, avec garantie d'une qualité de soins suffisante, devrait entraîner une économie pour l'hôpital. Il est possible que les courts séjours entraînent un coût plus élevé pour le patient qui devra, dans ce cas, recourir davantage à des soins non médicaux et supporter le coût du suivi médical. Un changement des comportements dans le sens d'une réduction/suppression des soins non médicaux dans les hôpitaux pourrait amener la patiente à accepter de rentrer chez elle plus rapidement.

*
* *

(1) Séminaire organisé à l'université de Gand, «De verloskunde in beweging», 13 septembre 2012.

(2) Sénat, question écrite n° 5-4249 de Mme Elke Sleurs.

(3) Doctorat de Mme Wendy Christiaens, présenté pour l'obtention du grade de docteur en sociologie, Université de Gand, 2007-2008, «Het bevalt anders in Vlaanderen en Nederland».

(4) Idem note 2.

huisartsen 3,98, voor gynaecologen 4,45 (1). Bijna alle bevallingen worden door gynaecologen uitgevoerd (2) of worden althans zo geregistreerd. Vandaag verwachten patiënten zoals blijkt uit sociologisch onderzoek (3) nog steeds een deel hotelfunctie in het ziekenhuis, zoals privacy in een eenpersoonskamer, mogelijkheid tot het ontvangen van bezoek, enz., maar uiteraard blijft ook de verwachting en het vertrouwen dat er voldoende medische verzorging zal zijn. Mits een goede begeleiding en een goed georganiseerde nazorg kan een deel van de nazorg thuis gebeuren; denken we maar aan de begeleiding van borstvoeding. Er dient onderzocht te worden of een kortverblijf kwalitatief even goed is en of een langer verblijf effectief een hotelfunctie heeft of dat er toch een medisch nut is.

Tegelijk dient in een aangepast systeem met verkort ziekenhuisverblijf reeds prenataal voldoende inlichtingen te worden gegeven aan de toekomstige moeder met betrekking tot de organisatie voor de postnatale zorg voor zowel zichzelf als voor de baby. Een toegankelijke prenatale en postnatale zorg is dus een belangrijke factor. De bestaande postnatale thuiszorg gebeurt heden vaker bij complexe situaties of bij bevallingen van meerlingen. De kosten van deze postnatale zorg werden door één van de indieners eerder opgevraagd (4).

Globaal wordt er een besparing verwacht voor het ziekenhuis bij meer kortverblijven mits voldoende kwaliteit kan worden gegarandeerd. Het is mogelijk dat kortverblijven een hogere kost voor de patiënt met zich meebrengen die in dat geval meer beroep zal doen op niet-medische zorg, alsook medische opvolging. Niettemin kan een gedragswijziging in verband met een beperking/ een afschaffing van niet-medische zorg in het ziekenhuis ervoor zorgen dat de patiënt een snellere terugkeer naar huis aanvaardt.

Elke SLEURS.
Louis IDE.
Inge FAES.
Lieve MAES.

*
* *

(1) Seminarie Universiteit Gent : «De verloskunde in beweging», 13 september 2012.

(2) Senaat, schriftelijke vraag nr. 5-4249 van mevrouw Elke Sleurs.

(3) Proefschrift Wendy Christiaens voorgelegd tot het behalen van de doctor in de sociologie 2007-2008, Universiteit Gent : «Het bevalt anders in Vlaanderen en Nederland».

(4) Idem voetnoot 2.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Le Sénat,

A. considérant que plus de 70 % des accouchements sont des accouchements physiologiques;

B. considérant que l'hospitalisation *post-partum* renferme encore une composante non médicale;

C. considérant que les soins prénatals et postnatals peuvent être organisés autrement et à plus grande échelle qu'aujourd'hui;

D. considérant que la pratique clinique des gynécologues démontre déjà clairement qu'une hospitalisation courte est déjà possible aujourd'hui, surtout pour les accouchements à faible risque;

E. considérant qu'en ces temps d'économies, nous nous devons de travailler de manière rentable;

F. considérant qu'une adaptation des tâches des différents prestataires de soins peut aboutir à une revalorisation de chacun dans sa fonction,

Demande au gouvernement :

1. de procéder, dans les six mois de l'adoption de la présente résolution, à une analyse approfondie du modèle des soins obstétricaux en vue de le réformer, laquelle réforme pourra éventuellement s'opérer en plusieurs étapes, en commençant par le court séjour hospitalier pour les accouchements physiologiques, en combinaison avec des soins prénatals et postnatals;

2. d'examiner si une hospitalisation de plus de vingt-quatre heures après un accouchement à faible risque peut être considérée comme relevant de la fonction hôtelière de l'hôpital ou bien si elle répond à une nécessité médicale (un court séjour hospitalier se définit comme une hospitalisation de vingt-quatre heures après un accouchement physiologique);

3. de vérifier si la qualité des soins durant un court séjour est aussi bonne qu'en cas de séjour plus long et si elle n'aboutit pas à des réadmissions ultérieures de la mère et/ou de l'enfant;

4. d'examiner si une meilleure organisation des soins postnatals peut constituer une compensation pour une hospitalisation de courte durée;

5. de prévoir des soins prénatals et postnatals accessibles;

6. d'examiner quelles peuvent être les économies et les avantages potentiels d'une telle mesure;

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

A. overwegende dat meer dan 70% van de bevallingen een fysiologische partus betreffen;

B. overwegende dat het postpartaal verblijf nog steeds een niet-medische component bevat;

C. overwegende dat pre- en postnatale zorg anders kunnen georganiseerd worden op grotere schaal dan vandaag het geval is;

D. overwegende dat uit de klinische praktijk bij gynaecologen reeds duidelijk is dat kortverblijf vandaag reeds mogelijk is, zeker bij bevallingen met een laag risico;

E. overwegende dat de huidige tijden van besparingen ons ertoe nopen om kostenefficiënt te werken;

F. overwegende dat een aanpassing van de taken van de verschillende zorgverstrekkers ervoor kan zorgen dat elkeen geherwaardeerd wordt in zijn functie,

Vraagt de regering :

1. om binnen zes maanden na goedkeuring van deze resolutie een grondige analyse op te starten met betrekking tot de herziening van het verloskundig model, dat eventueel in fasen kan worden opgestart, beginnend met kortverblijf voor fysiologische partus gecombineerd met pre- en postnatale zorg;

2. te onderzoeken of langer dan vierentwintig uur in het ziekenhuis blijven na een bevalling met een laag risico beschouwd kan worden als hotelfunctie of toch een medisch noodzakelijke functie heeft (kortverblijf wordt gedefinieerd als een verblijf van vierentwintig uren na een fysiologische *partus*);

3. te onderzoeken of de kwaliteit in kortverblijf even goed is als in langer verblijf en niet leidt tot heropnames van moeder en/of kind;

4. te onderzoeken of een beter georganiseerde postnatale zorg een compensatie kan bieden voor een kortverblijf;

5. te voorzien in een toegankelijke prenatale en postnatale zorg;

6. te onderzoeken wat de mogelijke besparing en voordelen hiervan kunnen zijn;

de revoir le rôle des gynécologues dans les accouchements à haut risque et celui des sages-femmes dans les accouchements à faible risque.

6 juin 2013.

de rol van de gynaecologen bij bevallingen met een hoog risico en van vroedvrouwen bij bevallingen met een laag risico te herzien.

6 juni 2013.

Elke SLEURS.
Louis IDE.
Inge FAES.
Lieve MAES.