

I. Réduction du séjour en hôpital des jeunes mamans

Conséquences de la réduction du forfait remboursé –
Incidence sur le BMF – Organisation du retour à domicile –
Nouveaux modèles de soins maternels – Projets pilotes –
Indicateurs de qualité – Continuité des soins

Question n° 910 posée le 20 mai 2016 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique, par Monsieur le Représentant THIEBAUT¹

Votre décision de réduire de quatre à trois jours le forfait remboursé aux hôpitaux pour la prise en charge d'une naissance provoque une sérieuse levée de boucliers.

Seize mois après le début de la mesure, non seulement les jeunes mamans se sentent pénalisées, mais les sages-femmes, qui soutenaient pourtant le principe d'un retour plus précoce à la maison, dénoncent les périls de cette situation.

Aujourd'hui, les hôpitaux sont confrontés à un plus grand renouvellement de patientes, à une chute du taux d'occupation et à une diminution du personnel, ce qui empêche les sages-femmes de préparer sereinement le retour des familles à domicile.

La collaboration intensifiée entre les hôpitaux et les sages-femmes, annoncée lors de la coupure budgétaire, n'arrive pas. Il me revient que certaines maternités font revenir les femmes quatre jours après l'accouchement pour effectuer des tests de dépistages néonataux.

En outre, il apparaît dans certaines régions que les mamans et leur bébé doivent faire face au troisième jour après la naissance à l'absence d'un relais professionnel à domicile.

Il règne ainsi toujours un flou énorme dans l'organisation du retour à domicile tant pour les parents que pour les professionnels de la santé. Les aspects économiques prendraient bien souvent le dessus sur la prise en charge adéquate et visant à la sécurité des familles.

1. Qu'en est-il exactement ?
2. Existe-t-il une pression à l'égard des sages-femmes afin qu'elles diminuent le temps consacré aux jeunes mères au motif qu'il y a moins d'incitant économique ?
3. Une évaluation des conséquences de la réduction du forfait remboursé aux hôpitaux pour la prise en charge d'une naissance est-elle réalisée ? Si oui, quelles conclusions tirez-vous des résultats qui en ressortent ?
4. Des mesures sont-elles prises pour améliorer l'organisation du retour à domicile des jeunes mamans et les soins apportés aux bébés ?

1. Bulletin n° 096, Chambre, session ordinaire 2016-2017, p. 184.

Réponse

Erratum:

Dans le bulletin des Questions et Réponses, n° 93 du 28 octobre 2016, pages 219 à 223, question n° 910 du 20 mai 2016, remplacer le texte de la réponse du 24 octobre 2016, par ce qui suit :

1. Tout d'abord je souhaite vous rappeler le contexte des mesures prises.

Dans le cadre de ma politique de santé, je souhaite réduire la durée de séjour en maternité et aligner la Belgique sur d'autres pays européens où la durée de séjour suivant l'accouchement est également plus courte.

En effet sur la base des données de 2011, il apparaissait que pour les accouchements par voie basse et par césarienne, la durée moyenne d'hospitalisation était, en Belgique, de 4 jours (SI mineurs) ou 5 jours (SI modérés) alors qu'elle serait de 2,1 jours dans les pays d'Europe de l'Ouest et du Nord.

Le coût en 2011 pour un séjour "moyen" était de 2.906 EUR dont 1.832 EUR de frais de séjour hospitalier, de 28 EUR de forfait médicaments et 1.041 EUR de montant moyen d'honoraires. Le gouvernement fédéral avait donc initialement décidé de prendre des mesures pour réduire la durée moyenne de séjour des accouchements ordinaires de ½ jour en 2015 et d'1 jour en 2016. Il convient toutefois de préciser que la durée de séjour réelle en maternité s'est avérée déjà être plus courte d'une demi-journée par rapport à la durée de séjour financée.

L'incidence de cette mesure sur le BMF (Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux) a été estimée à 18.727.024 EUR. La mesure budgétaire a cependant suscité de nombreuses discussions et, à la demande du secteur et du Conseil national des établissements hospitaliers, j'ai décidé en 2016 de répartir les efforts sur l'ensemble du secteur des hôpitaux. En parallèle, j'ai décidé, dans le cadre du Plan d'approche pour la réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux, de lancer des projets pilotes avec sept initiatives qui devront tester de nouveaux modèles de soins maternels pendant deux ans. En cas d'évaluation positive, le trajet de soins pourra être déployé dans tous les hôpitaux et le système de financement pourra également être modifié.

2. En ce qui concerne votre question sur la pression exercée sur les sages-femmes, je peux vous dire qu'il n'existe pas de réglementation qui impose la sortie anticipée. Mais, il faut savoir que les hôpitaux sont essentiellement financés via les sources suivantes de financement : le "Budget des Moyens Financiers" (BMF), les honoraires des médecins et paramédicaux, les forfaits INAMI et via les suppléments de chambre et autres. Le BMF est un budget qui est en grande partie calculé de manière forfaitaire. Celui-ci couvre les coûts relatifs à la prise en charge des patients hospitalisés (en hospitalisation classique ou en hospitalisation de jour). La base de calcul de ce financement est fixée par l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux.

Ce système de financement se base notamment sur le principe qu'un budget national disponible est réparti entre les hôpitaux en fonction de leur "activité justifiée" en matière de personnel soignant et infirmier et de produits médicaux. Concrètement, cela signifie qu'un hôpital n'est financé que pour les "journées" (les séjours, les admissions) qui sont justifiées.

À ces journées “justifiées” sont liés également certains autres financements (comme les forfaits INAMI, etc.). Pour calculer ou mesurer l’activité justifiée, par exemple pour les séjours en maternité, il est tenu compte de la durée de séjour dans tous les hôpitaux pour ensuite comparer chaque durée de séjour à la durée moyenne nationale. L’hôpital qui a une durée de séjour plus longue que la durée moyenne nationale ne sera pas financé pour les jours au-delà de ce qui est “justifié”.

Le système de financement “BMF” est tel qu’en principe, lorsque mon administration calculera les budgets en 2018, elle utilisera les données de l’année 2016 de tous les hôpitaux afin de les comparer à la moyenne nationale.

Étant donné que les hôpitaux savent que l’objectif du gouvernement est d’arriver à terme à une durée de séjour de 2 jours, chaque hôpital essaie déjà d’y parvenir. S’il a une durée plus longue (par ex. de 4 jours) et que la durée moyenne nationale sera de 2,5 jours, l’hôpital concerné ne sera pas financé pour la différence (à savoir 1,5 jours, qui correspond à la différence entre sa durée (4 jours) et la moyenne nationale (2,5 jours)).

Aucune réglementation n’oblige donc l’hôpital à réduire la durée de séjour à 48 heures, mais il y a bien un risque financier pour lui. Cependant, ce risque financier ne peut en aucun cas être un motif pour ne pas assurer la continuité des soins requis.

3. Comme mentionné ci-dessus, sept projets pilotes ont été lancés dans le but d’examiner s’il convient d’adapter le financement. Bien entendu, la qualité des soins est au centre des préoccupations. Une étude a révélé que la réduction de la durée de séjour ne doit pas nécessairement avoir une influence sur la santé de la mère de son enfant, sur l’allaitement ou sur le taux de satisfaction de la mère. Afin de pouvoir confirmer cela au niveau belge, des indicateurs de qualité ont été liés aux projets pilotes. Une fois les projets finalisés, ces indicateurs devront permettre de déduire quelles mesures prises par les projets pour garantir la qualité des soins postnataux peuvent être généralisées.
4. Chaque réseau est en mesure de réinvestir lui-même les gains générés par la réduction de la durée de séjour dans des mesures fixées au préalable visant à améliorer la qualité des soins postnataux. Ces mesures ont été soumises à certaines conditions, telles que le maintien du taux de participation aux dépistages néonataux, les chiffres d’allaitement, etc. En outre, des mesures de sécurité minimales ont été instaurées, telles que des sages-femmes chargées de contrôler la mère et l’enfant dans les 24 heures suivant la sortie de l’hôpital.

Les plans de soins *evidence based* sont établis et doivent être respectés. Un numéro d’appel disponible 24/7 est prévu par tous les hôpitaux. Afin de recueillir toutes les données et le suivi de la mère et du nouveau-né en *pré*, *péri* et *post partum*, un dossier patient informatisé est aussi prévu. La prise en charge au domicile sera aussi adaptée aux besoins spécifiques de la mère. Une des conditions de sortie précoce est que la continuité des soins du *post partum* à domicile soit assurée (suivi prévu avec pédiatre, gynécologue, sage-femme, médecin traitant, kiné, etc.).