



**TRAVAIL EN RÉSEAU
ET
OFFRE INTÉGRÉE DES SERVICES PÉRINATALS**

Rapport Final

Janvier 2017

Nathalie Maulet – Chercheur DRD/ONE

Anne-Françoise Bouvy – Gestionnaire de Projet DRD/ONE

Geneviève Bazier – Directrice DRD/ONE

RÉSUMÉ

La diminution de la période d'hospitalisation postnatale est une tendance globale des pays occidentaux depuis ces 50 dernières années. En Belgique, les séjours à l'hôpital lors d'un accouchement normal restent toutefois supérieurs à la moyenne globale de l'OCDE qui est de 2.9 jours pour 2013.

Depuis 2015, différents éléments structurels et conjoncturels semblent avoir contribué à l'accélération et à la généralisation du processus de réduction de la durée de séjour en maternité en Fédération Wallonie Bruxelles (FWB).

Lorsqu'elle est accompagnée par un suivi postnatal adéquat, l'hospitalisation écourtée est généralement considérée comme une alternative acceptable par les corps scientifique et médical. En outre, le suivi postnatal à domicile est généralement apprécié par les patientes.

La controverse ne porte donc pas sur les séjours écourtés en tant que tels mais sur l'organisation du suivi qui les accompagnent. En effet, ce suivi postnatal hors maternité modifie les rôles et interactions des différents acteurs de la prise en charge postnatale (patients, familles, soignants et intervenants médico-sociaux).

Jusqu'à présent, le réseau périnatal de la FWB était peu focalisé sur la période postnatale. Comme d'autres acteurs de ce réseau, l'ONE s'inquiète du risque de rupture du continuum de soins et de leur universalité. Dans le cadre d'une réflexion stratégique menée en son sein, l'ONE a lancé une recherche pour analyser l'organisation du suivi postnatal étant ou se mettant en place en FWB et proposer un modèle assurant l'intégration des services généralistes de l'ONE dans cette nouvelle configuration.

Quatre-vingt personnes ont été rencontrées lors d'entretiens semi-directifs approfondis (49 personnes des maternités et autres organisation partenaires) ou à l'occasion de cinq focus group (31 personnes de l'ONE) pour explorer l'organisation du suivi postnatal, la perception du réseau en évolution et la modification des interactions entre ses intervenants.

Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique, enrichies par les cartes du réseau schématisées par les différents participants. L'organisation du suivi par les maternités a été décrite et a fait l'objet d'une analyse comparative.

Malgré la perception de la réduction de la durée de séjour comme une mesure imposée, la plupart des maternités y ont également vu une opportunité de réorganisation de leur service périnatal. Toutes les maternités s'accordent sur le fait qu'une sortie précoce doit se préparer dès la période prénatale. En conséquence, le trajet de soins a été modifié dans la plupart des maternités. La principale modification étant l'ajout ou le renforcement des consultations SF en prénatal (préparation à la sortie et screening psychosocial). L'ONE apparaît comme une ressource-clé lorsque des vulnérabilités sont détectées. Les réunions multidisciplinaires pour 'désamorcer' une situation de vulnérabilité dès le prénatal ont souvent été (ré)activées. La SF hospitalière s'adjoit un rôle de coordinatrice et devient garante de l'organisation effective d'un suivi postnatal.

L'organisation du suivi à domicile par les maternités se caractérise par une grande diversité. Les maternités optent généralement pour une option prioritaire avec deux à trois options alternatives. Pas moins de 24 combinaisons différentes ont été dénombrées dans les 43 maternités de FWB.

En fonction de l'option prioritaire privilégiée par chaque maternité, la recherche a identifié 3 grands types d'organisation du suivi basé sur :

- la mobilité : suivi postnatal à domicile par les SF hospitalière dans le cadre de leur activité salariée,
- la délégation : suivi postnatal à domicile réalisé par des SF indépendantes ou confié à des associations de soins à domicile,
- l'intramuros : retour vers l'hôpital pour une consultation ambulatoire.

La mise en place des sorties précoces et l'organisation du suivi postnatal à domicile qui en résultent ont des conséquences sur les différents partenaires du réseau périnatal. Plus spécifiquement, cette évolution impacte sur la collaboration interprofessionnelle SF-TMS, deux professions qui ont des compétences considérées comme complémentaires pour certains et compétitives pour d'autres. Les TMS se sentent souvent démunies devant des SF, qui entrent d'autorité dans les familles pour des actes médicaux mais qui y restent pour des interventions qui font aussi partie du domaine de compétence des TMS.

Au chevauchement des compétences s'ajoute la question de la temporalité des interventions des SF et des TMS dans le continuum de soins. La différence d'horaire de travail des maternités et de l'ONE renvoie à des problèmes de collaboration, d'organisation et de continuité des services (7/7 jours pour les maternités versus 5/7 jours pour l'ONE). Les SF hospitalières conçoivent leur intervention dans le continuum de prise en charge à court terme, limitent le suivi à domicile à deux ou trois passages et, dans le meilleurs des cas, passent le relais aux intervenants de première ligne (pédiatres privés, médecins généralistes, ONE). La problématique se pose différemment pour les SF indépendantes qui inscrivent leur intervention dans un continuum de soins s'étendant jusqu'à un an. En outre, les SF indépendantes considèrent le domicile comme 'leur territoire' - les TMS aussi mais en proposant une intervention plus holistique et à beaucoup plus long terme (0 - 6 ans).

Une série de bonnes pratiques pour un agenda et un espace partagés ont été mises en évidence. Sur base des résultats de cette recherche et de la littérature scientifique, un modèle est proposé avec l'objectif global de renforcer le continuum de prise en charge postnatale tout en s'intégrant à la nouvelle configuration du réseau périnatal découlant de la réduction du temps de séjour en maternité.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les 80 participant(e)s à cette recherche qui, dans les maternités et à l'ONE, ont accepté de nous consacrer un peu de leur précieux temps. Leur vécu, leur expérience et leur réflexion ont façonné les résultats de cette recherche.

Notre reconnaissance va également aux membres du comité d'accompagnement de l'ONE pour leurs avis constructifs et encouragements partagés tout au long du processus de recherche. (Liste des membres à la page suivante)

Enfin, nous remercions les collègues de la Direction Recherche et Développement pour leur sympathie, disponibilité et appuis divers à la recherche ; notamment Madame Bazier pour ses éclairages et son suivi, Anne-Françoise pour sa gestion du projet et le renfort lors de quelques entretiens, Marianne pour les corrections orthographiques ainsi que Céline, Hanane (stagiaire) et Yasmine (étudiante) pour les transcriptions d'entretiens.

Dans un souci de respect de l'environnement, les visites des différentes maternités et autres sites ont été réalisées en privilégiant les transports collectifs.

COMITÉ D'ACCOMPAGNEMENT DE LA RECHERCHE

La recherche présentée dans ce rapport a été supervisée par un comité d'accompagnement qui a tenu des réunions bimestrielles de novembre 2015 à janvier 2017. Ce comité était composé des Collèges des conseillers médicaux ainsi que des départements et services compétents au sein de l'ONE (Département Accompagnement, Direction Médicale, service SOS enfants et Direction Recherche et Développement) représentés par les personnes listées ci-dessous.

Collège des conseillers médicaux gynécologues et sage-femme

Dr Sophie Alexander, Conseillère gynécologue Bruxelles et Présidente du Collège

Dr Dominique Chaumont, Conseillère gynécologue Brabant Wallon et Namur

Dr Gilles Ceysens, Conseiller gynécologue Hainaut

Dr Roland Fivet, Conseiller gynécologue Luxembourg

Ana Hernandez, Conseillère sage-femme

Collège des conseillers médicaux pédiatres

Dr Liliane Gilbert, Présidente du Collège

Dr Jacques Lombet, Conseiller Pédiatre Liège

Dr Docteur Waroquier, Conseillère Pédiatre Hainaut

Département accompagnement

Jean-Luc Agosti, responsable du Département de l'accompagnement

Direction coordination accompagnement

Catherine Latiers, responsable de la Direction coordination accompagnement

Chantal Guerret, coordinatrice accompagnement Bruxelles

Annick De Couvreur, coordinatrice accompagnement Hainaut

Christine Morren, coordinatrice accompagnement Liège

Moïse Schepens, coordinateur accompagnement Bruxelles

Service SOS enfants

Jessica Segers, responsable du service / suppléant : Olivier Baise, référent maltraitance Hainaut

Direction santé/médicale

Dr Marie-Christine Mauroy, médecin coordinateur

Dr Ingrid Morales, adjoint à la direction santé

Tatiana Pereira, support technique dépistage

Cédric De Jonghe, gestionnaire de projet et secrétaire des Collèges des conseillers médicaux

Direction Recherche & Développement

Geneviève Bazier, Directrice

Anne-Françoise Bouvy, gestionnaire de projet, secrétaire du Conseil scientifique

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	8
1.1. Etat de la situation	8
1.2. Contexte belge	11
2. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE	13
3. MÉTHODOLOGIE	15
3.1. Design de recherche	15
3.2. Collecte des données	15
3.3. Analyse des données	16
3.4. Concepts et définitions	17
3.5. Limites de la recherche	17
4. RÉSULTATS	18
4.1. Etat des lieux	18
<i>4.1.1. Evolution et déclencheurs</i>	<i>18</i>
<i>4.1.2. Définitions disparates des sorties précoces</i>	<i>20</i>
<i>4.1.3. Organisation des sorties précoces au sein des maternités</i>	<i>23</i>
<i>4.1.4. Organisation du suivi postnatal par les maternités</i>	<i>28</i>
4.2. Mécanismes de collaboration	36
<i>4.2.1. Une nouvelle donne au sein des maternités</i>	<i>36</i>
<i>4.2.2. Interactions entre SF et TMS</i>	<i>40</i>
5. PROPOSITION DE MODÈLE DES SERVICES ONE EN POSTNATAL	45
6. CONCLUSION	46
7. BIBLIOGRAPHIE	47

ACRONYMES

AS	Assistant social
CAT	Coordinateur Accompagnement
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébé
J*	Nombre de jour après l'accouchement (J0)
KCE	Centre Fédéral d'Expertise
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
SF	Sage-femme
TMS	Travailleur Médico-Social
UPSFB	Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges

ILLUSTRATIONS ET TABLEAUX

Illustration 1 : Evolution de la durée de séjour en maternité en Europe	8
Illustration 2: Continuum de soins de santé reproductive et infantile	10
Illustration 3 : Distribution des types d'organisation du suivi postnatal des maternités	30
Illustration 4 : Représentation globale du modèle des services ONE en postnatal	45
Illustration 5 : Représentation des trois axes du modèle des services ONE en postnatal	55
Tableau 1 : Profil des participants à la recherche	16
Tableau 2 : Durées de séjour considérées pour la 'sortie précoce' après un accouchement normal par voie basse selon le décompte appliqué dans 43 maternités de FWB	21
Tableau 3 : Typologie de l'organisation du suivi postnatal par maternités et naissances	29

1. INTRODUCTION

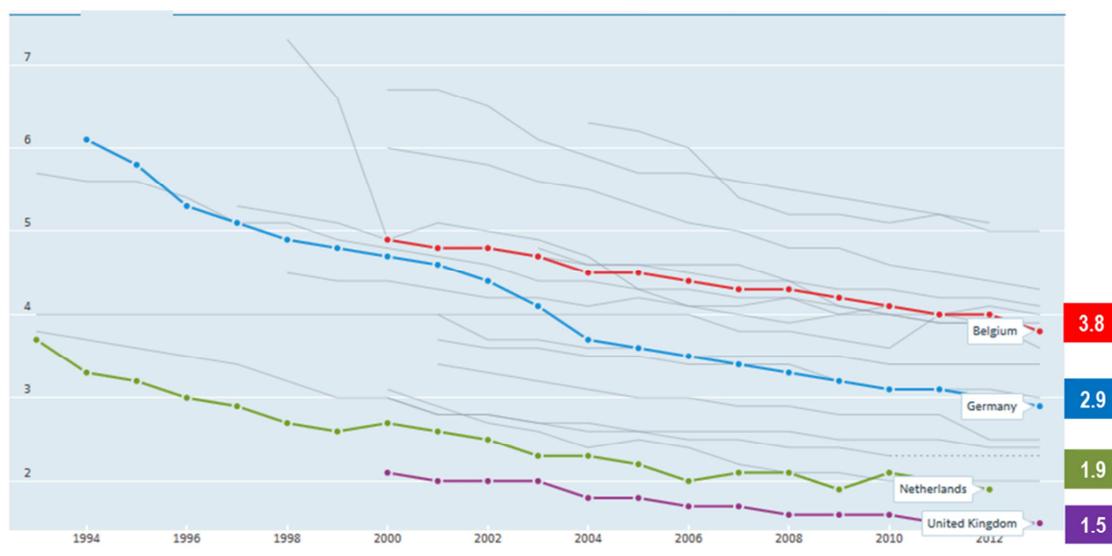
Ce rapport présente les résultats d'une recherche menée de janvier 2016 à janvier 2017 avec l'objectif de comprendre l'évolution du réseau périnatal suite à la réduction de la durée de séjour en maternité, encouragée depuis 2015 en Belgique par divers débats et mesures, et qui s'est traduit par l'émergence du phénomène des 'sorties précoces' de maternité.

L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) s'est engagé dans cette recherche-action participative pour alimenter la réflexion sur un nouveau modèle d'intervention intégrant ses services (travailleurs médico-sociaux de liaison et de secteur ainsi que médecins des consultations préventives pour enfants) dans le réseau périnatal en évolution en Fédération Wallonie-Bruxelles.

1.1. Etat de la situation

La diminution de la période d'hospitalisation postnatale est une tendance globale des pays occidentaux depuis ces 50 dernières années (Illustration 1).⁽¹⁾ En Belgique, les séjours à l'hôpital après un accouchement normal par voie basse sont passés d'une moyenne de 6.9 jours à 4 jours en une vingtaine d'années (1991-2013).^(2,3) Ils restent toutefois supérieurs à la moyenne globale de l'OCDE qui est de 2.9 jours pour cette même année 2013.⁽³⁾

Illustration 1 : Evolution de la durée de séjour en maternité (jours) en Europe en 20 ans (1993-2013)



<https://data.oecd.org>

Les données disponibles sur la santé des nouveau-nés ainsi que sur le vécu des mères qui sont sorties de l'hôpital précocement et sans aucune mesure d'accompagnement¹ plaident pour l'organisation d'un suivi postnatal.^(4,5) A notre connaissance, il n'y a pas d'étude comparative des séjours écourtés avec et sans aucune mesure de suivi postnatal.⁽⁶⁾ Une étude danoise a mis en évidence l'importance du suivi postnatal en comparant les données de santé et d'utilisation des services pendant et après une grève infirmière.⁽⁷⁾

¹ Situation dans les années 80-90 aux USA qui a eu des répercussions négatives et, en conséquence, un changement de politique pour mettre en place le suivi postnatal.

La littérature a montré que, lorsque le séjour écourté est accompagné d'une consigne de consultation de suivi à la maternité dans les jours suivants, le taux de "no-show" est élevé², notamment parmi les populations à faible revenu.(6,8)

Lorsqu'il est accompagné par au moins une visite de suivi à domicile, la durée réduite de séjour ne semble pas avoir d'effet néfaste sur la santé de la dyade mère-enfant. Les données factuelles restent cependant peu nombreuses et peu comparables.(9) Des interrogations subsistent sur l'association entre le séjour écourté en maternité et des facteurs tels que le pourcentage de réadmission des nouveau-nés, l'allaitement et la santé mentale de la mère.(10-12)

Malgré les craintes persistantes des soignants quant aux risques postpartum pour la dyade mère-enfant, cette l'hospitalisation écourtée avec suivi à domicile est généralement considérée comme une alternative acceptable.(2,10) En outre, les femmes qui en bénéficient sont globalement plus satisfaites des soins et services reçus que celles étant restées à l'hôpital.(13-15)

La controverse ne porte donc pas sur les séjours écourtés en tant que tels mais sur l'organisation du suivi qui les accompagnent.(16) En effet, ce suivi postnatal hors maternité modifie les rôles, positions et interactions des différents acteurs de la prise en charge postnatale (patients, familles, soignants et intervenants médico-sociaux).(17-19)

La période périnatale commence à la 22^{ème} semaine de grossesse et se termine à la première semaine post-accouchement (J7). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la période postnatale comme débutant à la sortie de la salle d'accouchement et s'étendant sur les 6 semaines suivantes. Cette période est scindée en 3 phases successives :(20) :

- Le postnatal immédiat (24 premières heures après la naissance – J1),
- Le postnatal médian (J2 à J7)
- Le postnatal tardif (J8 à J42). (20)

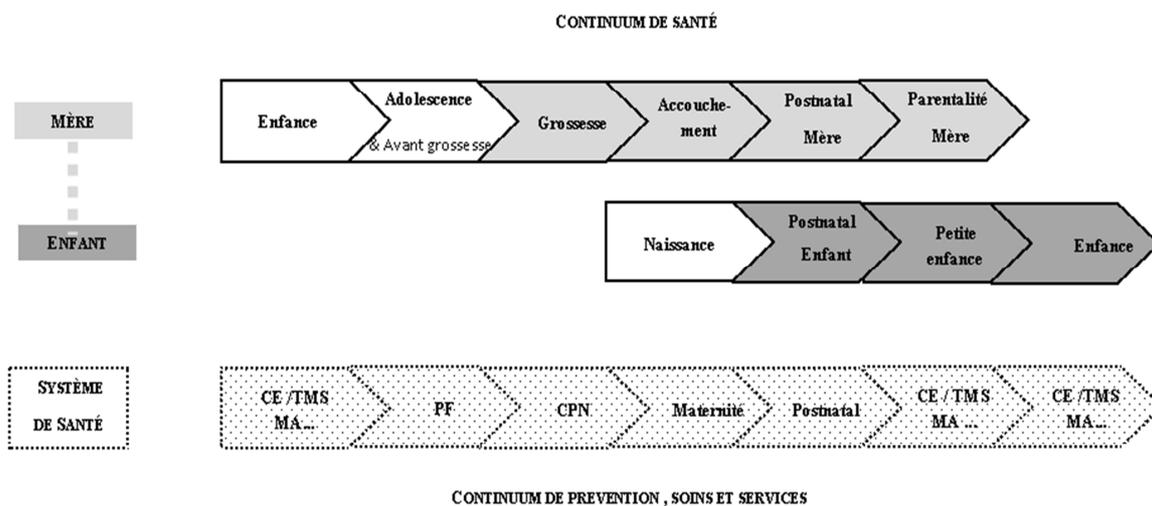
Classiquement, la période postnatale est intégrée dans un continuum de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile (Illustration 2). Ce continuum s'inspire de l'épidémiologie du cours de la vie. Il permet de mettre en évidence à la fois la dimension de temps et celle de lieux. Il peut être mis en parallèle avec un continuum de services préventifs et curatifs (consultation prénatale, suivi postnatal et social, consultation pour enfant).(21)

Ce continuum se décline dans le temps ainsi que dans différents lieux. Le principal risque lié à l'organisation du suivi postnatal à domicile est celui d'une rupture du continuum de prévention, soins et services (en termes de temps comme de lieux). Il a été mis en évidence que ce risque de rupture est plus important pour les populations vulnérables (1,6,22,23). De fait, en Belgique, il s'avère que les femmes ayant un faible niveau socio-économique sont aussi celles qui sortent le plus rapidement de la maternité.(17,24) Ce sont aussi les femmes les plus vulnérables qui ne font pas ou commencent tardivement les consultations prénatales. A notre connaissance, il n'y a pas à ce jour d'étude spécifique sur l'organisation du suivi à domicile se focalisant sur les vulnérabilités économiques et sociales.

² Le taux d'inobservance de la consultation hospitalière postnatale de la dyade mère-enfant varie de 9 à 29% au Canada.

Les programmes d'éducation anténatale ou de préparation à la naissance sont souvent présentés comme un moyen d'éviter la rupture du continuum de soins. Mais, à ce jour, seul des effets plus concrets ont pu être démontrés (réduction de l'anxiété pré- et postnatale, taux d'allaitement plus élevé, etc.).(25,26)

Illustration 2: Continuum de soins de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile



Commentaire: Le continuum de santé maternelle peut se lire en parallèle au niveau individuel et au niveau des services.

Source : inspiré de (21)

L'évaluation de la qualité des soins postnatals à domicile se résume principalement à des mesures de satisfaction des mères – plus rarement des pères – et des soignants.(19) Les facteurs de mécontentement ou d'anxiété sont souvent en lien avec des problèmes organisationnels des soins postnatals : manque d'intégration du père, avis contradictoire des différents soignants, concomitance des services, etc. (27) Des problèmes de coordination et d'accès aux soins postnatals à domicile sont également mentionnés de manière éparse.(28,29).

Comme les autres politiques d'hospitalisation à domicile, celle des sorties précoces vise à désengorger les hôpitaux dans un contexte de réduction budgétaire en lien avec le vieillissement démographique et la prévalence accrue des maladies chroniques des pays occidentaux.(30) Le suivi postnatal à domicile est organisé avec l'ambition d'offrir une qualité de soins au moins égale à celle de l'hôpital – mais à moindre coût pour le système de santé et les patients.(13,31,32).

Les Pays-Bas, la Suède, le Royaume Uni, les Etats-Unis, le Canada et l'Australie sont considérés comme des pays précurseurs en matière d'organisation du suivi postnatal à domicile. Les différents modèles qui ont été mis en place sont difficilement comparables car spécifiques au système de santé et au contexte socio-culturel.(2) Ces différents modèles ont été décrits mais font principalement l'objet d'évaluation d'impact. La littérature scientifique recommande la réalisation d'analyses organisationnelles, systémiques ou encore d'évaluation du processus du suivi postnatal à domicile. (30)

Les questions soulevées par l'organisation du suivi postnatal à domicile s'articulent à 3 niveaux interdépendants :

- Au niveau micro : la durée, la fréquence et le timing idéal des soins postnatals à domicile restent à définir. (33)
- Au niveau méso : l'organisation du système de santé se modifie et amène à réfléchir sur l'interaction de la première et seconde ligne de soins, la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle, les compétences spécifiques à développer pour le domicile, l'apparition de nouveaux intervenants (care manager/coordonateur), la complémentarité public/privé, etc.(34,35)
- Au niveau macro: la manière dont le suivi à domicile est organisé reflète la politique de santé et sociale ainsi que les normes et idéaux de la culture/société.³ (1,12)

Quatre problématiques sont transversales aux différents niveaux d'analyse de l'organisation du suivi postnatal à domicile. Il s'agit de : l'universalité des soins, de la responsabilité en cas de défaut ou inadéquation du suivi - que ce soit en terme d'accessibilité ou de qualité, de la prise en compte des vulnérabilités⁴ et de l'accompagnement psychosocial et à la parentalité.(1,28,36) Comme le risque de rupture du continuum de soins, ces quatre problématiques sont au cœur de la réflexion de l'ONE sur ses services tout au long de la période périnatale comme pendant l'enfance.(37)

1.2. Contexte belge

Dans le cadre de la réforme sur le financement des hôpitaux, le Gouvernement belge cherche à "prévenir les hospitalisations inutiles et les séjours inutilement longs en hôpital [...] en faveur de formes d'admission résidentielles ou extramurales des patients".(38) Cette réforme s'appuie sur une réflexion globale en matière de coordination des soins intra-extra murs lors des hospitalisations à domicile, principalement dans les cas des maladies chroniques mais aussi dans ceux des affections aiguës.(39)

D'un point de vue strictement médical, l'accouchement normal est défini comme une intervention standard à faible variabilité et pour lequel l'hospitalisation peut être écourtée en lien avec un suivi à domicile pendant une durée limitée.(40) La mise en place du suivi postnatal à domicile est ainsi présentée comme un "test" pour le suivi à domicile d'autres affections aiguës.(41)

Ainsi, dans sa note de politique générale, la Ministre de la Santé Publique encourage les séjours écourtés en maternité en annonçant les économies réalisées dès 2015 par 'l'alignement du financement des hôpitaux sur la durée réelle d'hospitalisation' ainsi que par l'annonce d'une future réforme réorganisant les soins postnatals à domicile en vue de l'alignement de la durée de séjour sur la moyenne de l'OCDE (3 jours).(42)

³ Normes et conceptions culturelles telles que la représentation des soins périnataux, la représentation de l'accouchement, la place de l'enfant/parents, etc.(50)

⁴ La vulnérabilité ne se pose pas ici uniquement en terme socio-économique ou de risques spécifiques (addiction, violence, etc.) mais renvoie aussi au statut du nouveau-né considéré d'office comme vulnérable et à la vulnérabilité spécifique de la mère pendant la période postnatale et selon sa parité notamment (plus grande vulnérabilité des primipares face à leur parentalité naissante).

La note de la Ministre s'appuie sur la recherche menée par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) sur l'organisation des soins postnatals en Belgique.(41) Le KCE recommande l'organisation d'un suivi médical à domicile continu et intégré, accompagné d'un monitoring de la qualité des soins. L'accent est placé sur le développement d'un "réseau périnatal" multidisciplinaire centré sur la dyade mère-enfant.

Les trois axes de développement proposés par le KCE sont :

- Un plan de suivi postnatal élaboré avec la femme au cours de sa grossesse. Cet itinéraire clinique vise à assurer à la fois la continuité des soins intra-extra muros et la prise en compte des besoins spécifiques de la dyade mère-enfant. Une réflexion spécifique sur l'égalité d'accès aux soins postnatals et la prise en compte des vulnérabilités socio-économiques a été recommandée.
- Un support important des NTIC avec un dossier de maternité informatisé comprenant le plan de suivi postnatal et, idéalement intégré au Dossier Médical Global. Ce dossier devant servir tant à la préparation des parents (considérés comme des acteurs à part entière) qu'à l'organisation des soins postnatals et à la gestion des données administratives ou épidémiologiques.
- Un coordinateur de réseau pour assurer la continuité, multidisciplinarité et qualité des soins. Ce coordinateur serait le lien entre parents et professionnels de santé et s'impliquerait de manière "élastique" selon les desideratas et besoins des parents.⁵

Le KCE recommande également la mise en place d'une nouvelle plateforme nationale de soins périnatals réunissant les différentes institutions intervenant dans les soins périnatals (Collège des médecins, Conseils fédéral des sages-femmes, INAMI, ONE/Kind&Gezin/DKF, ligue des familles, etc.). Cette plateforme, dont les compétences ne sont pas définies, serait en quelque sorte un réseau macro – englobant ou chapeautant le ou les réseaux méso.

Dans une phase initiale de la réforme, le SPF Santé Publique prévoit d'évaluer l'impact des séjours écourtés en termes de santé de la dyade mère-enfant, à travers des projets pilotes mis en œuvre par des maternités en collaboration avec d'autres acteurs de la sphère privée ou publique – notamment l'ONE pour la FWB.

En FWB, le réseau périnatal était, jusqu'à présent, peu focalisé sur la période postnatale. De par ses compétences en matière de prévention et ses services aux familles, l'ONE fait partie intégrante de ce réseau périnatal. Ce réseau est déjà en train de se modifier pour faire face au phénomène émergent des sorties précoces. C'est pourquoi, pour éviter la rupture du continuum de soins et garantir leur universalité, l'ONE :

⁵ A noter qu'il y a une certaine imprécision dans la recherche du KCE puisque le terme réseau est employé à la fois au niveau micro (réseau individuel se constituant autour de la mère) et, à la fois au niveau méso (réseau de partenaires au niveau du système de santé). Dans la présente recherche, nous nous intéressons au réseau périnatal au niveau méso (cf. notre définition en 3.6)

- Se veut particulièrement attentif à renforcer le réseau déjà existant en collaborant davantage avec les maternités, les associations professionnelles (sage-femme, gynéco-obstétricien, pédiatre, généraliste) et les autres intervenants.
- Mène une réflexion sur le rôle (institutionnel, organisationnel et de monitoring) qu'il est appelé à jouer dans la nouvelle configuration du réseau périnatal.
- Prévoit une redéfinition de ses services en maternité et à domicile pour assurer la complémentarité avec ceux existants ou se mettant en place. (37)

La recherche présentée ici a pour objectif de contribuer à la réflexion stratégique en cours au sein de l'ONE. Elle développe une analyse organisationnelle et systémique de l'organisation du suivi postnatal étant ou se mettant en place en FWB.

Après avoir précisé les objectifs et questions de recherche, le rapport synthétise la méthode de collecte et d'analyse des données⁶. La partie résultats dresse l'état des lieux du réseau périnatal en analysant l'émergence du phénomène des sorties précoces en FWB et ses conséquences en terme d'organisation du suivi postnatal par les maternités et sur le terrain par les services de l'ONE. Les mécanismes de collaboration des acteurs du réseau périnatal, directement impliqués dans le suivi postnatal, sont ensuite approfondis. Une dernière partie propose un modèle permettant aux services de l'ONE de contribuer au continuum de soins et, plus spécifiquement, à un suivi postnatal intégré et universel.

⁶ La méthode est définie in extenso dans un protocole de recherche.

2. OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Les objectifs de la recherche sont présentés dans le tableau ci-dessous avec les questions de recherche qui les sous-tendent.

Objectif A	Analyser le réseau d'acteurs se mettant en place suite à la politique de sortie précoce des maternités
	<ul style="list-style-type: none">- Etudier la dynamique du positionnement des acteurs dans le réseau périnatal- Comprendre les mécanismes de collaboration entre acteurs au sein du réseau- Identifier les pratiques (positives et négatives) mises en place par les acteurs par rapport aux 4 problématiques transversales (universalité des soins, responsabilité, vulnérabilité socio-économique et accompagnement)
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none">- Quelles sont les initiatives mises en place et quels type d'acteurs s'investissent dans la mise en place du suivi postnatal dans le cadre des sorties précoces?- Comment le font-ils et avec quels objectifs?- Quelles sont leurs réponses aux quatre problématiques transversales ?
Produits	<ul style="list-style-type: none">- Cartographie du réseau périnatal par subrégion et typologie des acteurs.- Analyse des mécanismes de collaboration entre acteurs des réseaux.- Analyse des risques de rupture du continuum en fonction de la réponse des acteurs/réseau aux quatre problématiques transversales.*
Objectif B	Proposer un modèle d'intégration des services généralistes de l'ONE dans la nouvelle configuration du réseau de périnatal
	<ul style="list-style-type: none">- Mettre en évidence l'offre de services des TMS/médecins ONE et ses potentialités dans la nouvelle configuration du réseau périnatal- Définir le rôle pouvant être joué par l'ONE dans le réseau périnatal.
Questions de recherche	<ul style="list-style-type: none">- Comment les acteurs internes et externes à l'ONE perçoivent le rôle des TMS/médecins dans le continuum de services périnatalité – petite enfance.- Par quel(s) axe(s) d'intervention l'ONE est-elle appelée à soutenir le réseau périnatal dans le cadre du suivi postnatal
Produits	<ul style="list-style-type: none">- Eléments de réflexion pour re-définir le rôle des TMS/médecins dans le réseau périnatal.- Pré-test de modèle(s) intégrant les services de l'ONE dans le réseau périnatal*- Recommandations stratégiques*

*Non réalisés à ce jour.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Design de recherche

Le design global est celui d'une recherche-action participative qui vise à comprendre et améliorer la situation ou le phénomène étudié par une proposition de transformation (structurelle, organisationnelle, des pratiques, etc.) construite avec la partie commanditaire de la recherche.⁷ Cet objectif est atteint par le développement d'un cycle d'analyse réflexif de la situation ou phénomène étudié. Les parties prenantes sont appelées à être actives dans le processus de recherche ; notamment grâce aux réflexions itératives avec le Comité d'accompagnement mis en place et les participants à la recherche. La réflexion se veut à la fois critique et 'capacitante' sur les pratiques en cours comme sur la transformation souhaitée. La recherche-action participative se caractérise également par son ancrage dans le contexte et l'expérience vécue des parties prenantes.^(43,44) L'approche est principalement qualitative.

3.2. Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée du 15 février 2016 au 28 novembre 2016. Elle a été menée par le chercheur avec un appui occasionnel de la gestionnaire de projet. Les données ont été collectées par :

- des entretiens semi-directifs approfondis avec une ou deux personnes chargée(s) de l'organisation ou de la mise en œuvre des sorties précoces et/ou du suivi postnatal de chaque maternité de FWB. Les entretiens portaient sur les changements organisationnels et de pratiques apportés au service de la maternité depuis les sorties précoces ou en vue de celles-ci, la vision du réseau périnatal sur le suivi postnatal (partenaires, mécanismes de collaboration) et les idées pour une amélioration future du suivi. Les thématiques de la collaboration avec l'ONE et la prise en charge des cas vulnérables ont été approfondies au fil des entretiens. De nouvelles thématiques ont également émergé de la succession d'entretiens réalisés par subrégion.
- des focus group qui ont permis de rencontrer les Coordinateurs Accompagnement (CAT) des six subrégions pour explorer leur expérience – et à travers elle, celle des TMS – du suivi postnatal et des collaborations avec les maternités ou autres partenaires. Les focus group ont également permis d'accéder à la vision du réseau périnatal des CAT et de recueillir leurs suggestions pour renforcer la position de l'ONE dans ce réseau.
- des cartographies sociales participatives ont été réalisées par les participants (focus group et entretiens) afin d'accéder à leur représentation du réseau périnatal et des partenaires concernés par le suivi postnatal et de leurs interactions.

Un total de 39 entretiens semi-directifs approfondis ont été menés dans les 43 maternités⁸ de la FWB. En région bruxelloise, 4 autres acteurs intervenant directement dans le suivi à domicile ont également été

⁷ Conformément aux caractéristiques d'une PAR, le chercheur est intégré à l'ONE (Direction Recherche et Développement) dont émane le besoin de recherche et de réflexion sur son rôle dans l'évolution actuelle du réseau périnatal.

⁸ Un entretien a concerné 3 maternités et un autre 2. Le seuil de saturation des données étant atteint, un entretien téléphonique a été réalisé avec la dernière maternité, il est plus succinct et n'est pas comptabilisé dans la liste des entretiens/personnes rencontrées.

rencontrés. Les entretiens ont duré en moyenne une heure et quinze minutes, ils ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Les 5 focus group ont permis de rencontrer 31 personnes de l'ONE. Ils ont duré en moyenne 2 heures, ont été enregistrés et retranscrits de manière synthétique. Le profil des participants est synthétisé dans le tableau 1 ci-dessous.

Les participants externes à l'ONE ont reçu des informations sur les objectifs et modalités de la recherche, et ont signé un consentement éclairé. Hormis les informations sur l'organisation du suivi qui sont présentées par maternité, les données et verbatim présentés dans ce rapport ont été anonymisés.

Tableau 1 : Profil des participants à la recherche

Structure	Poste occupé	N	Total
Maternités	SF chefs	29	45
	SF coordinatrices des sorties précoces / réseau périnatal	8	
	Cadres infirmier	6	
ONE	CAT	25	31
	TMS	2	
	Référents maltraitance	1	
	RRCAT et coordinateurs subrégionaux	3	
Autres intervenants (Bruxelles)	SF	3	4
	Gestionnaire de projet	1	
Grand total			80

3.3. Analyse des données

Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique et enrichies par les cartes sociales des différents participants. Les cartes réalisées par les maternités et celles réalisées par les CAT ont fait l'objet d'une analyse croisée par maternité d'abord, puis globalement par subrégion. Les données qualitatives et les cartes graphiques ont été gérées avec le logiciel Nvivo 8.

L'organisation du suivi par les maternités a été décrite et comparée à partir d'une série de variables (caractéristiques de la maternité, début et définition de la sortie précoce, trajet de soins intrahospitaliers, type de suivi extrahospitalier, services proposés en terme de prévention et lactation, partenaires du réseau, outils de gestion des données). Une base de données a été constituée et les analyses réalisées avec Stata 13.

3.4. Concepts et définitions

Le séjour écourté est défini par rapport à une durée standard qui peut varier selon les pays ou contexte. En Belgique, et pour cette recherche, les séjours hospitaliers inférieurs à 3 jours (72 heures) après une naissance normale par voie basse⁹ ou à 4 jours (96 heures) après une naissance par césarienne sans complication sont considérés comme des séjours écourtés aussi appelés sorties précoces.(2,17,45) Une naissance est considérée comme normale au terme de grossesse eutocique avec un accouchement par voie basse ou par césarienne d'un enfant à terme (37 à 42 semaines) en bonne santé et de poids supérieur à 2500 g. Dans ce rapport, les résultats présentés se rapportent toujours à une naissance normale par voie basse¹⁰. Par ailleurs, une réflexion sur la définition des sorties précoces et la terminologie utilisée est présentée dans la partie résultats de recherche ci-après.

Dans notre recherche, nous nous focaliserons sur le 'réseau périnatal' au niveau méso/systemique qui se définit comme l'ensemble des partenaires/agents du système de santé qui sont ou entrent en relations pour mettre en œuvre le suivi à domicile pendant la période postnatale.

Pour alléger le texte de ce rapport, nous utilisons quelques personnifications et raccourcis. Ainsi, plutôt que de mentionner 'le participant rencontré dans la maternité', nous faisons parler 'la maternité'. Il en va de même pour 'les participants aux focus group' est abrégé par 'Coordinateurs Accompagnements (CAT)' Le terme 'réseau périnatal' est utilisé comme s'il existait un réseau unique et unifié en FWB. Or, force est de constater qu'il n'en est rien et qu'il existe bien des réseaux périnatals différents par maternité, groupe hospitalier ou subrégion.

3.5. Limites de la recherche

Les points de vue des maternités et de l'ONE ont été privilégiés pour appréhender le réseau périnatal et l'organisation du suivi postnatal. La perception d'autres partenaires du réseau aurait certainement pu enrichir la recherche.

Les entretiens dans les maternités sont étalés sur une période de 11 mois. L'organisation des sorties précoces et du suivi à domicile dans les maternités n'est donc pas présentée avec un temps de référence unique. La perception du phénomène des sorties précoces et leur actualité a varié au cours de ces mois (paiement des pénalités, projet pilote, contestations des SF, médiatisation, etc.). Ces éléments ont pu influencer la perception et les priorités des participants. Par exemple, certaines maternités ont été visitées alors que les sorties précoces n'avaient pas encore été amorcées dans leur structure tandis que d'autres s'y investissaient déjà depuis plusieurs mois. De même, le fait de savoir qu'une maternité était sélectionnée comme projets pilote par le Ministère de la Santé a pu modifier le comportement du personnel de ces maternités ainsi que de leurs partenaires (y compris l'ONE). L'analyse a tenté de tenir compte de ces influences, mais le risque de biais ne peut être exclu.

⁹ A noter qu'en 1992, l'American Academy of Pediatrics et l'American College of Obstetricians and Gynecologists ont défini le retour précoce comme un séjour postnatal réduit à une durée de moins de 48 heures pour un accouchement par voie basse et de moins de 96 heures pour une césarienne. Ainsi, dans la littérature des pays anglophones, le séjour écourté correspond généralement à une période inférieure à 2 jours (48 heures) après l'accouchement physiologique. De plus, le décompte des heures se fait soit à partir de l'accouchement, soit à partir du premier jour après celui de l'accouchement. Cette hétérogénéité de définitions explique, en partie, la difficulté de démontrer les effets bénéfiques ou néfastes des sorties précoces sur la santé de la mère et de l'enfant.(9)

¹⁰ Il faut donc ajouter un jour aux données présentées quand des naissances par césariennes sont envisagées.

4. RÉSULTATS

4.1. Etat des lieux

Si la durée de séjour en maternité a tendance à se réduire naturellement depuis plusieurs années en Belgique, c'est en 2016 que le processus s'accélère et se généralise. Suite aux mesures du SPF Santé Publique encourageant la réduction des durées de séjour, les maternités s'exécutent - tant bien que mal pour certaines. Les évolutions et tensions de l'organisation pratique des sorties précoces et du suivi postnatal sont retracées dans un état des lieux qui met en évidence les interrelations des 43 maternités de la FWB avec le réseau périnatal en général et avec l'ONE en particulier.

4.1.1. Evolution et déclencheurs

A une exception près¹¹, toutes les maternités rencontrées entre février et décembre 2016 ont dit avoir déjà commencé ou vouloir commencer la mise en place des sorties précoces dans un avenir proche. Dans une politique de réduction des durées de séjour, quelques maternités encourageaient déjà les sorties précoces sur base volontaire depuis ces 5 dernières années¹². Mais 16 maternités ont lancé le processus en 2015 et 17 autres pendant le premier semestre 2016.

L'organisation des sorties précoces et du suivi postnatal a été assez peu anticipée avant 2016 en FWB. Dans le discours des maternités, la conjonction de quatre éléments semblent avoir contribué à l'accélération du processus de réduction de la durée de séjour, à savoir :

- La volonté de réduire la durée de séjour en maternité pour s'aligner sur la moyenne de l'OCDE qui est mise en exergue dans la déclaration politique de la Ministre de la Santé Publique comme une perspective de réorganisation des soins postnatals à venir. Cette perspective a été explorée à travers l'étude sur l'organisation des soins après l'accouchement menée par le KCE en 2014.(2)
- La réforme sur le financement des hôpitaux qui prévoit d'une part, de prendre en compte la durée réelle des séjours d'hospitalisation pour un accouchement vaginal normal¹³ et, d'autre part, d'ajuster le financement des hôpitaux sur la durée moyenne d'hospitalisation par pathologie. Les maternités ayant des durées d'hospitalisation pour l'accouchement supérieures à la moyenne nationale sont ainsi pénalisées par un 'manque à gagner' sur le budget de l'année suivante.

Le fait que cette mesure soit appliquée de manière rétroactive explique qu'elle soit perçue par les hôpitaux comme une 'amende' sur les durées de séjour dépassant la moyenne nationale de l'année concernée. Ces 'amendes' à rembourser sont d'autant plus élevées que la durée de séjour

¹¹ Il s'agit de la maternité du Centre hospitalier de Huy.

¹² Principalement en proposant un suivi postnatal à domicile par des SF hospitalières ; notamment Clinique St Luc et Cavel (Bruxelles), CHU Les Bruyères/Liège (2009), CHWAPI/Tournai (2010), Ambroise Paré/Mons (2011), St Pierre/Ottignies (2012).

¹³ La note de politique générale stipule notamment que : 'Il ressort d'un récent rapport du KCE (2014), que les femmes belges séjournent en moyenne 4,1 jours à l'hôpital à la suite d'un accouchement vaginal normal. Or, il ressort des données de facturation qu'on facture en moyenne 4,5 jours. Il faut en première instance aligner le financement des accouchements vaginaux normaux sur la durée réelle d'hospitalisation, ce qui produira pour le budget de l'INAMI une économie de 11,7 millions d'euros en 2015'. (42)

de chaque accouchement pris individuellement dépasse la moyenne nationale. Le montant de la pénalité est donc variable, d'une année à l'autre et d'une maternité à l'autre.

- Le lancement de l'appel à projet pilote 'accouchements avec séjour hospitalier écourté' par le SPF Santé Publique a encouragé la réflexion des maternités sur cette thématique à partir de juin 2015. Sélectionnées ou pas, de nombreuses maternités se sont ainsi dotées d'un projet ou plan d'action, qu'au vu des pénalités potentielles de la réforme du financement des hôpitaux, elles ont jugé judicieux de mettre en œuvre au plus vite.
- La thématique de la réduction des durées de séjour en maternité ainsi que les réactions du corps médical directement concerné (notamment les SF et les pédiatres) ont fait l'objet d'une couverture médiatique relativement importante. La question des 'sorties précoces' est ainsi réapparue de manière récurrente dans l'actualité tout au long de l'année 2016.

La conjugaison - mais souvent aussi la confusion - de ces différents éléments a créé un effet d'entraînement entre maternités. La réduction des durées de séjour s'est concrétisée de manière plus ou moins brusque selon les maternités.

En fait ce qu'il s'est passé c'est qu'on a commencé à recevoir des courriers et on entendait à la radio avec Maggie De Block comme quoi il fallait réduire le nombre de jours à la maternité. Et donc ils avaient fait un petit calcul au niveau de la direction et ils voyaient quand même qu'on dépassait un peu trop et qu'on risquait d'avoir des amendes.[...] Dans de nombreuses cliniques on commençait à parler aussi des SF qui allaient à domicile et ils se sont dit à la direction 'pourquoi pas nous?'. Et donc on a commencé à en discuter. [...] Et puis, je dois dire que la date, ce n'est pas vraiment nous, c'est la direction - vraiment la haute direction - qui tout d'un coup a décidé 'ce sera pour le [date]'. Donc on s'est retrouvé devant le fait accompli pour la maternité. (3227)

Oui, on attend impatiemment [les résultats de la sélection des projets pilotes] mais maintenant on a mis en place ce projet de manière effective déjà depuis 4 mois de toute façon. Ce qu'on attend, c'est de savoir si ça sera subventionné. (0704)

Parce qu'on n'a pas assez anticipé, on s'est retrouvée le [date] 2015 avec ma direction qui m'a dit 'maintenant, c'est J3'. X milliers d'euros à payer! Oui, mais c'est pour 2011 et ils [la direction] ont dit 'il y aura 2012, 2013, 2014... ne nous la ramène pas en 2015!' Donc les patientes sont parties, on les a mises dehors, on a triché, parfois on fait des combines qui pour moi sont scandaleuses !(1328)

L'intérêt du projet c'est qu'on vise la réduction de la durée de séjour mais c'est surtout une meilleure prise en charge des patientes. C'est le but. Parce qu'ici, ces derniers mois, on a fait sortir les patientes au J3, mais parfois elles sortent sans suivi et le pédiatre revoit seulement l'enfant au J10, il n'a plus été pesé et tout... (4214)

La réduction des durées de séjour en maternité s'est imposée au fil de l'année 2016 comme une évolution inéluctable en FWB. Elle se cristallise par le phénomène dit des 'sorties précoces'. Ce phénomène peut être considéré comme émergent, c'est-à-dire qu'il se produit lorsque des interactions complexes entre différentes unités/acteurs perturbent le système et l'amène, par un processus d'auto-organisation naturel (non dirigé), dynamique et réflexif, à fusionner en quelque chose de nouveau.(46)

Les acteurs du réseau périnatal participent à cette émergence avec des degrés de réflexivité différents : certains agissent consciemment sur le phénomène lui-même tandis que d'autres ne font que réagir aux résultats de celui-ci. Paradoxalement, il est construit tant par les acteurs qui le perçoivent comme une opportunité de développement que par ceux qui le considèrent comme une menace pour leurs rôles et responsabilités. Par exemple, la mise en avant de la présente recherche par l'ONE comme les prises de positions défensives de l'UPSFB ont très probablement contribué à l'accélération et la généralisation de la réduction des durées de séjours. Par rétroaction, ces acteurs sont également influencés par cette accélération et sa généralisation.

Phénomène émergent, les sorties précoces restent encore mal définies et leurs effets sur l'organisation des soins comme sur celle du réseau périnatal sont complexes et comportent donc un certain degré d'incertitude.

4.1.2. Définitions disparates des sorties précoces

La définition de la durée de séjour en maternité – et donc celle de sortie précoce – connaît des interprétations diverses en Belgique¹⁴. Deux tiers des maternités (28/42, 67%) considèrent la naissance de l'enfant comme le début du compte à rebours, le tiers restant se réfère à l'admission à la maternité (15/42, 36%). En outre, le décompte est parfois enclenché à partir d'une limite temporelle (midi/minuit, 14 ou 18 heures) fixée en fonction de différents critères d'organisation des soins (résultats du labo, ≥ 72 heures pour le Guthrie) ou, plus rarement, d'organisation du service (nettoyage de la chambre). Enfin, l'unité de décompte de la sortie varie également : le jour, la nuit ou l'heure.

Indépendamment du mode de décompte, l'expression 'durée inférieure à 3 jours' définissant la sortie précoce est interprétée plus ou moins strictement par les maternités. Plus de la moitié d'entre-elles la considérant plutôt comme borne maximale (22/42, 55%). Par ailleurs, quelques maternités ont fixé des délais différents pour les multipares et les primipares (qui bénéficient généralement d'un jour supplémentaire).

Dans les faits, la combinaison de ces différents éléments rend certaines sorties bien plus 'précoces' que d'autres, comme mis en évidence dans le tableau 2.

¹⁴ En Belgique comme ailleurs, tel que mis en évidence par la revue systématique de Cochrane sur les sorties précoces de maternités. Cette définition variable, voire floue, réduit les possibilités d'études comparatives.(9)

Tableau 2 : Durées de séjour considérées pour la ‘sortie précoce’ après un accouchement normal par voie basse selon le décompte appliqué dans 43 maternités de FWB.

Base de calcul des durées de séjour	2 jours	3 jours	3.5 jours	Total
A partir de l’admission à l’hôpital	5	9	*1	15
A partir de la naissance de l’enfant	15	13	0	28

*Il s’agit de la maternité qui a décidé de ne pas s’engager dans un processus des sorties précoces à ce jour.

Commentaires : Selon la durée du travail d’accouchement des patientes, les 5 maternités surlignées en gris sont susceptibles de faire sortir leurs patients sensiblement plus vite que les 13 maternités surlignées en noir.

La plupart des personnes rencontrées dans les maternités connaissent la définition ‘officielle’ des sorties précoces telle qu’entendue par le SPF Santé Publique et définie par le KCE (strictement inférieure à 3 jours de séjour à partir de l’admission) mais très peu l’appliquent parce qu’elles la jugent non-opérationnelle, voire dangereuse.

Par ailleurs, les maternités ont développé les pratiques suivantes pour ‘gagner du temps sur la durée de séjour’ avant la naissance :

- Faire entrer les patientes à minuit pour une induction ; pratique qui existait déjà mais qui semble être renforcée par le phénomène des sorties précoces.
- Procéder à l’admission des parturientes quelques minutes avant l’accouchement alors qu’elles se trouvaient effectivement déjà dans la maternité, en travail, depuis parfois plusieurs heures. Cette pratique nécessite un aménagement de la facturation des actes posés et ne laisse pas les soignants sans inquiétude quant à leur responsabilité en cas de problème pendant ces heures de présence officieuse.

Enfin, une dernière pratique signalée par les maternités est celle des patientes qui, apprenant la durée de séjour réduite, refusent de se faire admettre et préfèrent rester ‘dans la voiture, sur le parking de l’hôpital’ ou rentrer chez elles quelques heures avant de revenir accoucher à la maternité. Cette pratique n’est pas encouragée par les maternités et semble avoir diminué au cours de l’année 2016 avec l’information accrue sur les sorties précoces diffusées dans les médias et, surtout, lors des CPN.

Elles [les parturientes] économisent le temps qu’elles passeraient en travail à la maternité pour avoir plus de temps après. Et pour pouvoir éventuellement gagner une nuit. Parce qu’évidemment, on ne va pas faire sortir les patientes à 3heures du matin. Donc celles qui ont accouché après minuit, elles sortent le lendemain, enfin le lendemain 3 nuits plus tard. C’est de nouveau un truc débile, quoi! Certaines viennent se faire examiner en disant : ‘non, non, je ne rentre pas, je ne rentre pas en maternité’. Et elles retournent chez elles à la maison...(0305)

Ce qu’il se passe dans la maternité de X, c’est que le décompte se fait à l’admission. Alors, les mères attendent dans la salle d’attente – pliées en deux – qu’il soit minuit et une minute pour rentrer [se faire admettre] !(FC5)

Confrontés à la multiplicité des définitions, les auteurs de la revue systématique de Cochrane sur les sorties précoces les ont définies comme ‘le congé hospitalier accordé plus tôt que celui accordé pour les soins standards là où se déroule l’intervention qui y est implantée’.(9) L’accent est donc à mettre sur la réduction de la durée de séjour par rapport à la norme de l’institution ou du pays ; étant entendu que cette modification par rapport à la norme n’est qu’une transition jusqu’à l’établissement d’une nouvelle norme. Le seuil minimal de la durée de séjour en maternité - sans conséquence pour la santé de la mère et de l’enfant tant qu’elle est accompagnée d’un suivi postnatal adapté - a été fixé par l’OMS à 24 heures post-accouchement (soit la période postnatale immédiate).(47)

Conscient de la connotation négative de l’expression ‘sorties précoces’¹⁵ souvent interprétée dans le sens de ‘prématurées’, les maternités (et les autres acteurs du réseau périnatal) tentent parfois de la remplacer par des synonymes tels que ‘sorties anticipées’, ‘sorties accélérées’ ou encore ‘séjours écourtés’.¹⁶ Ceux-ci renvoient cependant toujours à l’idée d’une différence par rapport à la norme – et donc à une perception d’anormalité.

Je pense que les mots ont leur importance. Et, vis-à-vis des patientes, utiliser une nomination qui ne sous-tend pas quelque chose de négatif, c’est très important. Si vous dites à quelqu’un ‘vous aller retournez précocement chez vous’ ou si vous lui dites ‘on va préparer votre sortie et vous aurez un retour à la maison qui sera planifié avec votre SF’ - ce n’est pas la même chose, c’est totalement différent pour les patientes. Or, dans la presse je ne vois que ‘retour précoce’.
[Rires] (4401)

Dans le cadre de son projet ‘retour au nid’, la maternité de l’Hôpital Erasme a choisi de bannir l’expression ‘sorties précoces’ et lui préfère le terme ‘retour planifié’. Sans faire ce choix terminologique, d’autres maternités envisagent d’étendre le suivi postnatal à domicile à toutes les sorties - qu’elles soient ‘précoces’ ou pas – considérant que ce suivi est bénéfique pour les patientes et qu’elles y ont droit. Cette perception du suivi postnatal à domicile comme un droit ‘universel’ peut s’interpréter comme les prémices d’une évolution de la norme. Elle est aussi significative du virage ambulatoire du système de santé actuellement en cours.

Les sorties précoces c’est le futur des soins et l’hôpital va devoir s’adapter. On va devoir fermer des services, sélectionner et se spécialiser. Il y a déjà de plus en plus de ‘one day’... Deux jours pour un séjour en maternité, ce n’est pas effrayant ; il faut juste bien s’organiser. Deux jours pour une prothèse de hanche, ça c’est effrayant ! (0415)

Enfin, elle [la patiente] ne passe plus rien comme temps à l’hôpital. Donc, c’est quelque chose qu’on a dû, c’est une gymnastique qu’on a dû faire acquérir à toute l’équipe. Bon, ça a été

¹⁵ On peut s’interroger également sur la traduction française de l’expression ‘early maternity discharge’ : le sens premier de ‘early’ étant bien ‘de bonne heure’ et non pas ‘avant l’heure’ comme l’implique le terme ‘précoce’ dans ce cas. Qui plus est, dans le milieu hospitalier, le terme ‘précoce’ est connoté négativement (grossesse précoce, déclenchement précoce, naissance précoce) puisqu’associé aux notions de risques accrus et de prématurité. Ceci n’est, par exemple, pas le cas dans d’autres milieux ou disciplines. Ainsi, un enfant déclaré ‘précoce’ par un psychologue fera la fierté de ses parents, le terme ‘précoce’ étant ici compris comme un comparatif (‘en avance’ par rapport à son âge/aux autres). Même les alertes précoces en gestion de la paix ou de l’environnement sont considérées comme des opportunités de s’organiser et éventuellement de prévenir la catastrophe.

¹⁶ Nous continuerons à utiliser l’expression ‘sorties précoces’ dans ce rapport puisqu’il reste usuel à ce jour en FWB et est aussi celui utilisé par la majorité des personnes rencontrées lors de cette recherche.

un peu dur au début, je veux dire puisqu'on commençait au 1^{er} janvier. Mais on a un feed back de la cellule qualité et, à partir du mois d'avril, on a vu que c'était vraiment efficace au niveau de la prise en charge. Donc on n'a presque plus de pénalités par rapport aux jours dépassés. (4112)

Donc, les acteurs ce sont la SF, le gynécologue, le médecin généraliste, la TMS/ONE. Alors il y a aussi beaucoup de coordination en interne autour du secrétariat, avec moi donc parce qu'il faut évidemment prendre les rendez-vous, changer les rendez-vous, vraiment adapter les rendez-vous à l'état de santé de la patiente. (2626)

Dans la réforme hospitalière en cours, les sorties précoces de maternité sont en effet présentées comme un exemple 'd'affection aiguë' pouvant démontrer l'intérêt d'une bonne coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires.(41) Mais l'accouchement est une 'affection aiguë' qui se caractérise par une double imprévisibilité. Une imprévisibilité temporelle quant au déclenchement du travail et à sa durée mais aussi une imprévisibilité quant à son déroulement et ses conséquences psychologiques (et dans une moindre mesure physique) pour la dyade mère-enfant.

Plusieurs études sur les visites à domicile en Angleterre et au Canada ont mis en évidence qu'il n'existe pas de moyen efficace de prédire quand exactement les difficultés surviennent après la naissance, ni qui les vivra.(31,36,48) Cet argument est d'ailleurs utilisé dans le plaidoyer pour des services postnataux universels. Cette imprévisibilité est un facteur qui complexifie l'organisation des sorties précoces et du suivi postnatal pour les différents acteurs du réseau périnatal.

4.1.3. Organisation des sorties précoces au sein des maternités

Malgré la perception de la réduction de la durée de séjour comme une mesure imposée, la plupart des maternités y ont également vu une opportunité de réorganisation de leur service périnatal. Le souci exprimé en priorité est celui de la qualité des soins. La nécessité de prodiguer des soins de qualité dans un laps de temps réduit a poussé les maternités à examiner l'opportunité des soins et la réceptivité des patientes à différents moments du trajet de soins. Cette réflexion a amené à des modifications du trajet de soins en prénatal comme en postnatal. Elles sont synthétisées ci-après en mettant en exergue les interrelations avec les services intrahospitaliers de l'ONE.

On veille vraiment à ce que la qualité de soins soit maintenue. Voire même, je pense que pour certaines choses, on va probablement y gagner. Parce qu'on est en train de tout réorganiser, de se poser des questions importantes, de mettre en place des outils qu'on n'avait pas toujours avant. Donc, par exemple, je pense qu'en terme de qualité de l'information en prénatal, on va y gagner. (3635)

Toutes les maternités s'accordent sur le fait qu'une sortie précoce doit se préparer dès la période prénatale. En conséquence, le trajet de soins a été modifié dans 28/42 (67%) des maternités. La principale modification étant l'ajout ou le renforcement des consultations SF en prénatal.

Ainsi, 31/42 maternités ont désormais au moins une consultation SF en prénatal. Le schéma classique étant d'ajouter une consultation à la fin du deuxième et une autre à la fin du troisième trimestre de grossesse. (S20-28 et S30-36).

La première consultation s'inscrit dans la réflexion sur un projet de naissance avec la mère, mais un 'screening psychosocial' y est souvent ajouté. Les maternités ont parfois émis le souhait d'avoir un appui de l'ONE pour ce screening voire – plus rarement – que celui-ci soit directement réalisé par l'ONE.

Et du coup on va les orienter après cette consultation SF, par le biais d'une coordinatrice, qui va aider à faire suivre les choses vers le service social, vers l'ONE, vers les consultations d'allaitement, vers les psychologues. [...] Alors évidemment les mamans vulnérables, ça va pas être nos candidates favorites pour un retour précoce. Mais de toute façon qu'elles sortent tôt ou pas tôt, il faut que les choses soient prises en main. Parce que la situation actuelle c'est qu'il y a des choses qui ont été dépistées avant mais il n'y a personne qui bouge... [...] Et on a des situations invraisemblables et on imagine qu'en 4 jours on va devoir régler les choses ! C'est un problème. [...] Donc cette consultation SF pour les retours précoces va nous permettre aussi d'anticiper tout ce qui est difficultés et prise en charge. (0803)

Toujours est-il que dès qu'il y a suspicion ou détection d'une vulnérabilité psycho-sociale, l'ONE (CPN ou liaison) apparait comme une ressource-clé (avec l'assistante sociale)¹⁷. En conséquence, un cas vulnérable détecté en prénatal est généralement - et quasi automatiquement - référé vers l'ONE. A l'inverse, quelques maternités ont profité de la réorganisation du trajet de soins pour généraliser le passage par les services intrahospitaliers de l'ONE.

Elle [la patiente] a droit systématiquement à un rendez-vous chez les TMS de l'ONE. [...] Parce qu'on estime que l'ONE ce n'est pas justement pour s'occuper des problèmes, avant c'était un peu l'étiquette de l'ONE à l'hôpital, c'était : 'on vous envoie les cas sociaux'. On essaye maintenant que ça ne soit plus ça, mais que ça soit vraiment : 'on vous envoie une femme enceinte'. Et on a de la chance maintenant d'avoir des AS pour que les TMS de l'ONE ne jouent plus ce rôle-là mais plutôt vraiment un rôle de prévention, de préparation à la venue du bébé. (0913)

La consultation SF en fin de grossesse est généralement utilisée pour préparer la patiente à son retour à la maison. L'activation du réseau familial et la connaissance du réseau soignant de première ligne (SF > pédiatre > médecin généraliste > ONE) et de seconde ligne (urgence maternité) est vérifiée. Les informations anciennement données pendant les J4 et J5 d'hospitalisation sont communiquées de manière anticipée (sommeil, bains, alimentation) pendant la consultation. Il en va de même pour les brochures

¹⁷ En prénatal, la référence des cas vulnérables vers l'ONE semble être la règle. Néanmoins, dans quelques maternités, c'est l'assistante sociale (AS) qui sera contactée en priorité et coordonnera directement le dossier en faisant appel aux autres partenaires en seconde instance (ONE, associations, etc.). Mais, les SF rencontrées considèrent que cette configuration reste exceptionnelle et est due principalement aux capacités et à l'implication hors du commun de l'AS de la place.

d'information, qui ont été revues ou sont en cours de révision par les maternités, et sont distribuées en prénatal. Les brochures de l'ONE sont souvent incluses dans ces 'packs d'information' révisés.¹⁸

A ce trajet de soins 'standard' s'ajoute également des séances d'information collective, en petit groupe ou individuelle dans le cadre de la préparation à la naissance. La plupart ont été ou sont également en cours de révision pour mieux informer les futurs parents sur la durée de séjour et le retour à domicile. Nous ne les détaillons pas ici parce qu'elles sont très diversifiées et généralement facultatives pour les patientes – bien qu'essentielles pour la maternité et les SF hospitalières (cf. point 4.4 ci-après). Les TMS/ONE y interviennent souvent en binôme avec la SF.

Tout au long du trajet de soins périnatals, un accent particulier est placé sur la responsabilisation des patientes (et plus rarement celle de leur conjoint). Selon les caractéristiques et philosophies des différentes maternités, cela se manifeste par l'utilisation d'outil d'habilitation des patientes (check-list par mois, chèque-cadeaux services, etc.) mais aussi par des outils au caractère plus impératif tel que la transmission ou la signature anticipée d'un accord, engagement, consentement ou 'contrat' de sortie précoce par la patiente (11/42 maternités).¹⁹

Le schéma classique décrit ci-dessus se décline en de nombreuses variantes. Outre la qualité des soins, le souci général est 'd'éviter que les femmes passent entre les mailles du filet' sans que ne soient prises en compte leur vulnérabilité psychosociale éventuelle. Le 'filet' a donc été consolidé par la réorganisation du trajet de soins, les initiatives diverses de responsabilisation des patientes en prénatal et la multiplication des séances d'information. Les mécanismes de collaboration multidisciplinaires intra hospitaliers ont été ravivés et les critères de sortie révisés et renforcés. Les maternités se sentent assez démunies face à la détection des vulnérabilités psychosociales de leurs patientes. En conséquence, elles se sont souvent tournées vers l'ONE pour les appuyer à ce sujet (demande d'avis, d'outils, de grille, etc.)

La situation est plus difficile à gérer quand une vulnérabilité survient ou est détectée à l'accouchement. Dans le meilleur des cas, la patiente restera 'le temps de mettre en place ce qu'il faut' parfois en bénéficiant des formules 'hôtel' (mère accompagnante du bébé restant en maternité ou, plus rarement l'inverse). Dans le pire des cas, elle sortira sans mesures spécifiques.

Bon évidemment, le risque aussi par rapport à cette durée de séjour très courte, c'est qu'on détectait parfois pas mal de chose durant le séjour hospitalier, des comportements bizarres, étranges de la maman qui nous mettaient parfois la puce à l'oreille. Que le gynéco n'a même jamais rien remarqué durant toutes les consultations. Donc parfois c'est dur. (4142)

Il est à noter que les 4 projets pilotes sélectionnés par le SPF Santé Publique ont établi des critères très stricts qui excluent les cas considérés comme vulnérables (notamment la détection tardive de vulnérabilité, les mères adolescentes, isolées, sans mutuelle, etc.). Les critères d'exclusion semblent être

¹⁸ Notamment les brochures ONE signes d'alarme et sommeil de l'enfant.

¹⁹ Impératif car ces 'contrats' même s'ils n'ont pas de valeur légale sont perçus comme tels par certaines patientes. Le service juridique de l'ONE a notamment reçu une demande d'information d'une future maman à cet égard. Dans cette tendance, une maternité a spécifiquement expliqué qu'une patiente qui ne suivrait pas bien le trajet de soins (n'honorait pas tous ses rendez-vous en prénatal) n'aurait pas le droit de sortir précocement.

moins stricts dans les maternités non sélectionnées qui s'inquiètent des pénalités tandis que les maternités réalisant un projet pilote se concentrent sur les indicateurs de suivi et évaluation.

Mais par rapport à cette pression financière, il faut rester dans une philosophie de soins. Dans la pression financière du ministère [Santé Publique] il y a quand même des critères de qualité qui doivent être ou qui vont être déterminés et auxquels on doit être attentif.(3538)

Après la naissance, la sortie précoce reste évidemment soumise à l'accord du gynécologue, du pédiatre et, dans de nombreuses maternités, à celui de la SF. Il est intéressant de noter qu'outre les critères cliniques (allaitement, attachement mère-enfant, etc.), la SF a pour rôle de donner un avis sur les critères psychosociaux 'parce que c'est elle qui connaît le mieux la patiente' mais aussi parce que c'est désormais la SF qui est garante de l'organisation effective d'un suivi postnatal, de l'articulation du continuum de soins intra-extra hospitaliers (ou dans certains cas hospitaliers-ambulatoires), voire du relais vers d'autres acteurs intervenant à domicile. Pour les SF/maternités, le trajet de soins ne se termine plus à la sortie de la maternité mais est prolongé par l'organisation du suivi postnatal à domicile ou en ambulatoire.

Le rôle de la maternité c'est de s'assurer qu'elle a bien pris tous ses repères dans le réseau. Réseau - qui est facilité par le fait qu'elle trouve tout ici [hôpital] ou complété par différents organismes externes - mais la maternité en tant que telle ne va s'occuper que des 48h critiques et des 10 jours [nécessaires] pour lancer le processus. (1532)

Le trajet, il est prévu jusqu'à un mois après la naissance, mais on ne va pas téléphoner à chaque patiente [...] mais si il y a un Guthrie qui a été mal fait ça revient chez nous, les mamans téléphonent aux coordinatrices en cas de problème, les SF extérieures téléphonent aux coordinatrices en cas de problème.[...]Après, il ne faut pas faire d'hospitalo-centrisme, il faut vraiment accepter de jouer le jeu et la délégation vers l'extrahospitalier même si on met certaines barrières et certaines sécurités, quoi. Il faut donc organiser tout bien en anténatal pour qu'après ça roule et que, en fin de compte, on ne devrait avoir que les réadmissions des situations qui posent vraiment problème. (0704)

Je pense que la responsabilité, elle va plus loin que l'hôpital. La patiente a plein de questions, ça rentre dans une démarche qualité. Avant on avait du temps pour bien démarrer. Maintenant, on a juste une vision de 48 heures, c'est court. Je pense que cela fait partie de la responsabilité de chacun de voir si elle est bien prise en charge, même prise en charge tout court. C'est pour ça que nous on la fait sortir avec un rendez-vous qu'on a pris nous, parce qu'on n'a pas envie qu'une maman quand elle rentre à la maison commence à chercher quelqu'un. Si la première SF ne sait pas passer, on contacte la deuxième, puis la troisième jusqu'au moment où on trouve quelqu'un pour cette maman, qu'il y ait un suivi. (2418)

La question de la responsabilité reste cependant assez floue. Le trajet de soins se prolonge, mais la responsabilité de la maternité s'arrête 'à la porte de l'hôpital'. En fait, elle est transférée à la personne chargée du suivi à domicile. Les maternités souhaitent néanmoins 'établir une relation de confiance'

voire garder un certain ‘contrôle’ sur ce qui est fait et de la qualité de ce qui est fait. L’argument de garantir la poursuite de la philosophie de l’hôpital – notamment mais pas seulement en terme d’allaitement – est souvent mis en avant.

Le degré de contrôle varie fortement d’une maternité à l’autre. Il se met en place aussi bien en prénatal (sélection des SF partenaires, convention, type d’assurances, liste des actes à réaliser, etc.) qu’en postnatal (fiche de liaison, vérification des Guthries, plate-forme informatique, feed-back ou enquête de satisfaction des patientes, etc.). Cette volonté de ‘contrôle’ est aussi l’argument invoqué par la plupart des maternités ayant choisi l’option de confier le suivi à domicile à leurs SF hospitalières. (cf. point 4.1.4 ci-après)

Des SF complètement extérieures à notre équipe, il y en aura très peu. [...] Nos SF elles connaissent déjà les intervenants. Même pour les pédiatres et les gynécologues, c’est rassurant de savoir que les SF indépendantes [complémentaires] sont des SF qu’ils côtoient, à qui ils font confiance évidemment. (3635)

On a voulu faire des conventions entre la SF qui va prendre en charge notre patiente à nous, mais pour finir, on ne peut pas faire ça parce qu’on ne peut pas imposer notre philosophie à quelqu’un qui travaille comme indépendante. Donc notre choix c’est de travailler avec des gens avec qui on a confiance et qui ont une philosophie qui correspond à la nôtre. Je ne sais pas si c’est la bonne solution mais, pour l’instant, je n’en ai pas d’autre... Et on a peu de retour de bébés en néonate, déshydratés ou autres. (0206)

Ma responsabilité morale est engagée. Oui, parce qu’on se dit qu’on les accueille au mieux et après ça on s’inquiète de la suite. Alors c’est vrai c’est un deuil qu’il faut faire et se dire : ‘elle sort, et voilà elle sort, et ce n’est plus notre problème’. En pratique ça le sera quand même, parce que s’il y a un problème elle revient chez nous.(0803)

C’est plus notre problème, quand elle est sortie : il y avait ça et ça comme données, on a organisé un relais et donc il y a des choses qui se sont faites, voilà ! (0510)

La stratégie pour organiser les sorties précoces de maternité peut se résumer par les termes détection et anticipation. Détection des risques psychosociaux en prénatal et anticipation avec une prise en charge des risques éventuels pour permettre une sortie précoce. Reste l’articulation intra-extra hospitalière pour le suivi postnatal. En procédant par cercles concentriques au départ des maternités, le point suivant analyse les différents types d’organisation du suivi postnatal et offre une vision globale de la réponse des maternités et de l’activation des autres acteurs du réseau périnatal pour faire face au phénomène des sorties précoces en FWB.

4.1.4. Organisation du suivi postnatal par les maternités

Les maternités qui avaient déjà mis en place un service ou une collaboration pour le suivi à domicile se sont contentées de l'élargir ou d'y apporter quelques révisions. De même, les maternités avec le label IHAB se sont souvent senties préparées et ont renforcé les collaborations en cours avec leurs partenaires extérieurs à la maternité. L'annexe 1 présente une synthèse des trajets de soins et de l'organisation du suivi à domicile décrit par chaque maternité.

Concrètement, six options s'offrent aux maternités pour organiser le suivi postnatal après une sortie précoce ; à savoir :

- Option A : Création d'une équipe mobile au sein de la maternité avec un suivi assuré par des SF hospitalières salariées. Cette option est jugée idéale par la majorité des personnes rencontrées, elle se pose aussi comme un argument pour attirer les patientes vers la maternité (surtout en zone urbaine, quand les maternités sont proches et 'en concurrence'). Néanmoins certains doutes subsistent sur sa rentabilité – surtout pour les maternités ayant moins de 1000 naissances/an²⁰. L'équipe mobile intervient généralement dans une zone limitée (15 à 40 km autour de la maternité).
- Option B : Le suivi est confié aux SF de la maternité qui exercent une activité de SF extra-muros en tant qu'indépendantes complémentaires. Comme la précédente, cette option se veut une garantie de la continuité de la prise en charge intra-extra muros, à la différence qu'elle n'engage ni le budget, ni la responsabilité de la maternité.
- Option C : Le suivi est confié à une association de SF indépendantes (ces associations regroupent des SF indépendantes et, parfois également des SF indépendantes complémentaires travaillant par ailleurs dans une maternité). Pour les maternités, l'avantage de cette option est d'avoir affaire à un intervenant unique ainsi qu'une permanence de service (7/7jours). Toutefois, avec la généralisation des sorties précoces, l'offre n'arrive plus à couvrir la demande dans tous les cas. Les associations de SF indépendants sont développées en zone urbaine. Elles se sont renforcées (Bruxelles, Namur) ou ont été créées (Liège)²¹ à la faveur du phénomène des sorties précoces.
- Option D : Le suivi est confié à une SF indépendante travaillant en 'solo', généralement connue de ses collègues hospitalières ou dont le profil a été validé par elles avant d'être sur 'la liste' des SF susceptibles de se voir confier le suivi d'une patiente. Dans quelques cas, quand le domicile de la patiente est excentré ou hors zone (autre subrégion), les SF indépendantes sont identifiées directement via le site internet de l'UPSFB.
- Option E : Le suivi est confié à une centrale de soins et/ou services intervenant déjà dans le cadre des hospitalisations à domicile. L'organisation du suivi à domicile est ici sous-traitée à la

²⁰ Soit 7 maternités sur les 17 ayant choisi cette option pour le suivi postnatal.

²¹ A la faveur du phénomène des sorties précoces et sur demande de la maternité dans le cas de Liège.

centrale qui garantit la prestation et donne un feedback à la maternité. Certaines centrales ont engagés des SF salariées, d'autres ont un rôle d'intermédiaire et contactent les SF indépendantes (option B ou C) pour assurer le suivi. Cette option ne se rencontre à ce jour qu'à Bruxelles, il s'agit des associations : Soins chez soi, Aremis ainsi que Centrale de Services et de Soins à Domicile (CSD)

- Option F: le suivi est organisé intramuros par l'ouverture d'une consultation postnatale (pédiatrique et/ou SF) ou d'un dispensaire. Les patients sont invités à revenir le lendemain ou surlendemain de leur sortie de maternité.

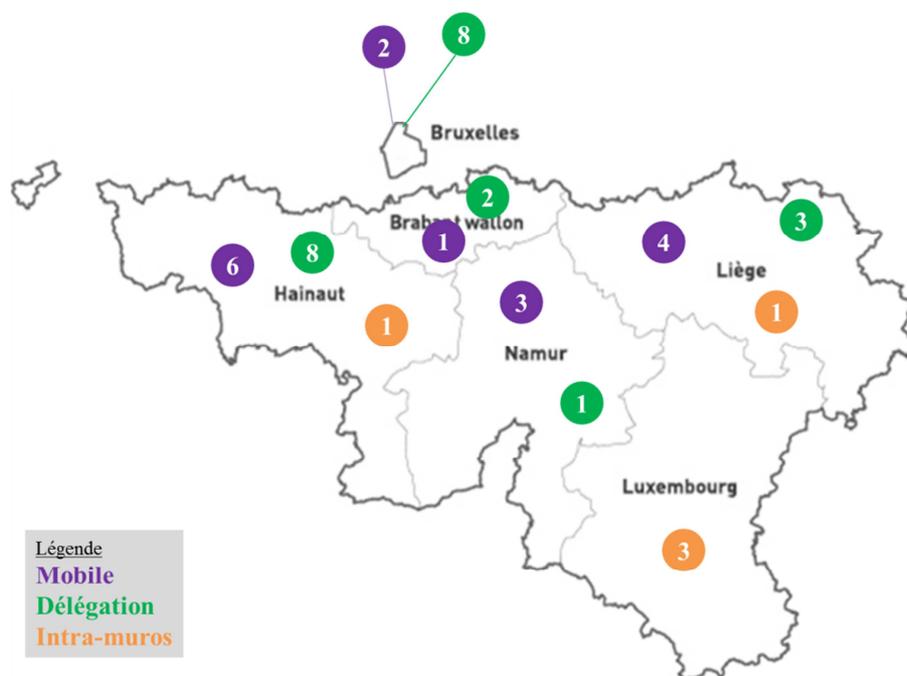
L'organisation du suivi à domicile par les maternités se caractérise par une grande diversité. Les maternités combinent ces différentes options dans une formule ad hoc. Une formule regroupe généralement une option prioritaire et deux à trois alternatives. Pas moins de 24 formules différentes ont été dénombrées dans les 43 maternités de FWB. La formule de chaque maternité est spécifiée dans le tableau descriptif en annexe 2.

L'analyse de ces 24 formules en fonction de l'option prioritaire privilégiée par chaque maternité a permis d'identifier 3 grands types d'organisation du suivi : la mobilité (option A prioritaire), la délégation (options BCDE prioritaires) et l'intramuros (option F prioritaire). La représentation de cette typologie en termes de nombre de maternités et de naissances est décrite par subrégion dans le tableau 2 et l'illustration 3 ci-dessous.

Tableau 3 : Typologie de l'organisation du suivi postnatal par les maternités dans les 6 subrégions avec leur représentation en nombre de naissances (BDMS 2015). (N= 43 maternités et 51660 naissances)

Subrégions	Type mobile		Type délégation		Type intramuros	
	Maternités	Naissances	Maternités	Naissances	Maternités	Naissances
Bruxelles	2	3656 21%	8	13437 79%	0	0
Brabant wallon	1	1449 50%	2	1502 50%	0	0
Hainaut	6	7285 54%	8	5539 41%	1	605 4%
Liège	4	3805 35%	3	6536 60%	1	441 5%
Luxembourg	0	0	0	0	3	2752 100%
Namur	3	2846 61%	1	1807 39%	0	0
Total	16	19041	22	28821	5	3798
	37%	37%	51%	56%	12%	7%

Illustration 3 : Distribution des types d'organisation du suivi postnatal mis en œuvre par les 43 maternités de la FWB



L'objectif des différentes formules d'organisation est de répondre à la demande 'urgente' tout en tenant compte des besoins des patients et, plus généralement, du profil socio-économique de la population. Chaque formule se veut donc la plus adaptée aux caractéristiques de la maternité, de sa patientèle et du contexte local (distance, effectif et répartition des SF indépendantes, historique des relations des acteurs intra-extrahospitalier, etc.). Des questions plus systémiques telles que la rentabilité financière, la politique de soins propre aux différents groupes hospitaliers ou la concurrence entre ceux-ci sont néanmoins sous-jacentes dans la réflexion des maternités. Les types d'organisation du suivi postnatal choisis dans chaque subrégion donnent un éclairage sur l'évolution du réseau en cours ainsi que sur les grandes tendances qui se dessinent peu à peu.

Dans la subrégion de Bruxelles, le type d'organisation du suivi majoritaire est la délégation (8/10 maternités). Cinq de ces huit maternités délèguent le suivi postnatal à 'leurs' SF mais celles-ci interviennent à domicile en tant qu'indépendantes complémentaires. Deux autres maternités (Erasme et Brugmann) ont choisi de délèguer le suivi à des associations de soins à domicile (notamment Aremis pour Erasme - CSD pour Brugmann). La dernière maternité fait directement appel aux associations de SF indépendantes.

Le recours aux associations de SF est la seconde option pour la plupart des maternités bruxelloises. A noter que les interrelations sont parfois multiples puisqu'il y a aussi des SF travaillant en maternité qui exercent leur activité complémentaire dans ces associations.

Les deux associations de SF les plus citées à Bruxelles sont 'Au fil de la naissance'²² et 'l'arbre de vie'.²³ Ces associations tiennent à garder une qualité et une philosophie des soins et, devant l'afflux de demandes, doivent parfois refuser des prises en charge ou des conventions avec certains hôpitaux.²⁴ Seules deux maternités organisent un service de suivi à domicile par leurs SF salariées : Cavel et St Luc. Néanmoins, avec la généralisation des sorties précoces et sa sélection comme projet pilote, St Luc est en train de passer à une organisation de type délégation vers les associations de SF, gardant le service actuel (asbl Mado) pour certains cas spécifiques (proximité de St Luc et/ou critère de vulnérabilité). Enfin, chaque maternité a constitué (ou est en train de se constituer) une liste de SF indépendantes auxquelles elle fait appel quand l'option ou les options précédentes ont été épuisées. La sélection se fait en priorité par voie de connaissances ou recommandations, puis selon certains critères (notamment 2 ans d'expérience, expérience hospitalière, position sur l'allaitement, etc.)²⁵. En dernier recours, les maternités consultent le site de l'UPSFB (ou du VBOV pour la patientèle en région néerlandophone).

Six maternités sur dix ont modifié leur trajet de soins et sept proposent au moins une consultation SF en prénatal. Toutes les maternités ont émis le souhait d'avoir une 'coordinatrice' pour les sorties précoces, quatre maternités avaient déjà créé ce poste lors de notre passage, deux autres l'envisageaient incessamment. Deux maternités ont également mis en place un outil de gestion-évaluation des sorties précoces : celui d'Erasmus est axé sur l'évaluation des services offerts (projet pilote) tandis que celui de St Pierre est une plateforme informatique (sur base du modèle de la clinique Mayo)²⁶ qui à terme sera ouvert aux soignants, patients et une sélection de partenaires du réseau.

Etant donné la concentration de SF indépendantes à Bruxelles, l'organisation du suivi postnatal se fait principalement par délégation et majoritairement selon la formule BCD (indépendante complémentaire > association SF > indépendante solo). Le fait que les maternités préfèrent passer par leurs SF indépendantes complémentaires est caractéristique de la volonté de maintenir un certain degré de contrôle sur la qualité et/ou philosophie des soins. Il en va de même pour le choix de travailler avec les associations de SF qui présentent comme avantage d'être un interlocuteur unique assurant une permanence 7/7 jours avec un pool de SF représentant la diversité linguistique de Bruxelles (SF arabophone, hispanophone et anglophone notamment). La constitution d'une liste de SF indépendantes solo connues - et appréciées - de la maternité renvoie à la relation de confiance mais aussi à celle du contrôle quand elle est formalisée par une convention.

Malgré cela, au vu du nombre de patientes et de leur turn-over rapide, les maternités n'ont que peu de retour sur le suivi postnatal – sauf quand celui-ci pose problème (porte close ou difficulté psychosociale

²² Au fil de la naissance s'est associé avec 'Soins chez soi' qui assure son standard téléphonique pendant certains créneaux horaires. Quelques maternités ont 'Soins chez soi' pour interlocuteur principal, d'autres appellent directement les SF d'Au fil de la naissance.

²³ L'association Timoun est également citée pour les patientes accouchant à Bruxelles mais habitant en Brabant Wallon. Pour la patientèle néerlandophone, les associations les plus citées sont Volle maan et Zwanger in Brussels.

²⁴ Cf. Entretien avec une association de SF bruxelloises.

²⁵ A noter que si les SF peuvent entrer sur la liste d'une maternité, elles peuvent également en être exclues après une collaboration difficile (cf. Guthrie) ou un retour d'expérience négatif de la patientèle.

²⁶ Le modèle de la clinique Mayo est un modèle d'organisation des soins centré sur le patient (outil d'évaluation/dépistage et empowerment) et collaboratif (pas de paiement à l'acte, interdisciplinaire et intra-extrahospitalier).(51,52)

découverte à domicile), nécessite une ré-hospitalisation ou une référence vers une spécialiste intrahospitalier (psychologue, consultante en lactation).

Les autres partenaires extrahospitaliers cités par les maternités bruxelloises sont majoritairement les pédiatres et gynécologues privés. Les généralistes n'ont été identifiés comme partenaires que par les deux maternités travaillant avec les centrales de soins à domicile. (cf. situations différentes dans le Hainaut, Liège et Luxembourg ci-après)

Du fait de la délégation du suivi postnatal à domicile, l'ONE apparait comme partenaire privilégié en prénatal, mais l'est beaucoup moins – ou pas encore – en postnatal. Le nombre élevé de SF intervenant à domicile explique également le fait que TMS de quartier et SF indépendantes aient des difficultés à se connaître. Les premières se sentant souvent discréditées par les SF passant à domicile, notamment en ce qui concerne l'allaitement (cf. Point 4.2) La perception des CAT est que, paradoxalement, il y a actuellement à Bruxelles, trop d'intervenants à domicile (SF) pour une articulation fluide du suivi postnatal extrahospitalier.

Par contre, maternités comme SF à domicile feront la demande d'un relais ONE lorsque la situation les inquiète en termes de vulnérabilité psychosociale. Ce 'dédouanement' avec le transfert des cas vulnérables vers l'ONE est perçu comme quasi systématique et, selon les CAT, est caractéristique de l'image de l'ONE à Bruxelles : *'pour gérer les urgences et les cas vulnérables'*.

Dans le Brabant Wallon, le type d'organisation du suivi est partagé entre la mobilité et la délégation.²⁷ La maternité d'Ottignies a mis en place un suivi à domicile par des SF hospitalières salariées il y a 10 ans pour les sorties qui, à l'époque étaient considérées comme précoces, mais sont désormais devenues la norme (J3). L'adaptation avec une sortie à J2 *'ne posera pas de problème'* mais ces sorties se font actuellement sur demande de la patiente. Le suivi à domicile est prévu jusqu'au J5 par les SF salariées, avec référence vers une SF indépendante si un suivi est nécessaire au-delà de J5.

Si l'organisation du suivi est bien rodée au niveau de la maternité, l'articulation à domicile avec l'ONE met en évidence la difficulté de concilier deux rythmes de travail : court terme et continu versus long terme et discontinu (weekend, jour férié, congé). Difficultés qui sont d'autant plus aigües que les sorties 'systématiques' à trois jours incluent les cas vulnérables détectés (et pour lesquels un plan d'accompagnement est établi par les différents partenaires, mais pas toujours réalisable dans les faits) et ceux qui le deviennent après l'accouchement (ex : psychose, violence). Le vécu des maternités comme de l'ONE renvoie ici à la double imprévisibilité de l'accouchement mentionnée plus haut.

La maternité de Braine-l'Alleud fait partie de celles qui ont dû 'improviser' un suivi postnatal en vue d'éviter les pénalités financières. Le suivi postnatal a été délégué aux SF indépendantes complémentaires, puis solo. Comme dans d'autres maternités, la pratique des 'chambre panda' ou 'chambre hôtel' (mère reste dans sa chambre avec un statut d'accompagnante de son bébé) s'est imposée comme alternative à la sortie jugée trop précoce. Dans le même esprit, certaines maternités ont aménagé un petit studio qui peut

²⁷ Nous ne mentionnons pas ici la maternité de Nivelles au vu de l'actualité qui annonce sa fermeture et parce qu'elle fait partie du groupe hospitalier Jolimont qui a mis en place un système commun dans ses 3 maternités. (cf. Hainaut)

accueillir la mère, le père et le bébé quand quelques jours supplémentaires s'avèrent nécessaires.²⁸ D'autres maternités ont prévu une pièce conviviale où les mères ayant des questions ou souhaitant un regard professionnel sur leur allaitement par exemple peuvent venir et rester quelques heures. Toutes ces pratiques montrent que la délégation vers les partenaires extrahospitaliers reste difficile et que la perception que le réseau 'n'est pas prêt' prévaut encore souvent. Cette perception ressort également des différents focus group avec les CAT – même si les solutions proposées sont différentes puisque centrées sur le domicile.

Enfin, les gynécologues privés apparaissent ici comme partenaires du réseau avec en prénatal un rôle de préparation de la patiente à la sortie précoce²⁹ mais aussi en postnatal puisqu'ils ont souvent 'leur' SF indépendante qui suivra 'leurs' patientes.

Il y a un peu un esprit de clochers : les gynéco, les SF, et l'ONE... L'idéal pour les mamans ce serait quand même que tout le monde s'implique dans la complémentarité. (FC5)

Dans la subrégion du Hainaut, qui compte quinze maternités, l'organisation du suivi se répartit entre les unités hospitalières mobiles (6/15) et la délégation vers les SF indépendantes (8/15). La maternité de Gosselies fait office d'outsider en priorisant une consultation postnatale intra-hospitalière 'tout en un' (SF/gynéco et pédiatre). A noter que 12/15 maternités ont privilégié le suivi par 'leurs' indépendantes complémentaires comme deuxième option. C'est aussi dans cette subrégion qu'il y a des expériences de collaboration entre maternités pour définir une approche commune (Groupe Jolimont – Jolimont, Nivelles, Lobbe) ou pour élargir la zone de couverture du suivi postnatal (Groupe Epicura – Hornu & Ath)

La configuration globale de la subrégion du Hainaut semble être celle des extrêmes : avec des maternités qui ont une longue expérience du suivi à domicile et d'autres qui le découvrent, avec une forte concurrence ressentie entre maternités dans les zones urbaines (Charleroi, Mons) et une carence³⁰ de partenaires extrahospitaliers (notamment de SF indépendantes) perçue en zone rurale, avec des collaborations maternités/SF/ONE considérées (tous partenaires confondus) comme idéales (Mouscron) ou 'de plus en plus difficiles'.

A Mouscron, il y a des sorties précoces depuis 2014. Quand on a mis ça en place, les SF sont venues à domicile avec les TMS. Ce sont les SF de la maternité qui sont détachées et vont 2 à 3 fois puis passent le téléphone à la maman quand elles sont encore chez la maman pour que nous puissions prendre rendez-vous. Il n'y a pas de diminution du domicile pour les TMS. Parfois une femme refuse l'ONE à la maternité et la SF nous rappelle pour dire que, finalement, elle [la maman] voudrait bien l'ONE ; les SF font notre promotion ! (FC2)

Quand la TMS passe à domicile, elle arrive à mettre un rendez-vous en CE. Quand la SF passe derrière, elle barre le rendez-vous en consultation pour mettre un rendez-vous chez le pédiatre de l'hôpital. Et elle re-pèse l'enfant ! (FC2)

²⁸ Notamment Auvellais et Ath.

²⁹ Il n'y a pas de CPN hospitalière dans cette maternité.

³⁰ Carence ressentie au niveau des maternités.

Enfin, il y a dans cette subrégion un projet pilote (St Joseph/Mons) qui met spécifiquement l'accent sur la participation de la première ligne (généralistes et ONE) avec une série d'organismes 'satellites' qui peuvent servir d'appui (aides familiales, mutuelles, associations, etc.). Le défi se pose en terme d'articulation dans un réseau qui se constitue et avec des partenaires qui sont peu réactifs (médecin généraliste) ou qui – probablement du fait de la sélection du projet pilote - sont au taquet (TMS/ONE).

Les quatre maternités de la subrégion de Namur ont chacune développé un service de suivi à domicile par des SF hospitalières. Trois maternités le considèrent comme leur option prioritaire³¹ tandis que la dernière (CHR de Namur) considère ce suivi par les SF hospitalières comme une option supplétive ; intervenant uniquement lorsque les SF indépendantes (solo > complémentaires) ne peuvent assurer le suivi à domicile à la sortie de la patiente. Ce choix supplétif a également été fait par une maternité dans la subrégion de Liège (Bois de l'Abbaye) et pourrait s'avérer une solution pour assurer le suivi postnatal des personnes sans mutuelle (puisque les SF hospitalières sortent à domicile en tant que salariées).

En termes d'articulation avec l'ONE, les CAT perçoivent une différence entre un suivi réalisé par une SF intervenant dans le cadre de son activité hospitalière qui passe rapidement le relais à l'ONE et une SF indépendante solo qui aura tendance à prolonger le suivi le plus longtemps possible. C'est ce prolongement et les activités proposées d'une manière jugée assez 'commerciale' qui est perçu comme une menace pour le travail des TMS de secteur et, indirectement les consultations pour enfant. Les SF indépendantes ayant, elles, parfois le point de vue inverse considérant le service gratuit de l'ONE comme une concurrence déloyale.

J'ose espérer que le fait qu'on se soit rencontré, qu'on ait discuté... Il y a des choses qui se construisent. Concrètement, ce qui se passe c'est que la SF [hospitalière] téléphone à l'ONE ou elle écrit dans le carnet 'stop suivi SF - prendre le relais avec ONE'. Ça c'est nouveau depuis début juin [2016].(FC5)

La visite de la TMS est parfois postposée tant que la SF vient mais quand elle ne vient plus, les mamans vont vers l'ONE.(FC5)

Les SF indépendantes font du soutien à la parentalité et de l'accompagnement à la diversification alimentaire, c'est noté comme ça dans leur brochure ! Donc, je veux bien croire que la maman ne voit pas ce que la TMS va lui apporter en plus. Je pense que l'ONE doit faire un effort en termes de communication au public pour parler de la fonction de TMS.

[...]Donc on a du coup des mamans qui refusent le passage de l'ONE alors que sur la province on avait un taux important de visites à domicile de premier contact, on avait peu de refus. C'est vrai que maintenant elles [TMS] sont confrontées à des refus de maman... et elles n'ont pas l'habitude de ça. [...] Les problèmes ne se posent pas quand on a des fratries, parce qu'ils connaissent l'ONE. Donc même si on propose la SF, ils vont dire oui mais je vais prendre aussi l'ONE. (FC5)

³¹ Toujours dans un rayon défini (20 à 40 km autour de l'hôpital)

Dans la subrégion de Liège, l'organisation du suivi est partagée : quatre maternités ont mis en place une équipe hospitalière mobile et trois autres font appel en priorité aux SF indépendantes solo (Rocourt et Heusy) ou aux SF indépendantes complémentaires (La Citadelle/Liège). La dernière maternité (Huy) n'avait pas encore commencé les sorties précoces lors de notre passage mais s'orienterait plutôt vers une délégation aux indépendantes solo. Il est à noter que les 3 maternités liégeoises sélectionnées ensemble pour le projet pilote du Ministère ont chacune choisi une option d'organisation du suivi postnatal différente (ADC, BDC, ABD). Dans le socle commun du projet, une place importante est réservée à l'articulation avec les généralistes (formation des généralistes, une consultation chez le généraliste pendant la grossesse). Les généralistes sont d'ailleurs cités par trois autres maternités comme des partenaires pour le suivi postnatal, soit un total de 6/8 maternités liégeoises.

Dans cette subrégion aussi, les CAT ont noté la différence de collaboration entre SF de l'hôpital qui ont une intervention courte et structurée et les SF indépendantes qui ont tendance à prolonger leur intervention à domicile et à ne pas passer le relais vers les TMS. Les points d'achoppement sont également identiques : allaitement et CE versus pédiatre hospitalier ou privé. La situation se complexifie encore pour les TMS quand les patientes résidant dans une même zone géographique reviennent de maternités différentes et sont donc suivies selon différentes modalités. A l'inverse, il a été constaté qu'il y a parfois un manque de partenaires (et/ou de motivation) pour la prise en charge postnatale des cas vulnérables, notamment en zone rurale. Enfin, les sorties non-précoces (J3 et plus) commencent à poser question aussi puisque le suivi postnatal à domicile n'est pas automatique dans ces cas-là.

Dans les secteurs ruraux, ça dépend de la personnalité des SF. Et sur le terrain, il y a une fracture par rapport au milieu social parce que dans les milieux plus défavorisés, la SF s'arrange quand même pour faire un peu moins de visites,... ou pas du tout. Donc ça, c'est très compliqué. Alors, il y a aussi l'éloignement géographique, par exemple, une maman qui est hors zone [de couverture par l'équipe mobile], elle n'aura pas la visite de la SF et n'aura pas de pédiatre, et donc c'est un généraliste qui va assurer le suivi, ou alors les mamans comptent sur le car [de l'ONE]...mais le car ne passe qu'une fois par mois. (FC4)

Mon impression à moi c'est que cette sortie de 72 heures, elle est devenue la norme. Et il faut franchement qu'il y ait un énorme problème pour qu'on diffère la sortie ou pour qu'on s'agite pour mettre en place une SF. Sur le terrain c'est vraiment très compliqué et pour les TMS et pour les parents : Est ce qu'il va y avoir une SF ou pas ? Combien de temps ? On sait pas, on refuse l'ONE parce qu'il y a une SF ou bien on prend les deux... et donc il n'y a plus rien de bien clair ni de la part de nos TMS ni de la part des SF [solo ou hospitalières] et ça pose de gros problème avec les primipares qui sont perdues et particulièrement avec les familles défavorisées qui parfois se retrouvent sans rien du tout, dans le dénuement le plus total. (FC4)

Les trois maternités de la subrégion de Luxembourg font partie du même groupe hospitalier (Vivalia) et ont organisé le suivi postnatal de la même manière par un retour vers des consultations intra-muros. Les sorties précoces sont vécues différemment selon la philosophie de chaque maternité qui s'en accommodent tant bien que mal. Le recours aux SF indépendantes reste exceptionnel, généralement quand la distance ne permet pas un retour vers l'hôpital. Cette position est due à un historique de faible collaboration entre SF hospitalière et indépendante mais aussi à un certain protectionnisme des SF hospitalières qui mettent en avant la richesse d'un exercice en équipe. Au vu de la distance, le retour à la maternité pour le suivi postnatal semble être la seule solution. Une tentative de service mobile, lancé il y a quelques années, a avorté en raison du nombre de kilomètres à parcourir pour visiter les patientes. Ce facteur distance est tel que les SF indépendantes ont également tendance à faire venir les patientes à leur consultation pour le suivi postnatal. Finalement, il n'y a que les TMS qui passent à domicile (d'où l'idée des maternités de leur confier la réalisation du test de Guthrie). Malgré la plateforme prénatale qui prend en charge les cas les plus vulnérables, la question des vulnérabilités et de l'isolement/distance appelle à une réflexion particulière pour le suivi postnatal médian et tardif des patientes. De l'avis de tous les intervenants rencontrés pour cette recherche, le risque de rupture du continuum de soins est plus élevé dans la subrégion luxembourgeoise qu'ailleurs.

Cette cartographie de l'organisation du suivi postnatal met en évidence la perturbation du réseau ou système provoquée par le phénomène des sorties précoces de maternité. Que ce soit dans les maternités ou sur le terrain dans les secteurs ONE, cette perturbation a modifié les interactions entre partenaires du réseau périnatal. Le point suivant approfondit ces interactions en s'intéressant aux mécanismes de collaborations, formel et informel, qu'elles génèrent.

4.2. Mécanismes de collaboration

Qu'elle ait été longuement préparée ou mise en œuvre dans une certaine urgence, l'organisation du suivi postnatal modifie les interactions des partenaires du réseau périnatal. De nouveaux partenaires apparaissent, d'autres renforcent leur position tandis que d'autres encore tentent de redéfinir leur rôle. Si des mécanismes formels de collaboration sont développés, ce sont surtout les pratiques, installées ou émergentes, qui impactent la collaboration au quotidien.

4.2.1. Une nouvelle donne dans les maternités

La mise en place des sorties précoces et l'organisation du suivi postnatal à domicile qui en résultent a des conséquences sur les différents partenaires du réseau périnatal. Plus spécifiquement, dans les maternités, les 'coordinatrices de sortie précoce' apparaissent comme un nouveau profil professionnel tandis que celui des consultantes en lactation monte en force. Enfin, le profil des SF hospitalières tend à se diversifier puisqu'elles sont appelées à intervenir à domicile.

Douze maternités (30%) ont créé un poste de 'coordinatrice de sortie précoce', plusieurs autres ont mentionné en avoir l'intention. Dans les trois maternités du groupe Jolimont, la coordinatrice a une fonction spécifique de coordination inter-sites et de dynamisation du réseau de partenaires (coordination méso). Les autres coordinatrices sont généralement des SF de la maternité qui vont s'assurer que chaque dyade sortie précocement bénéficie effectivement d'un suivi à domicile (coordination micro). Elles sont donc chargées d'assurer le continuum de soins intra- et extra-muros pour les patientes (souvent pendant une durée limitée variant de 3 jours à 3 semaines) mais sont aussi responsables du suivi des dossiers des cas vulnérables identifiés en prénatal.

Les six maternités sélectionnées pour le projet pilote du SPF Santé Publique en FWB se sont toutes dotées d'une ou de plusieurs coordinatrices. Les trois autres maternités ayant une coordinatrice 'micro' sont de grandes maternités (>1000 naissances/an). A une exception près³², les maternités avec une coordinatrices 'micro' ont choisi d'organiser leur suivi à domicile avec des SF indépendantes (suivi de type 'délégation'. Cf. cartographie ci-avant), ce qui implique l'intervention d'une diversité d'intervenants.

Près d'un quart des maternités (9/40) ont choisi l'option d'utiliser un outil informatique spécifique (en plus du dossier du patient) pour faciliter la coordination et le suivi. Les systèmes mis en place vont de l'adresse mail ouverte sur laquelle les SF indépendantes renvoient un feedback de leur suivi (St Elisabeth/Bruxelles, Gosselies/Hainaut) à la plate-forme interactive pour soignants et patients (St Pierre/Bruxelles) en passant par le dossier de maternité partagé pendant un temps déterminé (Groupe Jolimont/Hainaut et BW) ou encore les équipes de SF mobiles connectées (Ambroise Paré Mons/Hainaut).

L'outil informatique et l'appui de secrétariat sont mentionnés par la grande majorité des maternités comme une nécessité pour faire face au travail administratif supplémentaire et au turn-over plus rapide des patients engendrés par les sorties précoces.

Peut-être bien l'informatique ou une coordinatrice parce qu'il y a quand même beaucoup de données qui se recourent : il y a des données qu'on répertorie sur cette feuille de liaison, qui sont déjà dans le dossier obstétrical de la dame, qui sont en troisième lieu dans le dossier ONE et peut-être une quatrième fois chez l'assistante sociale. Donc oui ça fonctionne bien parce qu'on a une bonne liaison entre nous mais je veux dire qu'au niveau paperasse, il y a de la paperasse et des doublons partout, à tous les niveaux ! Et ça peut-être qu'on pourrait l'éviter, ça serait un gain de temps : si la fille qui revient du service [équipe mobile] gagne du temps sur ces papiers elle peut faire une patiente en plus par jour.(1921)

Hier par exemple, j'avais 14 sortantes, c'est énorme ! Parce que si on n'a pas quelqu'un qui fait ce secrétariat-là, c'est nous qui devons le faire. Et donc on ne sait pas, et être dans la chambre, et organiser les rendez-vous.(0913)

³² Notre Dame des Bruyères à Liège fait exception puisqu'elle a opté pour une équipe hospitalière mobile, mais a été sélectionnée pour un projet pilote commun avec les deux autres maternités liégeoises.

Si, le nombre de 'coordinatrices des sorties précoces' reste limité pour des raisons budgétaires, celui des consultantes en lactation se multiplie. Trois quart des maternités ont dans leur équipe une ou plusieurs SF consultantes en lactation. Ces consultantes spécialistes ne se déplacent pas à domicile mais sont à la fois - et paradoxalement - une garantie de la qualité de ce suivi à domicile et une opportunité de revoir la dyade mère-enfant et de prolonger le suivi en ambulatoire, voire parfois une alternative au suivi à domicile. Autre avantage, alors que les consultations postnatales ne sont remboursées qu'à partir du sixième jour postpartum, la consultation allaitement est remboursée dès la CPN. La pratique d'imputer un code 'CPN' à une consultation d'allaitement en postnatal avant le 6^{ème} jour postpartum est présentée par les SF comme 'la seule solution'.

On a cinq consultantes en lactation. On voit les patientes en consultation. [...] Il y a quasiment une consultante tous les jours, donc on sait régler tout ça. Et je pense qu'on fait aussi pas mal de travail en amont par rapport à ça. Les deux, trois jours d'hospitalisation, on les coache vraiment 'allaitement'. Et à domicile, voilà on voit 4-5 patientes, donc je vais dire qu'on a le temps aussi. Je n'ai jamais eu, depuis [date début SP], jamais, jamais de souci d'allaitement. Mais les dames reviennent en consultation d'allaitement, ça oui, pour ajuster un peu le tir parfois. (2930)

Et une des conditions aussi, pour la sortie, c'est que la patiente revienne en consultation postnatale allaitement ici, chez la consultante en lactation. [...] Parce que les SF qui vont à domicile, elles sont tout à fait aptes à assurer le post-partum mais pas forcément à dépister les pathologies de la lactation - ou, à la rigueur, les dépister, mais pas les prendre en charge. Et donc en revenant ici, ça permet vraiment de dépister, de soigner ça. (0913)

Donc on souhaite mettre en place une consultation SF ici à la clinique, on en a une pour le moment mais qui est exclusivement réservée aux problèmes d'allaitement maternel avec des consultantes en lactation et on a envie de l'ouvrir à toutes les patientes qui ne souhaitent pas un suivi à domicile, mais qui sont ouvertes à revenir une fois, peut-être, voir si tout va bien (3424)

La montée en force des consultantes en lactation s'inscrit dans une tendance plus large d'hyperspécialisation dans le contexte hospitalier en général, et dans la profession de SF en particulier. En outre, le marché du travail est quasiment saturé pour les SF en FWB. Il ressort clairement des entretiens (maternité et CAT) que les SF considèrent l'allaitement comme de leur compétence exclusive, dès le prénatal et au moins pendant le postnatal immédiat et précoce (J0 à J7). Si la position des maternités s'assouplit un peu pour la période postnatale tardive (J8 à 42), la consultante en lactation reste la spécialiste vers laquelle il est attendu que tous les autres intervenants (médecin, SF ou TMS) réfèrent les patientes ; à fortiori lorsque l'hôpital possède le label IHAB. L'allaitement était déjà une question sensible de la collaboration entre SF et TMS : les deux professions s'accusant mutuellement de proférer des 'âneries' en la matière. Avec les sorties précoces, l'affrontement se polarise à domicile et s'étend sur une période plus longue.

En général dans les hôpitaux IHAB, il y a réunion régulière pour dire qui dit quoi. Dans un entretien en prénatal, la TMS ne va quasi pas parler d'allaitement, parce que c'est vraiment inscrit dans les responsabilités des SF. A [hôpital] on a fait le deuil de cet aspect là. Mais pas dans les consultations pour enfants ; l'allaitement fait partie de leur travail régulier habituel pour le tout-venant, ça fait partie des thèmes qu'elles abordent à long terme. Les 10 premiers jours sont suivis par SF, on renvoie s'il y a une grosse pathologie de l'allaitement. Effectivement, l'allaitement c'était une porte d'entrée des TMS à domicile, mais du fait de la présence de la SF pour les mamans... (FG1)

La multiplication des consultations post-partum hospitalières - que ce soit en lactation ou même pédiatriques - met en évidence la prégnance de l'hospitalo-centrisme dans l'organisation du suivi à domicile. La constitution d'équipes mobiles de SF hospitalières pour assurer le suivi à domicile s'inscrit également dans cette tendance. En outre, la maternité est un service stratégique pour l'image de l'hôpital puisqu'il s'agit d'un des seuls services où l'on vient pour un évènement heureux. Les équipes mobiles, les consultantes en lactation sont ainsi les 'vitrines de l'hôpital'.(32)

Certaines maternités constituent leur équipe mobile sur base volontaire (et ce sont souvent les plus anciennes qui sortent) tandis que d'autres organisent une tournante de l'ensemble de l'équipe de la maternité. Cette option a l'avantage d'intégrer les réflexes hospitaliers dans une pratique à domicile. A contrario, les SF hospitalières se forment sur le tas au domicile, mais dans le cadre et avec la supervision/marrainage de l'équipe de la maternité. Enfin, parce que leur SF sont salariées, les équipes hospitalières mobiles assurent aller chez toutes les patientes – y compris les plus vulnérables et/ou sans mutuelle. Ceci n'est pas le cas des SF indépendantes, pour qui la prise en charge des cas vulnérables implique un poids administratif important, une incertitude et un délai quant au recouvrement de leurs honoraires.

Quand le choix est de faire appel aux SF indépendantes pour le suivi à domicile, celui-ci est confié en priorité aux SF de la maternité exerçant une activité d'indépendante complémentaire. Certains considèrent cette option idéale puisqu'elle offre à la fois la continuité des soins aux patients et la garantie du respect de sa philosophie de soins à la maternité. Cette option permet également de trianguler les zones d'intervention et d'élargir la zone de couverture du suivi à domicile de la maternité.

Seules quelques maternités ont expliqué ne pas autoriser ou ne pas encourager les sorties de 'leurs' SF en tant qu'indépendantes complémentaires en vertu de la loi de la non-concurrence (vis-à-vis des autres SF indépendantes comme à l'égard de la maternité elle-même). Parfois, la pratique d'une activité complémentaire est autorisée uniquement dans les zones non desservies par l'hôpital. Ce point (comme celui inverse d'imposer une sortie à domicile à une SF hospitalière) a fait l'objet d'une information juridique de l'UPSFB à ses membres.³³

Comme pas mal de SF de chez nous font des soins à domicile, c'est d'essayer de leur dire : 'ben écoute, accompagne, toi, la patiente à domicile qui habite près de chez toi'. C'est bon pour ton

³³ <http://pro.guidesocial.be/actualites/les-sages-femmes-desormais-limitees-dans-les-soins-a-domicile.html>

activité complémentaire et pour l'hôpital beaucoup plus sécurisant puisque c'est la politique IHAB. On connaît la personne, on connaît la patiente et on sait qui l'a accouché, comment ça s'est passé. La problématique de faire un appel à une boîte externe, c'est de ne pas connaître les SF et de ne pas avoir une relation privilégiée. Malheureusement, l'ensemble de nos SF ne peuvent pas combler l'ensemble des demandes...(0208)

Une SF qui va faire mi-temps chez nous et mi-temps complémentaire – ça se fait beaucoup à Bruxelles, enfin dans les grands centres – c'est super. Moi j'ai une de mes collègues qui fait ça aussi. Mais elle va peut-être manger, elle, comme indépendante, le boulot d'une SF qui va être hospitalière. C'est un petit peu cette concurrence... [...] Parce que tout au début, c'est sympa, mais à un moment donné, on se mange la queue. [...] Alors pour les jeunes qui sont engagées ici [maternité], voilà ce que je leur dit : 'Il faut se battre pour faire des consultations, faire pleins de choses ici pour garder votre emploi'. C'est vraiment une problématique, franchement, c'est une problématique d'avenir. (1229)

Entre coordination, hyperspécialisation et diversification, l'organisation du suivi postnatal fait évoluer le profil des SF. Une évolution qui n'est pas sans conséquence sur la collaboration interprofessionnelle SF-TMS, deux professions qui ont des compétences considérées comme complémentaires pour certains et compétitives pour d'autres.

4.2.2. Interactions entre sages-femmes et travailleurs médico-social

Il y a dans les maternités, et chez les SF, un réel souci de maintenir la qualité des soins et le continuum de prise en charge de la dyade mère-enfant lors de la sortie précoce. Néanmoins, les SF ont une conception essentiellement clinique du suivi postnatal. Et c'est dès lors principalement en ces termes qu'elles se posent la question de leur adaptation à la réalité d'un nouveau lieu d'intervention.

Ceci se manifeste notamment par le fait que lorsqu'elles se trouvent confrontées à la complexité 'sociale' d'une intervention à domicile, les SF ont tendance à faire comme en prénatal : référer vers les consultations hospitalières ou de spécialistes et envoyer les 'cas vulnérables' à l'ONE. A plus long terme, certaines SF intervenant à domicile nous ont également expliqué envoyer les patientes qui 's'accrochent un peu trop' aux collègues de l'ONE (TMS de secteur et CE).

C'est vrai que [à domicile], elles [les patientes] posent énormément de questions. Elles ont des questions vraiment ciblées et puis si c'est un allaitement c'est : 'vous pourriez encore vérifier que mon bébé est bien mis au sein ?' C'est vraiment tous des petits détails, mais qui en fait sont supers importants pour la SF, pour le métier de SF et pour les mamans. [...] Pour elles [les mamans], je vais dire, c'est pareil [à l'hôpital ou à la maison]. C'est juste nous qui devons-nous adapter parce qu'enlever des agrafes dans un fauteuil ... C'est pas évident (rires) ! (3227)

On allait voir les patientes le lendemain de leur accouchement. [...] On savait les voir une fois, deux fois en fonction des patientes, puis c'était le relais. Donc là on s'est quand même beaucoup retrouvé avec l'ONE pour avoir aussi une collaboration. Au début c'était très difficile pour nous, parce qu'on allait, je pense, toutes les mettre au SAJ et on a été quand même très étonnées du domicile, on ne se rendait pas compte de l'endroit où les gens vivaient, et ça a été... Où mettre des limites ?... c'était difficile ! Donc ça il nous a quand même fallu quelque mois, l'ONE aussi nous a aidé en disant, voilà... On a découvert... C'est spectaculaire parfois, qu'est-ce qui est grave, pas grave ?! Et nous mettre au niveau social aussi, c'est différent pour nous. (2024)

La comparaison des cartes du réseau des ressources disponibles lors d'une sortie précoce, qui ont été réalisées par les maternités et les CAT de l'ONE, a mis en exergue la différence de perception de la santé de ces deux groupes. A quelques exceptions près, les cartes maternités renvoient au modèle biopsychosocial de la santé. Cela se manifeste notamment par rapport aux ressources disponibles pour assurer le suivi postnatal : les SF ont une vision assez linéaire d'un 'réseau' constitué principalement de partenaires intra-muros (psychologue, pédiatre, audiologue, AS, etc.) avec un nombre de partenaires extra-muros plus restreint et majoritairement médicaux (pédiatre, gynécologue, généraliste, kiné) potentiellement mobilisables selon les besoins qui s'enchaînent au fil du temps.

Par opposition, la cartographie des ressources/réseau dessinée par les CAT apparaît très complexe, avec des interactions multiples et des rétroactions entre de nombreux types de partenaires (psychosocial, parentalité, économique, éducatif). Les cartes des CAT renvoient ainsi plutôt au modèle basé sur les déterminants de la santé. Ces deux modèles ne sont pas incompatibles mais expliquent les différences de priorités et d'approche des SF et des TMS.

La SF dit : moi j'observe le lien mère enfant et il est bon, donc l'enfant peut sortir. La TMS, elle, elle voit l'aspect accueil à domicile et elle se pose de grosses questions parce que rien n'est prévu, parce que toute grande précarité sociale. Et donc on est là-dedans, on est dans des grosses difficultés parce qu'on n'a pas de critères déjà, parce que ça va rester très subjectif, qui fait quoi là-dedans ? Et qui va décider ?(FC4)

Les compétences de la SF sont légalement définies par l'AR du 1er février 1991 et par la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé coordonnée le 10 mai 2015. Elles vont de l'obstétrique à la promotion de la santé et à l'appui à la parentalité. La description des missions des TMS se retrouve de manière éparse notamment dans le Contrat de Gestion 2015-2018 de l'ONE (article 24) et dans l'Arrêté de 2004 portant réforme des CE (article 69).

Les missions des TMS sont larges mais difficiles à valoriser.³⁴ L'expertise des TMS à domicile repose surtout sur des connaissances dites tacites. Ces connaissances tacites sont développées par l'expérience directe et l'action, très pragmatiques et spécifiques à la situation, elles sont comprises et appliquées subconsciemment, et sont habituellement partagées à travers des conversations ou des expériences de terrain.(49)

³⁴ Cette difficulté à définir la valeur ajoutée d'une prise en charge par les TMS (par rapport à celle d'une SF) est apparue dans les cinq focus group organisés avec les CAT. Ce constat fait écho à celui de la recherche sur l'identité professionnelle des TMS commanditée par l'ONE.

Les TMS se sentent donc démunies devant les SF qui entrent d'autorité dans les familles pour des actes médicaux mais qui y restent pour des interventions qui font aussi partie du domaine de compétence des TMS.

La fonction est tellement semblable, que je sois SF ou TMS, je vais faire à peu près la même chose... Donc elles [TMS] sont mal à l'aise. Qu'est-ce que j'apporte à la famille ? Si tout va bien [dans la famille], il n'y a pas de plus-value, pas d'argument en plus que SF. (FC2)

La crainte bouche les oreilles et les yeux. Les TMS, parfois, moi [CA] j'insiste pour leur dire : ben il y a une SF qui intervient au domicile quand il y a un séjour écourté, et bien elle vient faire son boulot. Et bien sûr, vous avez encore votre place dans cette intervention en famille. Ne vous précipitez donc pas pour aller voir ce bébé de trois ou quatre jours... (FC4)

Les TMS relèvent que les parents ne s'y retrouvent plus, les parents ne savent pas qui est qui. Qui vient pour quoi. Et face à ça, les parents font un choix, évidemment peut-être pas très éclairé. Comment donner l'information sur qui fait quoi ? Et par qui ? Ça, ça paraît être vraiment essentiel pour que les parents gardent réellement le choix de leur suivi. (FC4)

Il y a beaucoup de choses qui sont abordées par les SF et les TMS... donc les familles ne s'y retrouvent pas. Les TMS ont de plus en plus de refus ou les visites sont postposées, et des familles qui ont un suivi SF vont chez le pédiatre ... Qui donne directement rendez-vous pour les vaccins. La fréquentation des consultations en chute libre ! (FC2)

Au chevauchement des compétences s'ajoute la question de la temporalité des interventions des SF et des TMS dans le continuum de soins. Les SF hospitalières conçoivent leur intervention dans le continuum de prise en charge à court terme (postnatal immédiat et médian). Devant faire face au turn-over rapide des parturientes et à la gestion de leurs ressources humaines et financières, les SF hospitalières limitent rapidement le suivi à 2 ou 3 passages et, dans le meilleurs des cas, passent le relais aux intervenants de première ligne (pédiatres privés, médecins généralistes, ONE).

La problématique se pose différemment pour les SF indépendantes qui voient leur intervention dans le continuum de prise en charge de la dyade mère-enfant au-delà de la période postnatale prolongée et jusqu'à un an. Pour elles, le suivi à domicile est l'occasion de fidéliser une patientèle (activités connexes de massage, portage divers et grossesse à venir). En outre, les SF indépendantes considèrent le domicile comme 'leur territoire'. Les TMS/ONE aussi mais en s'inscrivant dans une intervention plus holistique et à beaucoup plus long terme (0 - 6 ans).

TMS et SF ne se rencontrent que rarement au domicile des patientes. Elles peuvent cependant se croiser à quelques heures d'intervalle ou passer avant/après une consultation pédiatrique. Quand ces situations arrivent, elles sont décriées tant pas les TMS que les SF. A noter que dans les zones rurales où il y a moins d'intervenants et où ceux-ci se connaissent, ces chevauchements semblent poser moins de problème.

De même, dans certaines zones, une série de bonnes pratiques ont été mises en place pour un agenda et un espace partagés. Ces bonnes pratiques sont généralement issues de rencontres en SF et TMS, à l'initiative des maternités ou de l'ONE. Elles font parfois aussi partie des recommandations des associations de SF ou services de soins à domicile.

On essaye de tester ici que quand la sage-femme a terminé son suivi, on a un listing, on téléphone à la TMS de quartier en disant 'Voilà pour nous c'est ok'. Alors c'est elle qui prend le relais. On a fait une rencontre avec toutes les TMS de postnatal [de quartier] parce qu'il y avait eu des changements avec nos sages-femmes, donc on s'est présentées et il y a eu un échange et on a vu comment on pouvait collaborer et on s'est fixé 1 à 2 réunions par an pour dire de faire un peu le feed-back.(2418)

Evidemment, une maman qui accroche avec sa SF indépendante, elle va continuer avec elle parce qu'il y a le tiers payant. Donc on avait mis un peu le holà [pour les SF de la maternité] en disant qu'il faut passer le relais à l'ONE. Mais quand je vois ce qui se passe maintenant, on a envie de repartir en arrière. Parce qu'elles [TMS] ont beaucoup de congé, ce n'est pas leur faute, c'est comme ça, mais les gens fragilisés quand ils ont besoin, ils ont besoin... Donc à un moment, il faut mettre en place des choses qui fonctionnent. (4339)

Le carnet de l'ONE et le téléphone sont les outils des interactions SF-TMS. L'outil informatique est proposé par quelques maternités mais pas encore opérationnel (d'autant que l'informatisation des TMS vient seulement d'être amorcée à l'ONE).

Le carnet de l'ONE est un support concret qui permet aux SF et TMS de laisser une trace de passage, communiquer ou, au minimum, d'avoir la possibilité de se contacter. Toujours est-il qu'à domicile, les SF ont désormais la main pour passer le relais au TMS. Quelques cas de passages en sens inverse ont été signalés, quand pour une famille en situation vulnérable, il était nécessaire de passer le week-end ou les jours fériés. S'ils partent de la bonne volonté de tous les intervenants, ces relais croisés semblent pourtant problématiques à mettre en œuvre. Ils mettent encore une fois en évidence la différence de rythme de travail des deux professions et la nécessité de se connaître pour travailler ensemble.

Ça nous arrive de prolonger des séjours parce qu'on est le 23 décembre et qu'à l'ONE personne ne travaille entre Noël et nouvel an, et qu'on a des paumées de première qui ont un petit de 2kg300 et qu'on se dit 'qu'est-ce qu'on fait ?'. Il faut qu'il y ait quelqu'un tous les jours ! Alors la TMS nous dit : 'j'irai en cachette, tant pis'. [...] Et donc nous on allonge de 4 jours sans raison vraie. Parce qu'on n'a pas de relais à domicile. Alors je pense que maintenant, des situations comme ça, on irait plus vers des SF [indépendantes solo]... Sauf que la TMS de l'ONE, on la connaissait bien, donc on avait envie de rester en terrain connu. (1328)

Travailler la collaboration ça veut dire multiplier les rencontres, il y en a qui sont demandeuses. Mais je ne peux pas multiplier les rencontres par le nombre de SF indépendantes. Rencontrer un hôpital, travailler la collaboration avec les SF de l'hôpital, c'est encore organisable, bien que ça nous pompe une énergie folle... mais avec les indépendantes, c'est impensable ! (FC2)

La plateforme [prénatale] créée une collaboration intense avec les 2 hôpitaux, ce qui fait que la collaboration avec les SF [hospitalières] se passe plutôt bien parce qu'il y a un travail important, il y a un gros travail de liaison. Et alors, on a fait venir à nos réunions d'équipes les SF indépendantes, il y en a qui sont venues et d'autres qui ne sont pas venues...(FC4)

L'organisation du suivi postnatal dans les maternités mais surtout en dehors de celles-ci renvoie à des agendas, priorités et responsabilités différentes. Pour les SF et les TMS, deux professions avec des compétences similaires, mais qui s'inscrivent dans des approches et des temporalités propres, il y a nécessité d'aller vers une entente cordiale dans le partage du 'territoire' que représente le domicile des patients/familles.

Les interactions des SF et TMS montrent que les mécanismes de collaboration actuels ne sont que des solutions ad hoc mises en place maternité par maternité ou secteur par secteur. Ce sont néanmoins ces pratiques émergentes qui peuvent conduire à l'élaboration des mécanismes de collaboration qui tout en restant ancrés dans le contexte seront plus clairs et structurés. Le point suivant s'inscrit dans la suite logique de cette démarche en proposant un modèle qui s'appuie sur les résultats de la présente recherche.

5. PROPOSITION DE MODÈLE DES SERVICES ONE EN POSTNATAL

Sur base des résultats de cette recherche et de la littérature scientifique, un modèle des services ONE a été proposé. L'objectif global du modèle est de renforcer le continuum de soins et services pendant la période postnatale tout en s'intégrant à la nouvelle configuration du réseau périnatal due à la réduction du temps de séjour en maternité. Le modèle espère répondre à la demande générale (maternité, SF, ONE, patients) de simplifier les choses et d'avoir des lignes directrices claires pour les activités ONE en lien avec la période postnatale.

Le modèle est encore en discussion au sein de l'ONE et n'est pas présenté dans ce rapport de recherche.

6. CONCLUSION

La réduction de la durée de séjour en maternité après un accouchement normal est une tendance lourde en Belgique. Le phénomène des sorties précoces en est la manifestation. Ce phénomène a provoqué une évolution du réseau périnatal en FWB. Pour faire face à la recommandation – souvent perçue comme une obligation – de limiter le séjour à une durée inférieure à trois jours, les maternités ont adapté leur trajet de soins pré-, péri et postnatal. Pour assurer le suivi des patientes après ces trois jours, les maternités ont choisi l'option de la mobilité en envoyant leur équipe hospitalière à domicile, de la délégation vers des partenaires indépendants ou du statut quo avec l'ouverture de consultations postnatales intra-muros.

Notre analyse systémique a mis en évidence les répercussions de ces modifications sur les interactions entre partenaires du réseau périnatal, notamment les SF et les TMS de l'ONE. Avec des interactions fréquentes mais souvent asynchrones et des compétences professionnelles connexes, ces deux corps professionnels oscillent entre la confrontation, la concurrence ou la collaboration.

Tous les intervenants du réseau partagent pourtant le même but : éviter la rupture du continuum de soins et services pendant cette période péri-postnatale cruciale pour les nouveau-nés et leurs parents. La perception du continuum diffère cependant en termes de temps, d'espace et de priorités selon les partenaires. L'attention se focalise actuellement sur l'articulation des secteurs intra et extrahospitalier pendant la période postnatale immédiate et médiane. Le véritable défi pourrait cependant être celui de l'articulation au domicile de la famille pendant et après la période postnatale tardive.

Dans une perception du continuum de soins et services pour l'articulation postnatal-petite enfance, le rôle de prévention et d'accompagnement des familles par le TMS demande à être valorisé. Ce rôle est souvent perçu comme ingrat et exige un investissement de longue haleine pour amorcer la résilience dans une population dont la vulnérabilité ne fait que croître. Le TMS apparaît comme le professionnel du domicile 'en bout de chaîne' et aux côtés de la triade mère-enfant-père, sa contribution mériterait d'être renforcée et valorisée dans le réseau périnatal. Le rôle du TMS dans la triple articulation péri-postnatale-petite enfance renvoie à la question de la place du préventif et de l'accompagnement dans le système de santé de la FWB.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Zadoroznyi M, Benoit C, Berry S. Motherhood, Medicine, Markets: The changing cultural politics of postnatal care provision. *Sociol Res Online*. 2012;
2. Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L, Lauwerier E, et al. Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care. Brussels; 2014.
3. OCDE. Panorama de la santé 2015: Les indicateurs de l'OCDE. Paris; 2015.
4. Hjälmhult E, Lomborg K. Managing the first period at home with a newborn: A grounded theory study of mothers' experiences. *Scand J Caring Sci*. 2012;26:654–62.
5. Lee KS, Perlman M. The impact of early obstetric discharge on newborn health care. *Curr Opin Pediatr*. 1996 Apr;8(2):96–101.
6. Braveman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C. Early Discharge of Newborns and Mothers: A Critical Review of the Literature. *Pediatrics*. 1995 Oct 1;96(4):716–26.
7. Kronborg H, Sievertsen HH, Wüst M. Care around birth, infant and mother health and maternal health investments - Evidence from a nurse strike. *Soc Sci Med*. 2015 Dec 29;150:201–11.
8. Institut National de Santé Publique. Avis sur le suivi postnatal systématique suite au congé hospitalier. Quebec; 2016.
9. Brown S, Small R, Argus B, Davis PG, Krastev A. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Review). *Cochrane Libr*. 2002;(3).
10. Boulvain M, Perneger T V, Othenin-Girard V, Petrou S, Berner M, Irion O. Home-based versus hospital-based postnatal care: a randomised trial. *BJOG*. 2004 Aug;111(8):807–13.
11. Ellberg L, Högberg U, Lundman B, Källén K, Håkansson S, Lindh V. Maternity care options influence readmission of newborns. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2008;97(iii):579–83.
12. Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Garthus-Niegel K, Eskild A. Postnatal care: a cross-cultural and historical perspective. *Arch Womens Ment Health*. 2010;13(6):459–66.
13. Lieu T a, Braveman P a, Escobar GJ, Fischer a F, Jensvold NG, Capra a M. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge. *Pediatrics*. 2000;105(5):1058–65.
14. Escobar GJ, Braveman P a, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra a M, et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics*. 2001. p. 719–27.
15. Fenwick J, Butt J, Dhaliwal S, Hauck Y, Schmied V. Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women Birth*. Elsevier; 2010 Mar 3;23(1):10–21.
16. Novak JD, Cañas AJ. The Theory Underlying Concept Maps and How to Construct and Use Them - Technical report IHCM CmapTools 2006. 2006.
17. Moreau N, Ruttiens M, Regueras N, Guillaume J, Alexander S, Humblet P. ADELE: Accompagner le retour au domicile de l'enfant et sa mère : organiser les liens et évaluer. Brussels; 2013.
18. Zadoroznyj M. Professionals, carers or “strangers”? Liminality and the typification of postnatal home care workers. *Sociology*. 2009;43(2):268–85.
19. Ellberg L, Högberg U, Lindh V. “We feel like one, they see us as two”: new parents' discontent

- with postnatal care. *Midwifery*. 2010;26(4):463–8.
20. WHO. WHO technical consultation on postpartum and postnatal care. 2010;65.
 21. De Graft-Johnson J, Kerber K, Tinker A, Otchere S, Narayanan I, Shoo R. The continuum of care – reaching mothers and babies at the crucial time and place. In: *Opportunities for Africa's Newborns*. 2006.
 22. Shafiei T, Small R, McLachlan H. Women's views and experiences of maternity care: A study of immigrant Afghan women in Melbourne, Australia. *Midwifery*. 2012;28(2):198–203.
 23. Turnbull C, Osborn D. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem (Review). *Cochrane Libr*. 2012;(1):1–170.
 24. Alexander S, Moreaux N, Zhang W. AGNES - Accompagnement dans la grossesse, la naissance et le postnatal: Quelles exigences pour quelles solutions. Brussels; 2008.
 25. Matthey S, Kavanagh DJ, Howie P, Barnett B, Charles M. Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *J Affect Disord*. 2004;79(1–3):113–26.
 26. Moniz MH, O'Connell LK, Kauffman AD, Singer DC, Clark SJ, Davis MM. Perinatal Preparation for Effective Parenting Behaviors: A Nationally Representative Survey of Patient Attitudes and Preferences. *Matern Child Health J*. 2015 Nov 2;
 27. Nilsson I, Danbjørg DB, Aagaard H, Strandberg-Larsen K, Clemensen J, Kronborg H. Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis. *Midwifery*. Elsevier; 2015 Oct 10;31(10):926–34.
 28. Benoit C, Stengel C, Phillips R, Zadoroznyj M, Berry S. Privatisation & marketisation of post-birth care: the hidden costs for new mothers. *Int J Equity Health*. 2012;11:1.
 29. Danbjørg DB, Wagner L, Clemensen J. Do families after early postnatal discharge need new ways to communicate with the hospital? A feasibility study. *Midwifery*. 2014 Jun;30(6):725–32.
 30. Kennedy P, Kodate N, editors. *Maternity Services and Policy in an International Context: Risk, Citizenship and Welfare Regimes*. Routledge. New York: Routledge; 2015. 300 p.
 31. Elkan R, Kendrick D, Hewitt M, Robinson JJA, Tolley K, Blair M, et al. The effectiveness of domiciliary health visiting: A systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2000;4(13):i-v+1-330.
 32. Bowers J, Cheyne H. Reducing the length of postnatal hospital stay: implications for cost and quality of care. *BMC Health Serv Res. BioMed Central*; 2016 Jan 15;16(1):16.
 33. Dowswell YN, Nagai T, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period (Review). *Cochrane Libr*. 2013;(7).
 34. McIntyre M, Francis K, Chapman Y. The struggle for contested boundaries in the move to collaborative care teams in Australian maternity care. *Midwifery*. 2012 Jun;28(3):298–305.
 35. Hunter B, Segrott J. Renegotiating inter-professional boundaries in maternity care: implementing a clinical pathway for normal labour. *Sociol Health Illn*. 2014;36(5):719–37.
 36. Elkan R, Robinson J, Williams D, Blair M. Universal vs. selective services: the case of British health visiting. *J Adv Nurs*. 2001;33(1):113–9.
 37. Mauroy M, Morales I, De Jonghe C, Bouvy A. Rôle de l'ONE – Office de la Naissance et de l'Enfance en période périnatale. 2015.
 38. Gouvernement belge. Accord de gouvernement. 2014 p. 170.
 39. Farfan-Portet M-I, Denis A, Mergaert L, Daue F, Mistiaen P, Gerkens S. L'hospitalisation à

- domicile : orientations pour un modèle belge – Synthèse. Bru; 2015.
40. De Block M. Plan d’approche Réforme du financement des hôpitaux. Brussels; 2015.
 41. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Appel à candidatures: Projets pilotes “accouchements avec séjours hospitaliers écourtés.” Brussels; 2015. p. 20.
 42. De Block M. Note de politique générale soins de santé. Brussels, Belgium: Chambre Législative; 2014 p. 33.
 43. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Oct;60(10):854–7.
 44. Cave AJ, Ramsden VR. Hypothesis: the research page. Participatory action research. *Can Fam physician Médecin Fam Can*. 2002 Oct;48:1671–2, 1676–7.
 45. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. 2014. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes
 46. Brownlee J. Complex Adaptive Systems. Melbourne; 2007.
 47. WHO. Postnatal care of the mother and newborn 2013. *World Heal Organ*. 2013;1–72.
 48. Sword WA, Krueger PD, Watt MS. Predictors of acceptance of a postpartum public health nurse home visit: Findings from an Ontario survey. *Can J Public Heal*. 2006;97(3):191–6.
 49. Kothari A, Rudman D, Dobbins M, Rouse M, Sibbald S, Edwards N. The use of tacit and explicit knowledge in public health: a qualitative study. *Implement Sci. BioMed Central*; 2012 Jan;7(1):20.
 50. Soltani H, Sandall J. Organisation of maternity care and choices of mode of birth: a worldwide view. *Midwifery*. 2012 Apr;28(2):146–9.
 51. Swensen SJ, Dilling J a, Milliner DS, Zimmerman RS, Maples WJ, Lindsay ME, et al. Quality: the Mayo Clinic approach. *Am J Med Qual*. 2009;24(5):428–40.
 52. Berry LL. The Collaborative Organization: Leadership Lessons from Mayo Clinic. *Organ Dyn*. 2004;33(3):228–42.