

## Évolution de la durée de séjour en maternité : vers davantage de courts séjours

Gauthier Vandeleene et Hervé Avalosse — Service d'études

### Résumé

Le but de cet article est de présenter l'évolution de la durée de séjour en maternité à l'aide des données de la MC, pour la période 2010 à 2019. Nous mesurons cette durée en calculant le nombre de jours entre la date de sortie de la maternité et la date d'accouchement. Globalement, la tendance générale est à la baisse : on passe d'une durée moyenne de 4,4 jours en 2010 à 2,8 jours en 2019. En 10 ans, la durée moyenne a donc diminué de plus d'un tiers. Bien sûr, le type d'accouchement a une influence sur la durée de séjour :

- par voie basse, la durée de séjour passe de 4,0 jours en 2010 à 2,4 jours en 2019 (soit 41% de diminution) ;
- par césarienne, la diminution est moins rapide : on passe de 5,7 jours (en 2010) à 4,3 jours en 2019 (une diminution de 25%).

Comme repris dans le Tableau 1 ci-dessous, cette diminution se traduit concrètement par un glissement progressif des séjours vers des durées courtes. Globalement, on voit que la proportion des mamans ne séjournant qu'un ou deux jours en maternité passe de 6% en 2010 à 19% en 2019. Par contre, la proportion de longs séjours (6 jours et plus), diminue de 15% à 2%. Plus étonnant est le fait que les mamans bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) qui restent deux jours maximum à la maternité sont proportionnellement deux fois plus importantes que les mamans qui ne bénéficient pas de l'intervention majorée (non BIM) (sur toute la période d'observation, peu importe le type d'accouchement). En d'autres termes, les mamans BIM passent moins de temps à la maternité après l'accouchement que les mamans non BIM.

Tableau 1 : Proportion des séjours en maternité selon la durée

		Séjours courts (1 à 2 jours)		Séjours longs (6 jours et plus)	
		2010	2019	2010	2019
Tous les types d'accouchement		6,2%	18,6%	14,8%	2,1%
Par voie basse		7,4%	23,0%	4,8%	0,8%
Par césarienne		1,4%	2,3%	55,3%	7,0%
Mamans non BIM	Tous les types d'accouchement	5,8%	17,1%	14,8%	1,9%
	Par voie basse	6,9%	21,0%	4,7%	0,7%
	Par césarienne	1,3%	2,0%	56,2%	6,8%
Mamans BIM	Tous les types d'accouchement	11,4%	29,6%	14,7%	3,2%
	Par voie basse	14,1%	37,7%	5,1%	1,6%
	Par césarienne	2,3%	3,9%	46,6%	8,1%

*La durée de séjour en maternité suscite bien des débats et des réactions (souvent négatives). En raccourcissant la durée de séjour, ne prend-on pas le risque de voir revenir à l'hôpital ou la maman ou le bébé ? Lorsqu'en 2015 une diminution du séjour en maternité d'une demi-journée a été imposée, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a bien rappelé qu'un séjour écourté doit s'accompagner d'un suivi postnatal (intégrant une vision globale et coordonnée des soins à délivrer). À ce sujet, les données de la MC montrent qu'on a fait bien des progrès, surtout du côté des sages-femmes. Mais on observe aussi que persiste un risque de suivi insuffisant. De sorte qu'au final, nous constatons paradoxalement que, malgré une activité conséquente des prestataires, le suivi postnatal systématique n'est toujours pas garanti, tant pour la maman que pour le bébé.*

*Si la tendance est bien d'aller vers des séjours de courte durée, ce qu'on observe également dans d'autres pays européens (notamment scandinaves), un retour précoce à la maison n'est pas forcément souhaitable pour tout le monde. L'état de santé de la mère et de l'enfant, ainsi que la capacité de la famille de s'occuper du nouveau-né à la maison doivent être évalués pour déterminer la date de sortie de l'hôpital. De ce point de vue, le fait que, dans notre pays, les mamans moins favorisées restent moins longtemps en maternité est interpellant.*

**Mots-clés : Maternité, durée de séjour, accouchement, voie basse, césarienne**

## 1. Introduction

Le séjour à la maternité fait souvent l'objet de bien des débats. Vu le nombre de femmes qui ont un projet de naissance, il est normal que le public s'empare des discussions politiques et scientifiques en cours sur tel ou tel sujet lié au passage à la maternité d'un hôpital.

En Belgique, un grand débat à ce sujet porte sur la durée du séjour à la maternité. Il a été décidé, à partir de 2015, d'entériner structurellement par une loi la diminution de la durée du séjour en maternité. L'objectif plus ou moins clair était de faire des économies. Il est vrai que les mamans belges restaient plus longtemps à la maternité que dans d'autres pays d'Europe.

Cette décision a suscité pas mal de remous, allant jusqu'à une procédure juridique donnant lieu à une annulation de la mesure pour l'année 2016. Cependant, les effets sont quant à eux restés : le séjour à la maternité est plus ou moins 20% plus court en 2019 qu'en 2015.

Certains acteurs hospitaliers avaient émis des doutes quant à cette mesure, questionnant son opportunité, mettant en avant sa dangerosité. Le Centre Fédéral d'Expertise de Soins de Santé (KCE) lui-même avait fixé des conditions pour la bonne marche d'un renvoi plus rapide des mamans à la maison ; entre autres, via le suivi par une sage-femme au domicile de la maman. En effet, bien accompagner la maman et le bébé dans

ses premiers jours de vie est crucial tant à la fois pour la maman que pour son bébé afin de prévenir tout problème grave de santé.

L'objectif de cet article est de présenter l'évolution de la durée de séjour en maternité en Belgique entre 2010 et 2019, à l'aide des données de la MC, selon différentes caractéristiques. De cette façon, nous pouvons voir ce que la décision impliquait en pratique. Nous présenterons d'abord le cadre législatif et les raisons des changements de législation. Ensuite, nous rappellerons les mises en garde de différentes parties prenantes. Nous analyserons ensuite largement l'évolution de la durée de séjour en maternité dans notre pays avant de la comparer à d'autres pays. Un projet pilote sur l'évaluation de cette mesure sera présenté, ainsi que ses résultats. Nous nous attarderons sur le fait que les mamans BIM restent moins longtemps à l'hôpital que les non BIM, ce qui nous semble interpellant dans ce débat avant de conclure plus largement.

## 2. La durée de séjour à l'hôpital : législation et changements

Ce n'est un secret pour personne, le secteur hospitalier n'est pas en bonne santé financière ; et ce depuis quelques années déjà. L'étude MAHA de Belfius (Goossens & Dessoy, 2020) sur la santé financière des hôpitaux fait le constat que beaucoup

d'institutions (et de plus en plus) fonctionnent à perte depuis quelques années. Parmi les causes de cette situation financière négative, on peut citer l'inadéquation entre l'offre de lits disponibles et la demande des patients. L'exemple des maternités est typique de cette problématique : certaines maternités font face à des pénuries de patients alors que d'autres croulent sous la demande. Le KCE préconise d'ailleurs de fermer un certain nombre de maternités (17 sur 104), faisant le constat que l'ensemble des maternités belges comptabilisaient 600 lits de trop et que cet excédent passerait à 1.000 d'ici 2025 (Lefèvre et al., 2019).

Afin de 'sauver' le secteur hospitalier, des initiatives ont déjà été prises. La plus importante d'entre elles est la vaste réforme du 'paysage' hospitalier initié en 2015, visant, entre autres, le regroupement d'institutions hospitalières par bassin de soins. Une autre fut le raccourcissement global de la durée des hospitalisations, en ce compris dans les maternités.

Comme expliqué par la ministre De Block : « Le financement des séjours hospitaliers s'effectue sur la base de durées d'hospitalisation moyennes au niveau national. [...] Concrètement, cela signifie qu'un budget national est disponible et qu'il est réparti entre les hôpitaux en fonction de leur activité justifiée pour couvrir les coûts en matière de personnel soignant et infirmier et de produits médicaux. Un hôpital est donc uniquement financé pour les journées (séjours, admissions) qui sont justifiées. L'activité justifiée est calculée en additionnant la durée de séjour dans tous les hôpitaux, qui est ensuite divisée par le nombre de patients admis à l'hôpital, afin de parvenir ainsi à une moyenne nationale. Chaque hôpital est financé sur la base de son nombre d'admissions, pondéré en fonction de la durée moyenne nationale de séjour par groupe de pathologie et tenant également compte de la gravité de l'état du patient. Si la durée moyenne de séjour à l'hôpital pour un groupe déterminé de patients est plus courte que cette moyenne nationale, c'est avantageux pour l'hôpital (car l'hôpital reçoit du financement pour plus de jours d'hospitalisation que ceux qui ont réellement eu lieu). Si la durée moyenne de séjour pour un groupe de patients est plus longue que la moyenne nationale, c'est désavantageux pour l'hôpital » (De Block, 2016).

Il est donc clair que les hôpitaux ont tous un intérêt financier direct à diminuer la durée du séjour. Cette tendance s'était déjà remarquée auparavant dans les maternités belges, même si cette durée restait toujours plus élevée que chez nos voisins. En se basant sur cette tendance, il fut donc décidé de rendre contraignante en 2015 une diminution d'une demi-journée de la durée du séjour.<sup>1</sup>

### Encadré 1 : Financement de l'activité hospitalière

« Le financement national des services cliniques via le BMF (Budget des moyens financiers) de chaque hôpital se répartit sur base de points. Cette sous-partie des services cliniques (nommée B2 parmi les 16 sous-parties du BMF) est la plus importante. Elle représente 42% du total du BMF. C'est d'ailleurs sur cette partie du BMF que "l'activité médicale réalisée à l'hôpital exerce la plus grande influence" (Crommelynck et al., 2013, p. 24). Même si l'activité médicale est aussi mesurée par les actes identifiés par les codes INAMI, elle n'est pas prise en compte dans le calcul du BMF » (Stas, 2015, p. 4).

« Les points attribués à chaque hôpital se calculent en grande partie sur le personnel soignant et sur les cadres infirmiers, le personnel du bloc opératoire, le personnel des urgences, le coût du matériel médical et la stérilisation centrale. En ce qui concerne le personnel soignant, le calcul des points se divise en deux parties : d'une part, sur le nombre de lits justifiés (points de base), et, d'autre part, sur l'activité de l'hôpital (points supplémentaires).

Le terme de 'lits justifiés' correspond aux lits compris dans le calcul de la sous-partie B2. Ils sont obtenus en divisant le total des journées justifiées d'un service sur une année, par 365 et également par le taux d'occupation normalisé du service en question. On obtient donc un nombre de lits justifiés par séjour. Pour pouvoir calculer une activité justifiée, il est demandé à chaque hôpital d'envoyer au SPF Santé Publique les RHM's (Résumés Hospitaliers Minimum). Ces données contiennent des informations médicales, infirmières et administratives. Ces informations permettent de classer un séjour dans un groupe homogène de pathologie et un niveau de sévérité : 'All Patient Refined Diagnosis Related Groups' (APR-DRG). Il est ensuite possible de déterminer des moyennes nationales par APR-DRG et niveau de sévérité pour la durée de séjour, pour les consommations de médicaments ou pour d'autres types de dépenses. [...] Un hôpital gagne financièrement à améliorer la durée de ses séjours uniquement si les autres hôpitaux du pays (ou en tout cas la moyenne) n'évoluent pas proportionnellement » (Stas, 2015, pp. 4-5). À l'opposé si un hôpital ne diminue pas la durée de ses séjours alors que les autres hôpitaux le font, son financement va diminuer.

1. On a tenté de répéter la même opération en 2016, sans succès (avec une bataille juridique), voir <https://www.healthcare-executive.be/fr/actualites/socio-professionnel/sejour-ecourte-de-block-fait-marche-arriere.html>

### 3. Le débat en Belgique

Sans surprise, les avis sur un séjour écourté en maternité sont légion et principalement négatifs. Si l'on prend les avis rapportés dans la presse généraliste, certains propos sont même alarmants. Ainsi, dans un article récent, on fait part d'une augmentation du risque de réadmission de la mère ou du bébé dans le cas d'un renvoi précoce. D'une façon générale, certains lient d'ailleurs la sortie précoce au risque de réadmission (De Wandeler, 2017).

De son côté, la Fédération des maisons médicales mettait en avant le fait que « cette situation induit un risque de vide de soins, notamment pendant la première semaine post-partum particulièrement cruciale, surtout pour les familles les plus vulnérables et les mères qui doivent reprendre rapidement les tâches familiales et qui ont un faible réseau social. Or, ce sont aussi ces familles qui se méfieront peut-être d'une visite de l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) ou d'une sage-femme de l'hôpital, craignant une forme de contrôle » (Chapois, 2017, p. 6).

Pour les sages-femmes ou d'autres prestataires, il est vrai que le retour à la maison « plus tôt » posait un certain nombre de défis ; un séjour « écourté » les renforcerait. Selon des focus groups organisés dans le cadre d'une étude « pré-diminution du séjour » (et dans la partie francophone du pays), le retour précoce serait préjudiciable pour certains profils de mamans : « les situations de vulnérabilité se déclinent de multiples façons au niveau de la maman (vulnérabilité économique, psychologique, situation d'isolement, grossesse multiple, âge, maîtrise du français, niveau d'instruction, attachement au bébé, confiance en soi, allaitement, les mamans multipares qui devront également s'occuper de leurs autres enfants, ...) ainsi qu'au niveau du bébé (prématuré, difficulté à prendre du poids, difficulté à téter, ...). La distance géographique qui sépare le domicile de la maman de la consultation postnatale peut également constituer un obstacle et nuire à la qualité du suivi. Notons également que le manque de maîtrise de la langue française est à la fois considéré comme un critère en faveur d'un retour précoce (considérant que la maman sera mieux parmi les siens) que comme un critère justifiant que ce retour précoce ne soit pas envisageable. Il semble en fait que ce soit davantage la qualité de l'entourage de la maman et/ou l'existence de représentations « erronées » en lien avec sa culture qui soient les critères déterminants » (Moreau et al. 2013, p. 72).

De leur côté, les pédiatres ont fait part de leurs préoccupations : « La sortie précoce de la maternité est une possibilité en Belgique à condition de rencontrer les conditions nécessaires pour garantir la sécurité du bébé. Ces conditions devront aussi être financées. L'économie éventuelle engendrée par la sortie précoce devra sans doute être investie afin de satisfaire à ces conditions de sécurité. [...] Selon nous, il est peu probable que la réorganisation du paysage périnatal conduise à une économie pour les pouvoirs publics. Le gain du séjour court doit être réinvesti dans un meilleur screening avant la sortie et une meilleure organisation des soins à domicile pour pouvoir offrir au nouveau-né des soins de qualité et sans risque. Le choix des séjours courts à la maternité est donc à conseiller pour d'autres arguments que des arguments économiques » (Académie belge de pédiatrie, 2016).

### 4. Les durées de séjour en maternité selon les données MC

Quelle est l'évolution de la durée de séjour en maternité ? Que voyons-nous dans les données de la MC ? Pour cette analyse, nous avons sélectionné toutes les mamans, membres de la MC, qui ont accouché entre 2010 et 2019. Cela représente environ 430.000 personnes sur la période étudiée. Les accouchements ont eu lieu dans un hôpital bien identifié. De plus, la date d'accouchement et la date de sortie de la maternité sont bien connues.

Il est important de clarifier la notion de « durée de séjour » en maternité. En effet, les méthodes pour la calculer peuvent différer selon les approches (Campbell et al., 2016). De façon intuitive : c'est la différence en nombre de jours entre le jour où la maman accouche et le jour où elle quitte la maternité (pour rentrer chez elle ou passer immédiatement dans un autre service de l'hôpital voire même dans un autre hôpital).

C'est donc bien la période post-partum que l'on vise. Pour l'explicitier plus clairement : si la date d'accouchement<sup>2</sup> est J0 et que la maman sort de la maternité en J3, alors la durée de séjour est de trois jours (ce nombre correspond alors exactement au nombre de nuitées passées en maternité)<sup>3</sup>. Dans d'autres pays, on ne comptabilise la durée d'hospitalisation qu'à partir du moment où la personne a quitté la salle d'accouchement et se retrouve dans sa chambre.

2. Les données mutualistes ne renseignent pas l'heure de l'accouchement.

3. Cette méthode permet de coller au mieux à la vision qu'ont les mamans de la durée qu'elles ont passée en maternité. Dans une étude en particulier, lorsqu'elles passent entre 24 et 47 heures à l'hôpital, elles déclarent être restées une journée. Voir Campbell et al. (2016). De plus, cette méthode nous permet d'avoir des données qui recourent presque parfaitement les durées rapportées par l'OCDE pour la Belgique depuis 2010. Voir [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en)

**Tableau 2 : Durée moyenne et médiane des séjours en maternité pour tout type d'accouchement (Données MC, 2010-2019)<sup>4</sup>**

Année	Nombre de membres uniques ayant accouché	Moyenne de la durée de séjour (nombre de jours)	Médiane de la durée de séjour (nombre de jours)	Diminution (%) de la durée moyenne (par rapport à l'année précédente)
2010	45.795	4,37	4	-
2011	45.562	4,29	4	2,0%
2012	44.981	4,17	4	2,6%
2013	43.712	4,10	4	1,6%
2014	44.091	4,00	4	2,6%
2015	43.043	3,62	4	9,4%
2016	43.406	3,39	3	6,5%
2017	41.604	3,31	3	2,2%
2018	41.104	3,26	3	1,6%
2019	41.294	2,78	3	14,6%

Comme présenté dans le Tableau 2, la durée a, en effet, connu une diminution « brutale » entre 2014 et 2015, continuant également en 2016 à un rythme plus important que toutes les années précédentes. On observe également une forte diminution entre 2018 et 2019. En 10 ans, la durée moyenne a diminué de près de 36%. Le rythme de cette diminution est élevé : de l'ordre 5% par an.

On retrouve cette tendance à la baisse selon le type d'accouchement pratiqué, comme le montre le Tableau 3. Il y a une diminution très marquée pour l'accouchement par voie basse, puisqu'on arrive à une diminution d'un peu plus de 40% en 10 ans, alors que la durée de séjour pour les accouchements par césarienne diminue moins fortement (d'un quart).

Pour aller un peu plus loin dans les détails, regardons la distribution du nombre de mamans ayant accouché selon le nombre de jours passés en maternité (voir Tableau 4 en annexe).

Nous assistons à un glissement progressif des séjours vers les durées inférieures, lorsqu'on prend en compte tout type d'accouchement. En effet, en proportion, les durées de quatre

jours et plus diminuent toutes (dans des proportions diverses) entre 2010 et 2019. Il n'y a presque plus de séjours d'au moins six jours en 2019 : à peine 2% des patientes. Alors qu'en 2010 cette proportion était de 15%. Du côté des très courts séjours, il n'y avait que 6% des mamans qui restaient un ou deux jours en maternité en 2010, elles sont près de 19% en 2019. Au milieu, même tendance, une diminution d'un facteur 4 des patientes qui restent cinq jours et quasi quadruplement des patientes qui restent trois jours.

Lorsqu'on regarde par type d'accouchement, les tendances sont exactement pareilles, avec des durées différentes bien sûr : toutes les durées supérieures (quatre jours et plus pour les voies basses, six jours et plus pour les césariennes) diminuent, laissant place à des durées inférieures. Par exemple, pour les accouchements par voie basse, on quadruple presque le nombre de patientes restant trois jours à l'hôpital, pour les accouchements par césarienne, on plus que quadruple le nombre de mamans qui restent quatre jours (voir Tableau 5 en annexe).

4. Nous gardons uniquement une observation par année par membre, afin de continuer à parler de membre et non d'accouchement. Il y a maximum dix femmes qui accouchent deux fois par année, pour les accouchements où nous avons une observation certaine de la durée de séjour.

Plus surprenant (et peu documenté dans la littérature) est le fait que les séjours sont plus courts pour les mamans bénéficiaires de l'intervention majorée<sup>5</sup> (BIM) (voir Tableau 6 en annexe). Dans le cas des membres MC, les mamans BIM qui restent deux jours maximum à la maternité sont en proportion deux fois plus nombreuses que les mamans non BIM. Cet état de fait est constant depuis en tout cas 2010.

C'est surprenant car la proportion de naissances par césarienne est plus élevée chez les mamans BIM que chez les mamans non BIM, et ce sur toutes les années depuis 2010 (voir Tableau 7 en annexe). Cela pousserait normalement la durée de séjour à la hausse vu la complexité accrue d'un accouchement par

césarienne. Il n'en est rien. Lorsqu'on regarde séparément les durées des accouchements par voie basse et par césarienne pour les mamans BIM et non BIM (voir Tableau 8 en annexe), la conclusion présentée ci-dessus est également valable : les mamans BIM ont des durées de séjour bien plus courtes que les mamans non BIM.

**Tableau 3 : Durée moyenne et médiane des séjours en maternité selon le type d'accouchement (Données MC, 2010-2019)**

Année	Césarienne				Voie basse			
	Nombre de membres uniques ayant accouché	Médiane de la durée de séjour	Moyenne de la durée de séjour	Diminution durée moyenne (%)	Nombre de membres uniques ayant accouché	Médiane de la durée de séjour	Moyenne de la durée de séjour	Diminution durée moyenne (%)
2010	9.116	6	5,71	-	36.679	4	4,04	-
2011	9.093	6	5,61	1,7%	36.469	4	3,95	2,1%
2012	8.878	5	5,44	3,0%	36.103	4	3,86	2,4%
2013	8.876	5	5,35	1,8%	34.836	4	3,78	1,9%
2014	9.105	5	5,20	2,8%	34.986	4	3,68	2,7%
2015	8.853	5	4,78	8,1%	34.190	3	3,32	9,8%
2016	9.012	4	4,53	5,2%	34.394	3	3,08	7,1%
2017	8.653	4	4,45	1,8%	32.951	3	3,01	2,5%
2018	8.647	4	4,37	1,8%	32.457	3	2,96	1,7%
2019	8.704	4	4,28	2,0%	32.590	3	2,38	19,6%

5. Grâce à ce statut, les personnes qui ont des revenus faibles bénéficient d'un meilleur remboursement pour leurs soins de santé (les tickets modérateurs sont plus faibles, voire inexistant). Pour avoir droit à l'intervention majorée, il y a deux possibilités. La première est relative au fait que la personne bénéficie déjà d'une allocation spécifique, comme le revenu d'intégration sociale, la garantie de revenus aux personnes âgées, etc. Avec la seconde, l'intervention majorée est accordée, après enquête de revenus, aux ménages dont le revenu annuel brut imposable ne dépasse pas un certain montant : 19.892 euros, augmentés de 3.683 euros par membre de ménage supplémentaire (montants en vigueur au 1er janvier 2021). Comme on le voit, avec de tels montants, bénéficier de l'intervention majorée est un bon proxy pour la vulnérabilité socio-économique.

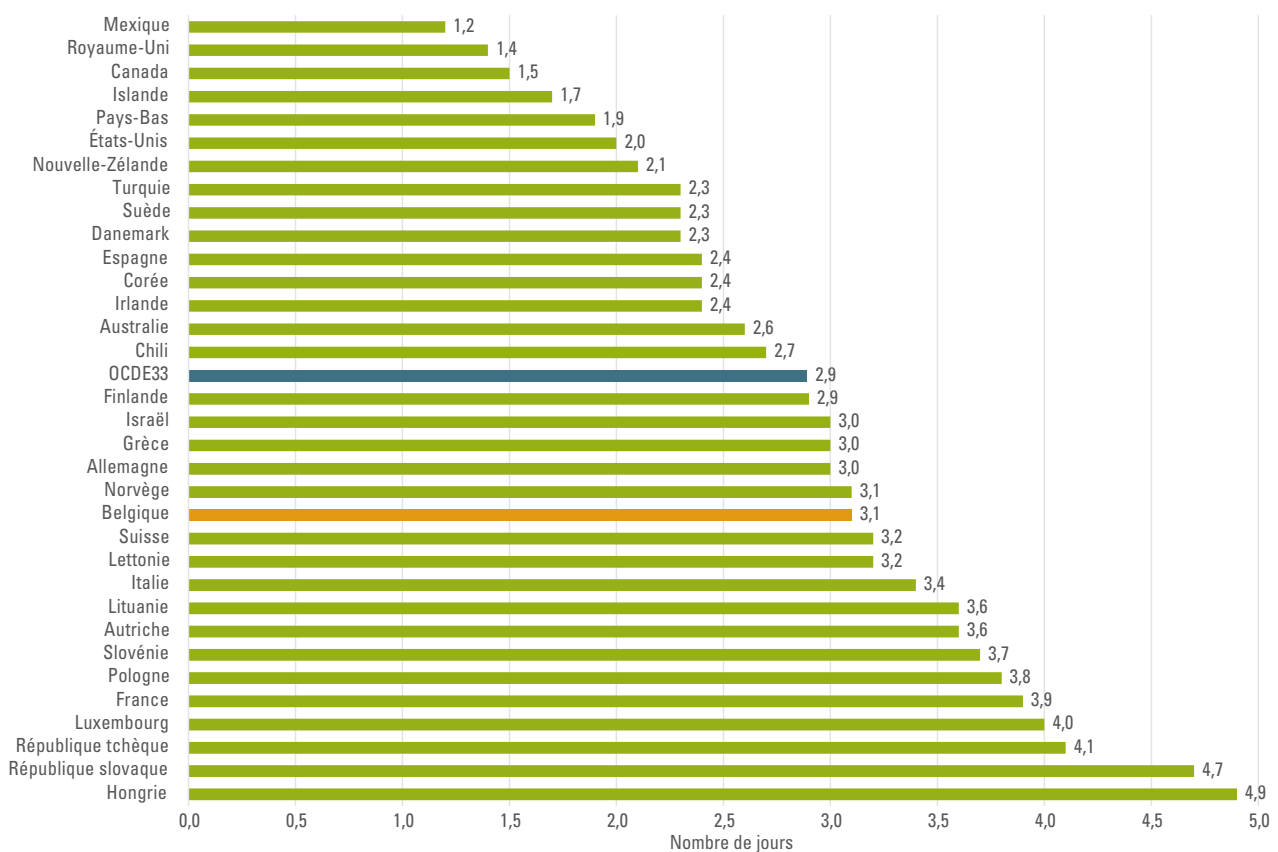
## 5. Petit tour d'Europe de la durée de séjour en maternité

Si, dans notre pays, cette tendance à la diminution de la durée de séjour en maternité peut paraître contre-intuitive, il faut la mettre en lien avec ce qui se passe dans d'autres pays européens. Ainsi, il n'est (peut-être) pas choquant qu'une patiente reste deux jours en maternité, si et seulement si un suivi (pré et) postnatal strict est mis en place (Benahmed et al., 2014). Force est de constater que (malgré les différences de méthodes de calcul mentionnées plus haut) la Belgique se situe encore aujourd'hui au-dessus de la moyenne pour ce qui est des accouchements à l'hôpital. En effet, en 2017, nous sommes toujours au-dessus de la moyenne (3,1 contre 2,9) pour la durée des séjours pour un accouchement par voie basse

(voir Figure 1). Notons également une bonne similitude entre les chiffres de l'OCDE et ceux de la MC pour la Belgique (3,1 pour l'OCDE, 3,0 pour la MC).

Des pays comme l'Islande, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Suède ou le Danemark présentent des durées moyennes de deux voire moins de deux jours passés à l'hôpital (voir Figure 1). Cela nous indique qu'il n'est pas « scandaleux » ou voire même « dangereux » à priori qu'un ministre décide d'inciter à la diminution de la durée de séjour en maternité (sans outrepasser les limites de la sécurité de la maman et du nouveau-né). De plus, quand on regarde la statistique sur la mortalité des nouveau-nés, l'Islande, la Suède, les Pays-Bas et le Danemark ont des taux de mortalité infantile<sup>6</sup> plus faibles que le nôtre (EUROSTAT, 2019).

Figure 1 : Durée de séjour à la maternité pour un accouchement par voie basse, année 2017 (OCDE, 2019a)



6. Rapport entre le nombre de décès d'enfants âgés de moins d'un an au cours de l'année et le nombre de naissances vivantes au cours de la même année.

Néanmoins, comme l'a rappelé le KCE, avant que l'on ne diminue réellement la durée de séjour en maternité, un suivi standardisé des mamans à leur domicile, par des sages-femmes particulièrement, doit être organisé (Benahmed et al., 2014). Dans des pays comme ceux cités ci-dessus, le suivi par sage-femme était beaucoup plus répandu qu'en Belgique lorsqu'on a décidé de diminuer drastiquement la durée de séjour. Au Royaume-Uni, par exemple, un système de suivi à domicile existe depuis longtemps. Le nombre de visites n'est pas fixe mais la durée du suivi est au moins de dix jours et davantage si la sage-femme le juge nécessaire. Enfin, une visite de « check up » final a lieu après six à huit semaines (Dennis & Hodnett, 2002). Si, en Belgique, le suivi postnatal par une sage-femme était encore marginal il y a quelques années, les choses ont changé dans le bon sens récemment en Belgique (voir le point 7 ci-après).

D'un autre côté, il n'est pas non plus inimaginable de penser l'accouchement en dehors de l'hôpital. En effet, aux Pays-Bas, c'est le cas pour 20% des accouchements (Hermus et al., 2017). Dans des systèmes où l'accouchement à domicile est bien pensé, il n'y a pratiquement pas d'augmentation de risques pour un accouchement par voie basse à priori sans risque (Olsen, 1997 ; Olsen & Clausen, 2012), si la formation des prestataires de soins est au rendez-vous (Janssen et al., 2009), entre autres conditions (de Jonge et al., 2009). A fortiori, dans certains pays, si on laissait la possibilité de choix, les futures mamans seraient généralement plus favorables à accoucher chez elle que dans une situation sans possibilité de choix (Hildingsson et al., 2003). Bien sûr, ce type d'accouchement sera encouragé principalement pour de futures mamans en bonne santé ayant eu une grossesse sans événements problématiques (c'est d'ailleurs les mamans qui ont ce profil qui font le choix de l'accouchement à domicile) (Boucher et al., 2009). Encore une fois, des conditions strictes pour ce genre d'accouchement doivent être réunies, ce qui n'est pas le cas partout, comme l'a montré une étude menée aux États-Unis (de Crespigny & Savulescu, 2014).

## 6. Résultat d'un projet pilote et expérience d'un hôpital

Comme on l'a vu au point 3 ci-dessus, bien des craintes ont été exprimées au vu de la diminution de la durée de séjour en maternité. Dispose-t-on de retours d'expérience, d'évaluations à ce sujet ? Un projet pilote a été mis en place à partir du 1er juillet 2016 afin d'analyser les conséquences de la diminution

du séjour en maternité sur l'organisation des soins, à l'hôpital et à domicile, et ce dans six hôpitaux à travers le pays. Chacun de ces hôpitaux avait des projets différents, avec des durées de séjour écourtés, durées de prises en charge globale et trajets de soins différents. Bizarrement, les séjours écourtés ou court-séjours n'ont pas la même définition selon la province ou l'hôpital analysé dans le rapport (SPF Santé Publique, 2019).

Les séjours écourtés pour des accouchements par voie basse étaient de deux ou de trois jours, un jour de plus pour les accouchements par césarienne. Dans un des hôpitaux, les femmes accouchant par césarienne étaient exclues de l'étude. Selon les conclusions du rapport, qui fait le bilan des deux premières années du projet-pilote, plus de 80% des mères se disent satisfaites d'y avoir participé. Les prestataires de soins des maternités se montrent un peu moins enthousiastes car « la réduction de la durée de séjour à l'hôpital entraîne une concentration des journées pour lesquelles l'intensité des soins est la plus élevée » (SPF Santé Publique, 2019, p. 9).

Dans sa conclusion générale, le rapport précise : « Il n'y a aucune indication comme quoi le séjour écourté aurait une influence négative sur la santé de l'enfant ou de la mère. En outre, les mères disent être satisfaites de la dispensation des soins. Les séjours écourtés deviennent de plus en plus courants dans la pratique ; la mère et son enfant ne prolongent plus inutilement leur séjour à l'hôpital et reçoivent les soins adéquats dans leur environnement familial » (SPF Santé Publique, 2019, p. 12).

Néanmoins, le rapport dit bien que le partage de données par voie électronique entre les différents prestataires de soins, la charge de travail des prestataires de soins à l'hôpital et les soins aux femmes enceintes vulnérables sont des points à améliorer. Enfin, même si ce retour d'expérience est plutôt encourageant, on ne peut pas le considérer comme apportant une réponse définitive. Le contenu du rapport est descriptif et « les constatations reprises dans le présent rapport ne peuvent donc pas être considérées comme étant des résultats scientifiques » (SPF Santé Publique, 2019, p. 2).

Des retours d'expérience plus négatifs existent aussi. Ainsi, dans une interview, un médecin de l'hôpital Tivoli à La Louvière déclare : « Le taux de réadmission a quasiment quadruplé pour ces enfants nés par voie basse sans complication. En 2014, on avait un taux de 0,5%, maintenant il est monté à 2%. Avec des retours précoces, on a vu apparaître un cas d'ictère nucléaire qui est une forme sévère de jaunisse, qui a une atteinte cérébrale bien spécifique et qui évolue vers des séquelles neurologiques graves » (RTL INFO, 2016).



## 7. Suivi (pré et) postnatal : rappel des chiffres de la MC

Écourter le séjour en maternité est possible s'il s'accompagne d'un suivi circonstancié de la maman et du bébé en postnatal. La littérature est assez unanime à ce sujet et le KCE l'avait bien souligné également (Benahmed et al., 2014). Où en est-on en Belgique à ce sujet ? Dans un précédent article (Vandeleeene & Avalosse, 2021), on avait montré l'état des lieux à l'aide des données de la MC, pour la période 2011 à 2019.

Nous reprenons ci-après quelques traits saillants pour le suivi postnatal selon le type de professionnel de soins (dans les trois mois qui suivent l'accouchement).

### • Sages-femmes

- La progression de l'activité des sages-femmes en postnatal est spectaculaire. Le taux de suivi par les sages-femmes (soit la proportion de femmes qui ont eu au moins un contact avec une sage-femme dans les trois mois qui suivent la naissance) a considérablement augmenté : à l'échelle de la Belgique, on passe de 42% en 2011 à environ 86% en 2019.
- Point positif à souligner : les mamans BIM ont pratiquement autant de chance que les non BIM de bénéficier de ce suivi postnatal. Probablement, les sages-femmes y veillent, en proposant ce suivi à toutes. De plus, il n'y a pas de barrière financière, ces prestations ne génèrent généralement pas de tickets modérateurs ou de suppléments.
- Pour les mamans qui sont suivies par une sage-femme, le volume de contacts suit également une tendance à la hausse. À l'échelle de la Belgique, le volume moyen de contacts passe de 4,1 en 2011 à 5,1 en 2019 (le volume médian passe de 3 à 5 sur la même période).

### • Gynécologues

- Dans les trois mois qui suivent l'accouchement, 86% des mamans ont vu leur gynécologue. Mais un clivage social apparaît : le taux de suivi est nettement plus élevé pour les mamans non BIM que celui observé pour les mamans BIM.
- Le volume de contacts est également très stable sur la période étudiée : la médiane se situe à 1 contact avec un gynécologue dans les trois mois après l'accouchement.

- Sages-femmes et gynécologues considérés ensemble
  - Quand on combine l'activité des sages-femmes et des gynécologues, le taux de suivi est très élevé. Au cours de la période étudiée, ce taux est même en forte augmentation spécifiquement chez les mamans BIM. Cela dit, il reste un écart social significatif. En 2019, un peu plus de 98% des mamans non BIM ont vu ou bien leur gynécologue ou bien une sage-femme. Mais pour les mamans BIM ce même pourcentage se situe à 95%.

- Quand elles sont suivies, le nombre de contacts est de l'ordre 4 à 6 fois (nombre médian de contacts en 2019). Mais pour 25% des mamans, ce nombre sera de 3 ou moins (P25). Cela paraît faible ou juste le minimum. Pire, le P5 (soit les 5% de mamans qui ont le moins de contacts postnatals) est à 1 contact. Ici, il y a un risque de suivi postnatal insuffisant.

### • Pédiatres

- Globalement, à l'échelle de la Belgique et en 2019, près de 82% des bébés ont été vus par un pédiatre endéans les trois mois qui suivent leur naissance. Ce pourcentage est en augmentation, il était de 70% en 2011.
- Du point de vue du statut social du bébé (qui est équivalent à celui de son titulaire), on observe un écart persistant en défaveur des bébés BIM. En 2019, 77% des bébés BIM ont été vu au moins une fois par un pédiatre, tandis que cette proportion est de 83% pour les bébés non BIM.
- Pour ceux qui bénéficient de ce suivi pédiatrique, les volumes de contacts sont assez stables au cours du temps. La médiane est autour de 2 à 4, la moyenne est plus élevée : autour de 5 à 7. Ici, on n'observe pas vraiment de différence entre les bébés BIM et non BIM.

Pour le suivi postnatal, l'impression générale qui se dégage de ces statistiques est qu'on a fait beaucoup de progrès, surtout du côté des sages-femmes. Mais on voit aussi qu'il y a un risque de suivi insuffisant. De sorte qu'au final, on est face à un paradoxe : malgré une activité conséquente des prestataires, le suivi systématique n'est pas garanti, tant pour la maman que pour le bébé. Cela dit, il est difficile de conclure de façon définitive car nos données mutualistes n'intègrent pas les contacts organisés par Kind & Gezin et l'Office de la Naissance et de l'Enfance. Il est possible qu'ils combler certaines lacunes.

Et quand on regarde le suivi prénatal, c'est la même impression générale qui se dégage. Durant leur grossesse, les futures mamans sont quasi toutes suivies par un gynécologue, qui occupe ici une place centrale. L'activité des gynécologues est conséquente : en 2019, le volume de contacts est de l'ordre de 11 à 12 (médiane et moyenne). À cela s'ajoute l'activité des sages-femmes qui est en croissance : le taux de suivi des futures mamans durant leur grossesse passe de 45% en 2011 à environ 80% en 2019. Ici, le volume moyen de contacts passe de 3,2 en 2011 à 4,3 en 2019 (le volume médian passe de 2 à 3 sur la même période).

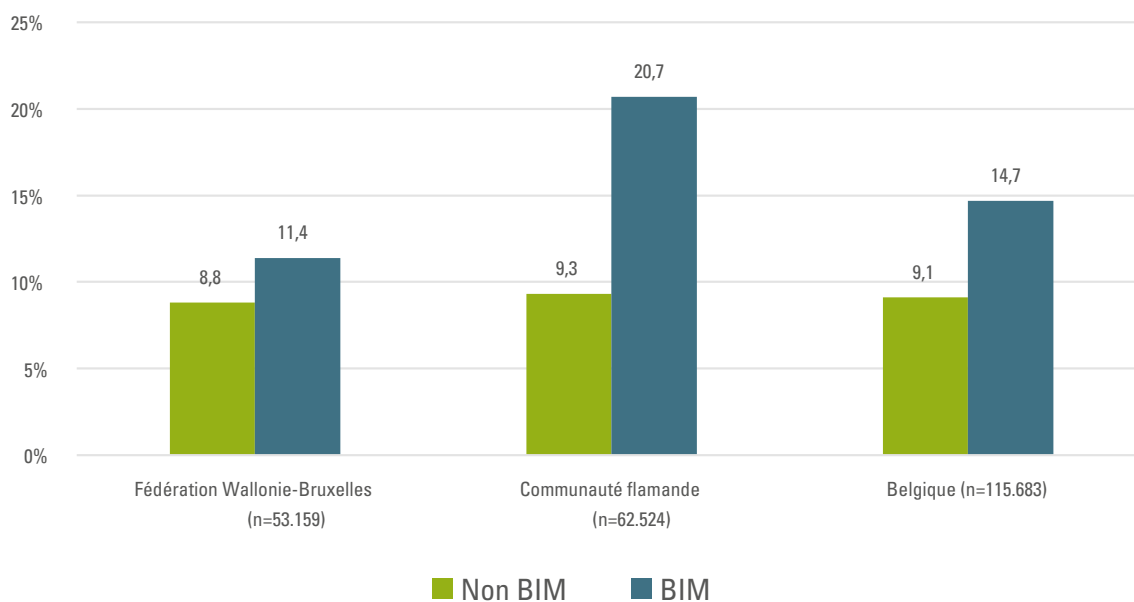
Au vu de ces indications, on pourrait croire que le suivi prénatal est bien garanti. Mais ce n'est pas toujours le cas. Même après avoir additionné l'activité des sages-femmes et des gynécologues, il est frappant et inquiétant de voir que 5% des futures mamans ont un volume de contacts durant la grossesse de l'ordre de 6 ou 8 contacts (respectivement selon que les mamans sont BIM ou non BIM). Cela signifie qu'il y a 5% des mamans qui ont moins ou juste le minimum de contacts recommandés par les autorités sanitaires Suédoises et Britanniques (Vandeleene & Avalosse, 2021).

## 8. Pourquoi les mamans BIM quittent-elles plus tôt l'hôpital ?

On a vu au point 4 que les mamans BIM avaient tendance à avoir un séjour plus court en maternité par rapport aux mamans non BIM, peu importe le type d'accouchement. Ceci n'est pas neuf. Cela avait déjà été montré sur base des données de 2010 de l'Agence Intermutualiste<sup>7</sup> (AIM) (voir Figure 2) : à l'époque, la proportion de femmes qui sortaient précocement<sup>8</sup> de la maternité était plus élevée parmi celles qui bénéficient de l'intervention majorée (BIM) (14,7%) par rapport aux autres (9,1%). Cet écart est plus important en Communauté flamande qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles. Malheureusement, les auteurs de cette étude ne font que décrire les données et n'expliquent pas non plus les raisons de cet état de fait (Moreau et al., 2013, p. 25).

Que trouve-t-on dans la littérature à ce sujet ? Le fait que des mamans socialement plus vulnérables quittent précocement la maternité est également observé dans d'autres pays. Ainsi, au Royaume-Uni, une étude a montré qu'une

Figure 2 : Proportion de sorties précoces de la maternité en fonction du statut social de la maman (données AIM, 2010)



7. Les données traitées ici sont donc exhaustives, car regroupant l'ensemble des mutualités en Belgique.

8. La durée de séjour couvre la période entre la date du jour de l'accouchement (J0) et la date du jour de sortie de la maternité. La définition de la sortie précoce dépend du type d'accouchement : il s'agit d'« une sortie avant J3 pour les accouchements par voie basse et d'une sortie avant J5 pour les accouchements par césarienne » (Moreau et al., 2013, p. 21).

personne habitant dans une région plus pauvre a une plus grande probabilité de sortir plus tôt de l'hôpital, toute chose étant égale par ailleurs. Les auteurs sont eux-mêmes surpris : « Le fait que la sortie précoce de l'hôpital semble être plus fréquente dans les groupes les plus défavorisés est un résultat frappant, qui ne s'explique pas par les caractéristiques de la mère ou du bébé. [...] Les raisons de cette relation inattendue entre le statut socio-économique et la sortie précoce ne sont pas claires et des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre pourquoi ces décisions sont prises »<sup>9</sup> (Oddie et al., 2005, p. 122, notre traduction).

Une étude pour les États-Unis montre que les patientes qui sont assurées par le système d'assurance publique Medicaid (pour les individus et familles à faible revenu) sont plus susceptibles de quitter tôt l'hôpital, comparées aux patientes assurées par une assurance privée. Ce n'est pourtant pas une question d'argent, la couverture de l'assurance publique étant similaire à celle d'une assurance privée : « les groupes où la durée du séjour était la plus courte comprenaient davantage de femmes bénéficiant d'un financement public pour leurs soins de santé, même si plus de 90% de ces mères étaient inscrites, par le biais du programme Medicaid, aux mêmes plans de santé offrant les mêmes prestations pour l'hospitalisation post-partum que les mères bénéficiant d'une assurance privée »<sup>10</sup> (Weiss et al., 2004, notre traduction).

Une hypothèse avancée par les auteurs est qu'il pourrait s'agir d'une erreur d'anticipation ou d'une méconnaissance de la couverture offerte par l'assurance publique : croyant être moins bien couvertes et devoir faire face à des coûts, ces mamans quittent la maternité plus tôt : « Les femmes bénéficiant d'un financement public peuvent avoir été renvoyées plus tôt afin de soutenir les efforts de limitation des coûts face à un remboursement limité »<sup>11</sup> (Weiss et al., 2004, notre traduction). En tout cas, plus grave, cela signifie que « prises ensemble, les caractéristiques sociodémographiques des groupes à durée de séjour plus courte ne décrivent pas les mères à faible risque pour lesquelles les programmes de sortie précoce étaient initialement prévus. Les femmes présentant des caractéristiques souvent associées à la vulnérabilité sont sorties plus tôt de l'hôpital »<sup>12</sup> (Weiss et al., 2004, notre traduction).

Cette hypothèse peut s'appliquer à la Belgique. Malgré l'effort de clarification des hôpitaux et des mutuelles, l'assurance

soins de santé obligatoire contient de nombreuses possibilités de demander des suppléments. Par manque de connaissance et d'information sur les remboursements et sur ce qui va leur rester à charge, il est possible que des patientes peu disposées à payer des sommes importantes choisissent la solution la moins risquée (surtout si l'attention de la patiente s'oriente fortement vers le coût de l'accouchement, ce qui peut être le cas pour des bénéficiaires de l'intervention majorée). Pour rappel, selon les chiffres de la MC, un accouchement en chambre double/commune coûte en moyenne près de 300 euros à charge de la maman, un accouchement en chambre simple revient à plus de 1.600 euros (MC, 2019).

Autre élément pouvant influencer la durée de séjour : le choix du type chambre. Globalement, les mamans étudiées dans le cadre du présent article privilégient la chambre à un lit (71% des accouchements pour la période 2010-2019). On peut faire l'hypothèse qu'un séjour en chambre à deux lits est moins confortable qu'un séjour en chambre privée. Dans nos données mutualistes, on observe qu'à statut social équivalent (BIM ou non BIM), le séjour en chambre privée est plus long qu'en chambre à deux lits. De plus, nos mamans BIM optent bien davantage pour la chambre à deux lits (sur la période étudiée, 80% des accouchements des mamans BIM ont eu lieu en chambre à deux lits). Il semble donc que le fait de séjourner en chambre à deux lits renforce la tendance qu'ont les mamans BIM à sortir plus rapidement de la maternité.

Pour être complet, d'autres études ne trouvent aucun impact des caractéristiques socio-économiques sur la durée de l'hospitalisation post-partum (Nilsson et al., 2017). Une étude sur la pratique des obstétriciens aux États-Unis et Canada montrent également que « de nombreux médecins ont considéré que les facteurs de risque psychosociaux et démographiques potentiels [âge, statut socio-économique, ethnicité, etc.] étaient relativement peu importants pour prendre des décisions de sortie précoce, préférant mettre l'accent sur des aspects de l'état médical du patient, de son parcours hospitalier et de son soutien social » (Britton, 1998, notre traduction).

D'une façon générale, il est bon de rappeler que les personnes faisant partie des quintiles de revenus les plus bas déclarent la plupart du temps être en moins bonne santé (OCDE, 2019b, p.5) et sont dans les faits, en moins bonne santé (Marmot, 2005). Beaucoup de causes peuvent jouer : par exemple, ces person-

9. Texte original : « *That early discharge seems to occur more commonly in more deprived groups is a striking finding, not explained by the characteristics of the mother or the baby. [...] The reasons for this unexpected relation between socioeconomic status and early discharge are unclear and further research is required to understand why these decisions occur* ».

10. Texte original : « *The shorter length-of-stay groups included more women with public funding for their health care, even though more than 90 percent of these mothers were enrolled, through the Medicaid program, in the same health plans with the same benefits for postpartum hospitalization as the mothers with private insurance payor sources* ». Aux États-Unis, Medicaid est un programme qui a pour but de fournir une assurance maladie aux personnes qui ont de faibles revenus.

11. Texte original : « *Women with public funding may have been discharged early to support cost containment efforts in the face of limited reimbursement* ».

12. Texte original : « *Taken together, the sociodemographic characteristics of the shorter length-of-stay groups do not describe the low-risk mothers for whom early discharge programs were originally intended. Women with characteristics often associated with vulnerability were discharged early* ».

nes reportent plus souvent des soins pour des raisons financières, ont un faible niveau de littératie en santé, recourent moins souvent aux soins préventifs, etc. (Devos et al., 2019). Pour toutes ces raisons, il est surprenant qu'en Belgique, ces mamans moins favorisées soient davantage renvoyées plus tôt à la maison, à moins qu'elles en fassent plus souvent la demande (et que cette demande soit plus souvent acceptée que par rapport aux personnes n'ayant pas le statut BIM).

Nous souhaitons, pour conclure, rappeler que : « À ses débuts, la sortie précoce a été développée pour les familles à faible risque. [...] Même si les nouveau-nés présentant des problèmes cliniques avaient tendance à rester plus longtemps, les femmes et les bébés présentant des caractéristiques socio-démographiques suggérant une vulnérabilité potentielle étaient plus susceptibles de rentrer chez eux plus tôt. Les jeunes femmes, célibataires, multipares<sup>14</sup> de faible statut socio-économique et de faible niveau d'éducation qui sont rentrées chez elles le plus tôt pourraient théoriquement tirer un bénéfice considérable de l'enseignement et du soutien supplémentaires qui pourraient être offerts lors d'un séjour hospitalier plus long »<sup>15</sup> (Weiss et al., 2004, notre traduction).

## 9. Conclusion

La tendance à la diminution au séjour en maternité est assez spectaculaire dans notre pays. En 10 ans, la durée moyenne a diminué de plus d'un tiers. Beaucoup ont exprimé leurs préoccupations à ce sujet, liées à des expériences de terrain. Avec des séjours très courts, n'encoure-t-on pas des risques de ré-hospitalisation tant de la maman que du bébé ? Le KCE l'a bien rappelé dans ses recommandations, un séjour écourté en maternité doit s'accompagner d'un suivi postnatal (intégrant une vision globale et coordonnée des soins à délivrer) afin d'éviter un vide de soins qui pourrait comporter des risques. Nos données mutualistes montrent qu'on a fait bien des progrès, surtout du côté des sages-femmes. Mais nous observons également que persiste un risque de suivi insuffisant, de sorte qu'on est face à un paradoxe : malgré une activité conséquente des prestataires, le suivi postnatal systématique n'est pas garanti, tant pour la maman que pour le bébé.

Enfin, un retour précoce à la maison n'est pas forcément fait pour tout le monde : l'état de santé de la maman, du bébé doi-

vent être pris en considération, ainsi que la capacité de la famille de s'occuper du nouveau-né à la maison. De ce point de vue, le fait que, dans notre pays, les mamans moins favorisées restent moins longtemps en maternité est interpellant. Il serait intéressant d'en connaître les causes ; l'unique moyen serait une enquête afin d'en savoir plus sur les motivations de la maman à partir plus tôt et les pratiques de l'hôpital à ce sujet.

Cet article fait partie d'une série d'articles sur la maternité. Le prochain sera consacré au risque de réadmission des mamans et des bébés, vu le lien potentiel entre la diminution du séjour et ce risque.

## Bibliographie

- Académie belge de Pédiatrie (2016) *Sortie précoce de la maternité*. Disponible sur [https://www.gbpf.be/images/uploads/annonces/2016\\_03\\_20\\_SORTIE\\_PRECOCE\\_DE\\_LA\\_MATERNITE\\_officiel.pdf](https://www.gbpf.be/images/uploads/annonces/2016_03_20_SORTIE_PRECOCE_DE_LA_MATERNITE_officiel.pdf)
- Benahmed, N., Devos, C., San Miguel, L., Vankelst, L., Lauwerier, E., Verschueren, M., Obyn, C., Vinck, I., Paulus, D., et Christiaens, W. (2014) *Caring for mothers and newborns after uncomplicated delivery: towards integrated postnatal care*. Health Technology Assessment (HTA) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 232. D/2014/10.273/81.
- Benahmed, N., Lefevre, M., Christiaens, W., Devos, C., et Stordeur, S. (2019) *Towards integrated antenatal care for low-risk pregnancy*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 326. D/2019/10.273/78.
- Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, B., et Freeze, R. (2009) Staying home to give birth: why women in the United States choose home birth, *Journal of midwifery & women's health*, 54(2), 119-126.
- Britton, J. R. (1998) Postpartum early hospital discharge and follow-up practices in Canada and the United States, *Birth*, 25(3), 161-169.
- Campbell, O. M., Cegolon, L., Macleod, D., et Benova, L. (2016) Length of stay after childbirth in 92 countries and associated factors in 30 low-and middle-income countries: compilation of reported data and a cross-sectional analysis from nationally representative surveys, *PLoS medicine*, 13(3), e1001972.

13. Texte original : « Many physicians considered potential psychosocial and demographic risk factors relatively unimportant in making early discharge decisions, preferring to emphasize aspects of the patient's medical condition, hospital course, and social support ».

14. Femmes qui ont accouché plusieurs fois.

15. Texte original : « In its inception, early discharge was developed for low-risk families. [...] Even though newborns with clinical problems tended to stay longer, women and babies with sociodemographic characteristics that suggested potential vulnerability were more likely to go home early. The young, unmarried, multiparous of low socioeconomic status and education who went home earliest would theoretically derive considerable benefit from the additional teaching and support that could be offered in a longer hospital stay ».

- Chapois, G. (2017) Les enjeux d'un séjour écourté en maternité, *Santé conjugée*, 78, 1-9.
- Crommelynck, A., Degraeve, K., et Lefèbre, D. (2013) L'organisation et le financement des hôpitaux. Fiche-info. Supplément à MC-Informations, 253.
- De Block, M. (2016) *Durée du séjour hospitalier lors d'un accouchement*. <https://www.maggiiedeblock.be/fr/duree-du-sejour-hospitalier-lors-dun-accouchement/>
- de Crespigny, L., et Savulescu, J. (2014) Homebirth and the future child, *Journal of Medical Ethics*, 40(12), 807-812.
- de Jonge, A., van der Goes, B.Y., Ravelli, A.C., Amelink-Verburg, M.P., Mol, B.W., Nijhuis, J.G., Bennebroek Gravenhorst, J., et Buitendijk, S.E. (2009) Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births, *BJOG*, 116, 1177-84.
- Dennis, C. L., et Hodnett, E. (2002) Individualized postpartum care by midwives resulted in improved mental health, *Evidence-based Obstetrics & Gynecology*, 4(4), 175-176.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèbre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer B., Haelterman, M., Léonard, C., et Meeus, P. (2019) *Performance du système de santé belge – Rapport 2019– Synthèse*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33.
- De Wandeler, C. (2017) Réduction du séjour en maternité : un bilan alarmant, *Axelle*, Hors-série N° 195-196.
- EUROSTAT (2019) Taux de mortalité infantile. Disponible sur <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00027/default/table?lang=fr>
- Goossens, V., et Dessoy, A. (2020) *Analyse MAHA 2020 et impact de la crise Covid-19*. Belfius. Présentation en conférence de presse de la 26e édition de l'analyse sectorielle des hôpitaux généraux en Belgique. Disponible sur <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/maha-analyse-2020>
- Hermus, M.A., Hitzert, M., Boesveld, I.C., van den Akker-van Marle, M.E., Dommelen, P.V., Franx, A., Graaf, J.P., van Lith, J.M.M., Luurssen-Masurel, N., Steegers, E.A.P., Wiegers, T.A., et van der Pal-de Bruin, K.M. (2017) Differences in optimality index between planned place of birth in a birth centre and alternative planned places of birth, a nationwide prospective cohort study in The Netherlands: results of the Dutch Birth Centre Study, *BMJ open*, 7(11), e016958.
- Hildingsson, I., Waldenström, U., et Rådestad, I. (2003) Swedish women's interest in home birth and in-hospital birth center care, *Birth*, 30(1), 11-22.
- Janssen, P. A., Saxell, L., Page, L. A., Klein, M. C., Liston, R. M., et Lee, S. K. (2009) Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician, *Cmaj*, 181(6-7), 377-383.
- Lefèbre, M., Bouckaert, N., Camberlin, C., Devriese, S., Pincé, H., de Meester, C., Fricheteau, B., et Van de Voorde, C. (2019) *Organisation of maternity services in Belgium*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 323. D/2019/10.273/68.
- MC (2019) 15ème baromètre MC de la facture hospitalière. Disponible sur [https://www.mc.be/media/Annexe%206%20barom%C3%A8tre%20Hospi%20MC%202019%20-%20rapport%20complet\\_tcm49-63141.pdf](https://www.mc.be/media/Annexe%206%20barom%C3%A8tre%20Hospi%20MC%202019%20-%20rapport%20complet_tcm49-63141.pdf)
- Marmot, M. (2005) Social determinants of health inequalities, *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Moreau, N., Ruttiens, M., Regueras, N., Guillaume, J., G.I.P., Alexander, S., et Humblet, P. (2013) *Accompagner le retour au Domicile de l'Enfant et sa mère : organiser les Liens et Evaluer : ADELE*. Disponible sur : [https://www.one.be/fileadmin/user\\_upload/siteone/PRO/ONE\\_organisme\\_scientifique/Rapport\\_ADELE\\_2013\\_final.pdf](https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/ONE_organisme_scientifique/Rapport_ADELE_2013_final.pdf)
- Nilsson, I. M., Kronborg, H., Knight, C. H., et Strandberg-Larsen, K. (2017) Early discharge following birth – What characterises mothers and newborns?, *Sexual & reproductive healthcare*, 11, 60-68.
- OCDE (2019a) *Durée moyenne de séjour à l'hôpital*. Disponible sur : <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/3a05bb1d-fr/index.html?itemId=/content/component/3a05bb1d-fr>
- OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019b) *Belgique: Profils de santé par pays 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Oddie, S. J., Hammal, D., Richmond, S., et Parker, L. (2005) Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the Northern Region of the UK during 1998: a case cohort study, *Archives of disease in childhood*, 90(2), 119-124.
- Olsen, O. (1997) Meta-analysis of the safety of home birth, *Birth*, 24(1), 4-13.
- Olsen, O. et Clausen, J. A. (2012) Planned hospital birth versus planned home birth, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD000352-CD000352.
- RTL INFO (2016) Explosion des réadmissions de mères et de nouveau-nés à l'hôpital : « Ça nous arrive de récupérer des bébés déshydratés ». Disponible sur : <https://www.rtl.be/info/magazine/sante/explosion-des-readmissions-de-meres-et-de-nouveau-nes-a-l-hopital-ca-nous-arrive-de-recuperer-des-bebes-deshydrates--870879.aspx>
- SPF Santé Publique (2019) *Projets pilotes « Accouchement avec séjour hospitalier écourté »*. Disponible sur : [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/rapport\\_pp\\_accouchement\\_avec\\_sejour\\_ecourte\\_fr.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/rapport_pp_accouchement_avec_sejour_ecourte_fr.pdf)
- Stas, J. (2015) *Optimisation de la gestion d'un service hospitalier : étude de l'influence des réadmissions et de la Durée Moyenne de Séjour : cas du service d'urologie des CUSL*. Mémoire de Master. Louvain School of Management, Université catholique de Louvain.
- Vandeleene, G., et Avalosse, H. (2021) Le trajet de soins Naissance en Belgique : état des lieux et proposition(s), *MC-Informations*, 283, 23-41.
- Weiss, M., Ryan, P., Lokken, L., et Nelson, M. (2004) Length of stay after vaginal birth: Sociodemographic and readiness-for-discharge factors, *Birth*, 31(2), 93-101.