



CONSEIL DE L'EGALITÉ DES CHANCES ENTRE HOMMES ET FEMMES
RAAD VAN DE GELIJKE KANSEN VOOR MANNEN EN VROUWEN
RAT FÜR CHANCENGLEICHHEIT ZWISCHEN MÄNNER UND FRAUEN

Avis n°145, du 13 février 2015, du Conseil de l'Égalité des Chances entre Hommes et Femmes, relatif à la réduction de la durée d'hospitalisation après un accouchement

Introduction

Le gouvernement fédéral a décidé de réduire d'un jour la durée moyenne d'hospitalisation lors d'un accouchement «normal». Cette idée avait déjà été formulée, en juin 2013, dans une proposition de résolution déposée au Sénat, par Mme Elke Sleurs, alors sénatrice, aujourd'hui secrétaire d'État ayant l'égalité des chances entre hommes et femmes, dans ses attributions. Le but poursuivi par le gouvernement est de réduire les frais hospitaliers liés à l'accouchement en se référant exclusivement aux aspects obstétricaux de celui-ci. Pour ce poste, le budget de l'INAMI/soins de santé prévoit une réduction des dépenses de 11.730.000 € pour 2015.

Cette proposition a émergé de la comparaison avec les durées d'hospitalisation des autres pays de l'OCDE : en 2011, la durée moyenne pour un accouchement normal (par voie basse) était de 4,1 jours en Belgique et en France ou plus de 5 jours en Suisse, mais de moins de deux jours aux Pays-Bas¹, au Royaume-Uni ou au Mexique. En Belgique, l'accouchement par césarienne, dont la proportion augmente régulièrement² nécessite une hospitalisation de 6 à 7 jours avec une moyenne de 6,6 jours selon l'étude citée³.

Développements

Le Conseil s'étonne qu'une décision qui concerne exclusivement les femmes n'ait fait l'objet d'aucun «gender test» et n'ait été précédée d'aucune concertation avec les organisations de femmes ni avec le Conseil. Certes, quelques rares femmes privilégiées, inspirées sans doute par le célèbre tableau de Ghirlandaio (XV^{ème} s.)⁴, déclareront à la presse qu'après l'accouchement, elles désirent rentrer le plus vite possible à la maison, ce qu'elles peuvent déjà faire aujourd'hui, si leur médecin est d'accord. Rares aussi sont les accouchements en *one-day* et les accouchements à domicile qui représentent ensemble moins de 2% du total⁵.

Ainsi, pour la majorité des femmes, une réduction de la durée d'hospitalisation représentera une mesure indirectement coercitive ou à tout le moins significative du peu d'intérêt accordé à la naissance et l'accueil de l'enfant, au moment où la «solidarité sociale» devrait se réjouir d'une nouvelle naissance.

¹ Toutefois, la situation aux Pays Bas est particulière : l'accouchement à domicile y est beaucoup plus répandu et les prestations de maternité plus étendues.

² Actuellement plus de 19% des accouchements se font par césarienne.

³ Mutualités Libres, *Le coût hospitalier des accouchements en Belgique*, Bruxelles, novembre 2012.

⁴ Il s'agit d'une scène «post partum» de la naissance de saint Jean Baptiste : sa mère est confortablement installée dans son lit ; une nourrice donne le sein au bébé, une baigneuse s'apprête à lui donner le bain, une servante apporte à la mère des rafraîchissements dont une carafe de vin, la gouvernante surveille le tout, une sage-femme et son assistante sont aussi présentes, une visiteuse apporte un plateau de fruits...

⁵ Les Etats ont une marge de manœuvre pour définir la politique de santé publique en particulier en ce qui concerne l'accouchement en hôpital, sous surveillance médicale ou à domicile, assisté d'une aide de sages – femmes qualifiées, sans que leurs choix n'enfreignent l'article 8 de la CEDH garantissant le respect de la vie privée et familiale (arrêt du 11 décembre 2014, *Dubská and Krejzová v. The Czech Republic* (req. n° 28859/11 et 28473/12).

Du budget de l'INAMI au budget des futures mères et de leur ménage

La réduction du coût à charge de l'assurance soins de santé se traduira automatiquement par une augmentation de la dépense à charge de la mère et de son ménage. En prenant pour référence un accouchement normal coûtant en moyenne à l'assurance 2909 € dont 60 % concernent uniquement les frais de séjour (dits hôteliers), la réduction d'un jour d'hospitalisation transférerait à charge de la mère l'équivalent de quelque 367 €. Or, cet accouchement coûte déjà plus de 135 € de ticket modérateur et 960 € de suppléments divers (honoraires, etc.).

Pour toutes ces nouvelles mères, un retour plus précoce à la maison représenterait donc une augmentation sensible du coût de la maternité d'autant plus difficile à assumer que le niveau de vie de la mère ou du ménage est faible. Il s'agit d'une «privatisation familiale» de coûts théoriquement *assurés* aujourd'hui par la sécurité sociale. Pour beaucoup de femmes, dont certaines sont déjà atteintes par d'autres mesures d'austérité (perte ou réduction des allocations de chômage, etc.), chaque naissance se traduira par une aggravation du risque de pauvreté.

Une surcharge de travail familial pour la mère

Il s'agit aussi, principalement pour la mère, d'une surcharge précoce du travail ménager qu'implique une nouvelle naissance. A domicile, elle devra reprendre ses charges familiales habituelles, recevoir ses proches et s'occuper des soins au bébé. Le risque de dépression *post-partum* augmente. Le gouvernement évoque la nécessité d'accompagner ce retour précoce à la maison par des aides et services adéquats (sages-femmes⁶, kinés, titres-service, etc.) mais les expériences passées de désinstitutionnalisation (réduction de certains lits d'hôpitaux) incitent à se méfier de ces évanescentes promesses. En effet dans les années '80, un précédent gouvernement avait promis de transférer aux services d'aides et soins à domicile, une partie des économies réalisées par la réduction des lits d'hôpitaux. Or, ces services restent toujours pauvrement subsidiés.

Parmi les conditions nécessaires à un retour plus précoce à domicile, les responsables politiques semblent avoir oublié le rôle potentiel de l'autre parent dont la présence à la maison à l'arrivée de l'enfant devrait, à terme, être la norme.

Envisager l'accouchement au sein d'une trajectoire sociale, médicale et affective complexe

C'est pourquoi le Conseil rejoint l'avis du KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) qui considère qu'une réduction de la durée d'hospitalisation nécessite, au préalable, la coordination de l'ensemble des prestataires de soins et l'organisation d'un suivi de la mère et de l'enfant qui garantirait la continuité des soins de qualité comparable comme à l'hôpital, depuis la période prénatale jusqu'à la période postnatale.

Le KCE suggère de développer des initiatives telles que l'«assistance maternelle à domicile», déjà partiellement organisée en Flandre, qui intervient pour le travail ménager, les soins au bébé, la garde des enfants, les soins d'hygiène, etc... Selon le KCE, cela suppose aussi que la profession de sage-femme soit redéfinie et revalorisée de manière à lui donner un accès plus étendu aux soins de première ligne à domicile.

⁶ Dans un communiqué de presse du 27 Octobre 2014, les principales organisations francophones de sages-femmes se déclarent prêtes à collaborer à cette mise en œuvre pour autant que leur fonction soit revalorisée.

Enfin, selon le KCE, il faudrait créer une nouvelle forme de financement afin de s'assurer qu'une partie des moyens libérés par le raccourcissement de la durée d'hospitalisation soient effectivement affectés à cette nouvelle manière multidisciplinaire et pluri-locale d'organiser les soins avant et après l'accouchement.

Dans le rapport du KCE, la question du «soutien» à l'allaitement est souvent citée mais peu développée. La montée du lait se produit endéans les 2 à 4 ou 5 jours après la naissance. En attendant, il faut s'assurer que le bébé se nourrisse de colostrum et reprenne du poids après la perte de poids initiale. Si la mère ne souhaite pas recourir à l'allaitement au sein, il faut lui prescrire les médicaments qui permettent de stopper la lactation et en vérifier l'efficacité. Le nouveau-né et sa mère doivent pouvoir se familiariser tranquillement à leur nouvelle vie. Nous ne savons pas dans quelle proportion ces soins postnataux se passent «normalement» et pour quelles catégories de mères (milieu social, connaissance de la langue, psychologie, etc...). Nous pouvons craindre que le souci de la rentabilité des lits (nombre d'accouchements annuels par lit en maternité) ne fasse oublier les exigences de santé et de bien-être de la mère et du nouveau-né qui sont prioritaires pour les membres du Conseil et vraisemblablement pour les parents.

La question de l'éventuelle «violence pré et postnatale» est à peine évoquée et par conséquent l'importance du rôle de l'observation périnatale dans la prévention de cette violence n'est pas prise en considération. Selon l'asbl ZIJN, il faut distinguer une violence entre partenaires qui était déjà présente avant le début de la grossesse (persistance du risque de violence), une violence qui est provisoirement interrompue par la grossesse (grossesse comme facteur protecteur), et une violence qui prend cours pendant la grossesse (grossesse comme facteur de risque de violence). La fréquence de cette dernière est encore trop peu étudiée pour la Belgique. Une étude du CPAS de Bruxelles, faite à partir de l'hôpital Saint-Pierre, fait état de 11% de violences liées à la grossesse. Mais des travaux effectués à l'UGent donnent pour la Flandre des pourcentages moins élevés : de 3 à 8%, selon An-Sofie Van Parys et ses collègues⁷. Ces mêmes chercheurs se sont interrogés sur l'efficacité des interventions de prévention au cours de la période péri-natale. Après avoir dépouillé de nombreux travaux internationaux, ils peuvent affirmer qu'avant et après l'accouchement, les interventions des prestataires de soins ont un rôle irremplaçable dans la prévention de la violence intra-familiale liée à la grossesse⁸

Si pour la plupart des femmes l'accouchement est source de joie, pour certaines, c'est au contraire durant leur grossesse que le conjoint pose les premiers actes de violence. Compte tenu de ce risque, la possibilité d'établir un contact et une surveillance durant le séjour à l'hôpital s'avère vital pour les mères et les nouveaux nés. L'accompagnement à domicile permet plus difficilement d'aider les mères en détresse qui iront parfois jusqu'à cacher les violences subies par peur des représailles.

Ainsi, le Conseil craint qu'un raccourcissement de la durée d'hospitalisation après l'accouchement ait pour effet une diminution de la prévention à l'égard des violences vis-à-vis des femmes et des nouveau-nés.

⁷ Zwangerschap & partnergeweld. Symposium 'Geweld & Hulpverlening', Jan Yperman, UGent, mei 2013.

⁸ An-Sofie Van Parys and al., Intimate Partner Violence and Pregnancy : A Systematic Review of Interventions, PLoS ONE 9 (1) : e85084 (janvier 2014)

L'Assurance maternité à compléter

L'assurance maternité a été instaurée à partir du 1er janvier 1991. Les organisations de femmes et la Commission de l'émancipation sociale demandaient, en effet, que la maternité ne soit plus considérée comme une «incapacité» de travail et indemnisée comme telle. Elles soulignaient aussi que les rémunérations mensuelles (employées) ou hebdomadaires (ouvrières) garanties à charge de l'employeur étaient dissuasives pour l'accès à l'emploi des femmes jeunes, particulièrement dans les entreprises à main d'œuvre largement féminisée.

Depuis lors, le congé de maternité est indemnisé par l'assurance maternité dès le premier mois (les 30 premiers jours) tant pour les ouvrières que pour les employées. Mais seule cette première période est calculée sur base (soit 82%) du salaire brut perdu *non plafonné*, ce qui assure un remplacement complet du salaire net.

Par contre, à partir du 31^{ème} jour, jusqu'à la fin du congé de maternité, la travailleuse, ne perçoit plus que 75% de son salaire brut *plafonné* au même niveau que pour l'assurance incapacité, c'est à dire actuellement à 131,6023 €/jour (semaine des 6 jours) ou 157,9228 €/jour (semaine des 5 jours).

Ainsi, toutes les femmes se trouvent pendant 11 semaines de leur congé de maternité avec un revenu de remplacement inférieur à leur revenu professionnel habituel alors qu'elles assurent le renouvellement de la solidarité sociale entre générations. La perte de revenus est encore plus prononcée pour les femmes qui ont une rémunération supérieure au plafond visé par le taux de remplacement.

Le Conseil demande donc que le gouvernement décide d'aligner le revenu de remplacement de cette deuxième période du congé de maternité sur celui du premier mois (30 jours), c'est-à-dire à raison de 82% du *salaire brut non plafonné*. Il avait déjà formulé cette demande, il y a plus de 10 ans, dans son Avis n° 84 *relatif aux congés qui facilitent l'articulation entre la vie familiale et professionnelle*.⁹

⁹ voir point 3.4.2.de cet Avis

Conclusion

Si la recherche d'économies dans le domaine de l'assurance soins de santé participe des mesures d'austérité, le Conseil déplore qu'une mesure restrictive, qui s'applique aux mères, ait été décidée sans que ne soient prises simultanément les mesures complémentaires et indispensables de l'accueil de l'enfant au sein de la famille.

Il craint que le raccourcissement de la durée d'hospitalisation après un accouchement normal ne tienne guère compte des différentes conditions socio-économiques et culturelles des mères et ne réduise les mesures de prévention des violences à l'égard des femmes et des nourrissons qui sont cependant préconisées dans le cadre des politiques de lutte contre la violence intrafamiliale. Il rappelle que, dans son Avis n° 132 du 9 décembre 2011 relatif au *coût public de la violence entre partenaires*, il demandait au gouvernement de faire évaluer l'importance des dépenses publiques (parmi lesquelles celles qui relèvent de la santé) liée à cette violence. Il est persuadé que des mesures de prévention efficaces permettront une réduction de ces dépenses publiques.

Il s'associe aux analyses du KCE concernant la nécessaire organisation d'un «itinéraire clinique» qui coordonnerait l'ensemble des soins avant et après l'accouchement. Il demande que cette coordination de soins et de services intégrés soit mise en place avant toute mise en œuvre de raccourcissement de la durée d'hospitalisation après l'accouchement.

Parmi les initiatives à mettre en place ou à développer dans l'immédiat, il retient le principe de l'«assistance maternelle à domicile» déjà présente en Flandre ou l'«hôtel familial» adjacent à certains hôpitaux en Suède. Par ailleurs, il trouve intéressant de développer la pratique des maisons médicales/INAMI afin d'y insérer les sages-femmes, gynécologues et pédiatres dans le DMG (Dossier Médical Global) de la patiente qui y est inscrite et de son nouveau-né.

Le Conseil demande en conséquence qu'un fonds de financement alimenté par la réduction des frais hospitaliers soit doté à suffisance de telle sorte que la naissance d'un enfant ne devienne pas une nouvelle source d'inégalités socio-économiques entre les ménages.

Il souligne l'importance du rôle de l'autre parent auprès de ses enfants et cela dès leur naissance. Le conge de paternité devrait faire l'objet d'une réflexion analytique en vue de le rendre obligatoire.

Il demande de poursuivre la philosophie du conge de maternité en alignant le montant du revenu de remplacement de la deuxième période du conge sur celui de la première période.

Il demande que la secrétaire d'État s'engage à se concerter avec les entités fédérées belges à propos de cette thématique.