



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion 2004

**PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT
DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE
EN PÉRINATALITÉ
EN RÉGION ÎLE DE FRANCE
à partir de l'étude de quatre structures**

Anne KAMEL

Remerciements

Aux équipes des maternités du Centre Hospitalier de Melun, de l'hôpital des Bluets, du Centre Hospitalier de Villeneuve-Saint-Georges, et du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy-Saint-Germain en Laye

Aux équipes des PMI d'Orly-Choisy, de Paris 11^{ième} et de Melun

Aux responsables du secteur obstétrique de l'HAD de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et de Santé - Service (secteur Est)

A l'équipe de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France, et au Docteur Christine Barbier, mon maître de stage, qui m'ont soutenue dans ce travail

A tous mes collaborateurs et collègues de promotion, pour leur aide et leur patience

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LE CONTEXTE NATIONAL ET REGIONAL	5
1.1 Les évolutions récentes de la périnatalité en France	5
1.1.1 Des progrès considérables mais des efforts encore à faire en matière de santé de la mère et de l'enfant.....	5
1.1.2 La périnatalité : un secteur « en crise ».....	6
1.1.3 Des difficultés ressenties par les usagers	7
1.1.4 Une conception de la grossesse et de la naissance en évolution.....	8
1.1.5 Des acteurs nombreux, des articulations en construction.....	8
1.1.6 Des solutions recherchées au travers de débats nationaux.....	10
1.2 Une politique nationale de développement de l'Hospitalisation à Domicile (HAD).....	11
1.2.1 Un système en place depuis cinquante ans, mais aux contours juridiques longtemps flous	11
1.2.2 Un développement lent et hétérogène.....	12
1.2.3 Une volonté récente de clarification du contour réglementaire	13
1.2.4 Une politique visant à lever les freins et à favoriser le développement de l'HAD .	15
1.3 La situation de la région Ile de France	16
1.3.1 Des besoins régionaux en augmentation	16
1.3.2 Une offre de soins en périnatalité en restructuration et inégalement répartie sur le territoire.....	18
1.3.3 Un développement de l'HAD inégal et hétérogène	20
1.3.4 Une activité d'HAD périnatale au contenu et à l'organisation variable	21
2 L'EXEMPLE DE QUATRE ETABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	25
2.1 Méthode	25
2.2 Le contexte propre à chaque structure	27
2.2.1 Le Centre Hospitalier de Melun.....	27
2.2.2 La maternité des Bluets.....	27
2.2.3 Le Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges	28
2.2.4 Le Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint Germain en Laye	29

2.3	Résultats et analyse	30
2.3.1	Le raccourcissement des durées de séjour à la maternité : une évolution par choix et/ou nécessité, qui oblige à inventer un suivi à domicile	30
2.3.2	Le choix du mode de suivi à domicile dépend entre autre de la disponibilité des professionnels de la naissance en ville	33
2.3.3	Des freins budgétaires, géographiques, administratifs et liés aux ressources humaines de l'établissement pour la mise en place de l'HAD par les établissements.....	35
2.3.4	Une volonté de continuité dans la prise en charge : compatible avec une prise en charge par une structure d'HAD indépendante de l'hôpital ?	37
2.3.5	Des interrogations sur l'adéquation entre les réponses proposées par l'HAD et les besoins des femmes	39
2.3.6	Des attentes claires concernant le suivi à domicile des suites de couches, moins définies concernant le suivi des grossesses à risque.....	41
2.3.7	L'attente d'une réponse graduée, coordonnée et intégrée à un réseau.....	43
2.3.8	Le rôle envisagé de chaque acteur et la place proposée pour l'HAD au sein d'un réseau de prise en charge de la périnatalité	45
2.3.9	Les attentes vis-à-vis des services de l'Etat et le rôle possible du Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP).....	48
3	DISCUSSION ET PROPOSITIONS	50
3.1	Discussion de la méthode	50
3.2	Discussion des résultats	53
3.3	Propositions	56
3.3.1	Étendre et approfondir l'étude	56
3.3.2	Définir de manière plus précise les critères et les modalités de prise en charge en HAD périnatalité, en concertation avec les professionnels de santé	57
3.3.3	Maintenir une flexibilité et une diversité de l'offre adaptée au contexte et au projet de naissance des femmes.....	57
3.3.4	Favoriser l'intégration de l'HAD dans des réseaux ville hôpital et des réseaux inter hospitaliers.....	58
3.3.5	Favoriser l'intégration des médecins généralistes au sein des réseaux de proximité en périnatalité et au sein de l'HAD	60
3.3.6	Renforcer l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur social pour mieux prendre en compte les besoins spécifiques des femmes	61
3.4	Le rôle actuel et possible du Médecin Inspecteur de Santé Publique au sein des services déconcentrés de l'Etat.....	62
3.4.1	Un rôle d'observation, d'évaluation et de conception des politiques de santé	62

3.4.2 Un rôle dans la planification sanitaire et médico-sociale.....	63
3.4.3 Un rôle de coordination des acteurs et d'animation des politiques de santé.....	64
CONCLUSION	67
Bibliographie	69
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

APHP	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AUDIPOG	Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie
CH	Centre Hospitalier
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CRAMIF	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France
CREDES	Centre de Recherches d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
CRN	Commission Régionale de la Naissance
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASSIF	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HAD	Hospitalisation à Domicile
HCSP	Haut Comité de la Santé Publique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
OQN	Objectif Quantifié National
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Programme Régional de Santé
SAE	Statistiques d'Activité des Etablissements

SROS Schéma Régional d'Organisation des Soins
T2A Tarification à l'Activité

INTRODUCTION

Durant ces dernières années, le secteur de la périnatalité a été, en France, le théâtre de nombreux débats et d'une réflexion de fond impliquant les professionnels de santé, les responsables politiques mais aussi les usagers et la société dans son ensemble. C'est en effet la conception même du suivi de la grossesse et de l'accompagnement de la naissance qui est remise en question. Le modèle « français » de médicalisation systématique de la grossesse et de l'accouchement évolue vers un modèle plus proche de celui d'autres pays de l'Union européenne : un suivi basé sur le repérage des risques et la répartition des rôles en fonction de ce niveau de risque.

Ces débats ont été rendus nécessaires par les difficultés croissantes ressenties par les usagers et les professionnels de la naissance : augmentation de la natalité et de la prématurité, pénurie de professionnels renforcée par l'application des 35 heures, évolution de la responsabilité médicale et exigence des assurances, application des décrets de 1998 (4,5), restructurations et fermeture de nombreuses maternités privées. Ils visent également à chercher des réponses adaptées à la demande croissante de certaines femmes d'alternatives à la naissance médicalisée en milieu hospitalier.

C'est dans ce contexte qu'ont eu lieu, en juin 2003, les Etats Généraux de la Naissance, et qu'a été lancée, en 2002, une mission nationale sur la périnatalité. Cette mission a rendu ses conclusions en septembre 2003, qui amènent à vingt propositions pour une politique périnatale. La nouvelle politique proposée repose, entre autre, sur une prise en charge différenciée entre le bas risque et le haut risque périnatal, sur le renforcement des réseaux, sur le maintien de la diversité de l'offre de soin, sur la réponse aux différentes attentes des usagers, sur l'égalité d'accès à des soins adaptés assurant la sécurité médicale, sociale et émotionnelle des femmes enceintes et de leur enfant. Ces propositions devraient être reprises prochainement au travers d'un plan périnatalité. D'autre part, le projet de loi de santé publique réaffirme l'objectif de réduction du taux de mortalité maternelle et de mortalité et morbidité périnatale.

Une des voies envisageables pour répondre aux différentes attentes des usagers dans un cadre assurant la sécurité médicale, sociale et émotionnelle des femmes et de leur enfant est l'hospitalisation à domicile (HAD), qui permet d'hospitaliser dans leur contexte familial des patients dont l'état de santé nécessite un ensemble de soins médicaux et paramédicaux, nécessairement coordonnés, analogues à ceux dispensés en hospitalisation complète.

L'idée d'hospitaliser à domicile est une idée ancienne, mise en place à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris en 1957 et à Santé Service, à Puteaux (Hauts-de-Seine), en 1958. Mais ce mode de prise en charge reste encore peu développé et très inégalement réparti sur le territoire. Depuis quelques années, le gouvernement affiche une volonté forte de développement de l'HAD. Un objectif national avait été fixé en 1999 de doublement du nombre de place d'HAD d'ici 2005. Cet objectif a été repris par M. Mattéi en 2002. Une circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) datée du 30 mai 2000 formule des recommandations pour inciter à la création de nouvelles structures d'HAD selon les besoins réellement constatés sur le terrain. Une nouvelle circulaire en date du 4 février 2004 précise les missions et les modalités de la prise en charge en hospitalisation à domicile en général, en périnatalité, en pédiatrie, et en psychiatrie.

En région Ile de France, les réflexions en cours dans le secteur de la périnatalité sont reprises et développées dans le cadre de la Commission Régionale de la Naissance (CRN), pilotée par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) d'Ile de France. La préparation du Schéma Régional d'Organisation des Soins de troisième génération (SROS 3), à laquelle participent les Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP) de la DRASS Ile de France, est également l'occasion de réaffirmer les priorités nationales et régionales et d'analyser les modalités de mise en œuvre des politiques définies tant dans le secteur de la périnatalité que dans celui de l'hospitalisation à domicile.

Les principaux constats régionaux dans le secteur de la périnatalité relèvent des résultats, en terme d'indicateurs de santé, améliorables en particulier pour ce qui concerne la mortalité maternelle et la mortalité périnatale, avec de fortes disparités départementales. Ces disparités existent également en ce qui concerne l'offre de soins, en particulier pour la prise en charge hospitalière des grossesses à risque, mais également pour la prise en charge d'amont et d'aval (PMI, secteur libéral).

L'offre en HAD est globalement importante en Ile de France, cette région disposant de 50% des capacités métropolitaines autorisées. Malgré tout, certains territoires de santé ne sont, à l'heure actuelle, pas couverts par ce type de prise en charge.

D'autre part, de nombreuses questions sont soulevées dans le cadre de la mise en place de ce volet HAD du SROS 3 : comment analyser les besoins de la population en terme de places et de type de prise en charge, et par territoire de santé ? quelle organisation privilégier en terme de taille et de fonctionnement des structures d'HAD (petites structures gérées par un établissement de santé de proximité ou grosse structure régionale) ? quelle articulation et quelle complémentarité avec les autres acteurs de la prise en charge à domicile (libéraux, PMI, acteurs sociaux...) ?

Le volet périnatalité du SROS de deuxième génération sur la région Ile de France avait déjà proposé, parmi les outils d'ajustement du dispositif de l'offre de soins périnataux, le développement des structures de soins de suite et d'HAD. Or, le nombre de place d'HAD autorisées et le nombre de places utilisées restent stable durant cette période en région Ile de France, que ce soit pour l'HAD polyvalente ou pour l'HAD spécialisée en obstétrique. Certains établissements offrent à leurs patientes ce type de prise en charge depuis plusieurs années, et d'autres n'ont pas encore mis en place ce système.

D'autre part, à la demande de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France, et afin de pouvoir développer une politique de santé cohérente en terme de développement de l'HAD en périnatalité, il serait logiquement nécessaire de disposer d'une évaluation quantifiée des besoins de la population concernant ce type de prise en charge, en le déclinant par territoire de santé. Or cette démarche est particulièrement difficile dans la mesure où ces besoins sont actuellement mal définis dans leur contenu. Si la circulaire récente permet de définir le rôle et les missions possibles de l'HAD en obstétrique ainsi que ses indications, et insiste sur la coordination nécessaire avec les autres modes de prise en charge de la périnatalité, elle n'apporte que peu d'éléments sur la place respective de ces différents modes de prise en charge.

Il paraît donc intéressant, dans ce contexte, d'analyser les freins et facteurs en faveur du développement de l'HAD en périnatalité et la place actuelle et envisageable de ce mode de prise en charge dans le système de soins du point de vue des acteurs administratifs et médicaux des établissements de santé. La perception d'autres acteurs de la périnatalité, tels que la PMI, est également importante.

Quelle est la part de responsabilité, dans le développement plus ou moins important de l'HAD en obstétrique, du contexte socio-démographique du secteur concerné, du recrutement de la structure et de son activité, des choix médicaux, des contraintes budgétaire et de personnel, des partenariats et des relations avec les autres acteurs de santé du secteur ? Le développement plus ou moins important de l'HAD en obstétrique à ce jour correspond-il également à des perceptions différentes du rôle et de la place de l'HAD dans la prise en charge de la périnatalité ? A quel type de besoins l'HAD en obstétrique peut-elle répondre en pratique, d'après les professionnels de santé ? Comment envisagent-ils le développement possible de ce type de prise en charge ?

Le présent travail tente d'apporter des éléments de réponse à ces questions au travers de l'étude de quatre situations différentes dans quatre maternités de la région Ile de France. Dans une première partie nous présenterons le contexte national et régional de la périnatalité et du développement de l'hospitalisation à domicile. Dans une seconde partie, nous présenterons la méthodologie puis les résultats de l'enquête réalisée auprès des quatre établissements de santé. Nous discuterons ces résultats dans une troisième partie, afin d'aboutir à la formulation de propositions, avec toutes les réserves liées aux limites de validité de cette enquête.

1 LE CONTEXTE NATIONAL ET REGIONAL

Afin de mieux comprendre les enjeux actuels dans le secteur de la périnatalité, et les freins et facteurs de développement de l'HAD dans ce secteur, il paraît nécessaire de présenter brièvement la situation actuelle dans ce secteur et ses évolutions récentes, tant sur le plan national, que sur le plan régional, qui est le niveau où se situe l'analyse présentée dans ce mémoire.

1.1 Les évolutions récentes de la périnatalité en France

Les débats actuels sur la périnatalité ont suscité, de la part des professionnels impliqués, de nombreuses réflexions sur les nouvelles orientations possibles pour ce secteur, et les priorités d'action. Cette réflexion se base sur une analyse de la situation de la santé de la mère et de l'enfant au niveau national, régional et départemental, de l'offre existante, et des évolutions récentes.

En 1994, suite à la remise du rapport du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), un plan d'actions visant à améliorer la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance a été élaboré par le gouvernement. Deux enquêtes nationales périnatales ont été réalisées en 1995 et 1998 (59).

En 2002, M. Mattéi, Ministre de la santé, confie à un groupe de professionnels une mission sur la périnatalité (52). Celle-ci rend son rapport en septembre 2003 (51).

1.1.1 Des progrès considérables mais des efforts encore à faire en matière de santé de la mère et de l'enfant

Selon ces différents rapports et les statistiques publiées par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la France occupe, en matière de résultats, une position moyenne en Europe (51).

Des progrès considérables ont été accomplis en matière de mortalité infantile : de 16.0 pour 1000 en 1972, cet indicateur est passé en France métropolitaine à 5.0 pour 1000 en 1995, puis 4.4 pour 1000 en (1998-2000) (source INSEE). En 2001, elle est égale à celle observée dans l'ensemble de l'Union Européenne (21).

Mais la mortalité maternelle reste élevée : depuis 10 ans, elle reste aux alentours de 10 pour 1000 naissances vivantes. Ce taux est le double de celui observé dans certains pays nordiques. L'analyse des dossiers de morts maternelles par un Comité national d'experts sur la mortalité maternelle créé en 1995 montrait que plus de 30 % de cette mortalité est évitable, en particulier en ce qui concerne les décès par hémorragie (51).

Les données disponibles montrent également une augmentation des grossesses multiples depuis 1995, une augmentation de la prématurité, surtout pour les grossesses multiples, et en particulier de la grande prématurité (23, 38, 59).

Le taux de césarienne est en augmentation (14 % en 1991, 18 % en 2001) avec des disparités liées au profil des femmes et aux pratiques médicales (24).

1.1.2 La périnatalité : un secteur « en crise »

Les différents rapports cités plus haut, les professionnels de la naissance ainsi que les responsables concernés s'accordent tous pour parler, actuellement, d'une « crise de la périnatalité » (22, 33, 36, 38, 41, 51, 52, 54, 55).

Cette crise est liée à la conjugaison de différents facteurs :

- une augmentation du nombre des naissances : après une forte augmentation en 2000, cette augmentation se ralentit actuellement mais le nombre des naissances est malgré tout beaucoup plus élevé qu'il y a 10 ans (nombre de naissances en France entière en milliers : 741.5 en 1994, 776.5 en 1999, 808.2 en 2000, 795.7 en 2002) (21)
- une augmentation de la prématurité et de la grande prématurité (51)
- des restructurations aboutissant à la fermeture de nombreuses maternités essentiellement privées: entre 1996 et 2000, 29 maternités ont fermé chaque année, dont 61% de maternités privées. Le nombre de lits pour 1000 accouchements est donc passé, durant la même période, de 34.2 à 30.6. Le processus de restructuration et de concentration amorcé dans les années 70 s'est prolongé ces dernières années avec une augmentation de la part des maternités réalisant plus de 1500 accouchements de 13 % en 1996 à presque 24 % en 2000 (23, 54).
- les difficultés d'application des décrets de 1998, qui avaient pour objectifs « une adéquation du niveau de risque au niveau de soin » par la mise en complémentarité des établissements au sein de réseaux et une définition des conditions techniques de fonctionnement des maternités par niveau (4,5). En l'absence de financement spécifique, les adaptations nécessaires n'ont pas été possibles jusqu'à présent (33, 51).
- La situation démographique des différents professionnels de santé : tous les professionnels de la périnatalité sont actuellement concernés par les problèmes de recrutement, qu'il s'agisse des gynécologues obstétriciens, des pédiatres, des anesthésistes, des sages-femmes, des infirmières en maternité et en néonatalogie ou des puéricultrices (34, 36, 45, 47).
- L'application de la loi sur les 35 heures et de la directive européenne imposant un repos de sécurité après les gardes de nuit (51).
- La crise de la responsabilité médicale et des assurances, les évolutions légales concernant le droit des patients ayant fait flamber les primes d'assurance, de façon particulièrement aiguë dans le secteur de la périnatalité (54).

1.1.3 Des difficultés ressenties par les usagers

Ces tensions dans le secteur de la périnatalité sont ressenties par les usagers car elles aboutissent à des difficultés de prise en charge des grossesses dans des maternités parfois surchargées, à une inégalité d'accès aux soins, à une prise en charge parfois insuffisamment respectueuse du déroulement physiologique de la grossesse et à une diminution de la durée de séjour (33).

Les difficultés d'accès aux soins sont particulièrement importantes pour les femmes en situation de précarité : en 1998, 1,8 % des femmes ont dit qu'elles avaient renoncé à des consultations ou des examens pour des raisons financières et 9,7 % des femmes ont eu moins de 7 consultations, c'est-à-dire moins que le nombre fixé par la loi pour une grossesse à terme (59).

Mais les inégalités d'accès aux soins sont également géographiques. Dans l'enquête périnatale de 1998, on a demandé aux femmes quelle était la durée du trajet pour aller accoucher : 10,1 % des femmes ont mis plus d'une demi-heure pour venir (59). La dotation en lits de niveau 2 et 3 reste inégale selon les régions, variant, en 2000 entre 10.8 et 27.2 lits pour 1000 accouchements (23).

Les conditions de travail dans les maternités retentissent également sur le vécu de l'accouchement et de la périnatalité par les femmes : dans un sondage réalisé en juin 2003, 43 % des mamans interrogées ont ressenti un manque de suivi en suites de couches, et 68 % déplorent une mauvaise prise en compte du « baby blues » (35). Les femmes se plaignent, en particulier, d'une surcharge des services, de la multiplicité et du manque de coordination des différents intervenants, de la surmédicalisation de l'accouchement. Elles souhaitent être prises en charge, de la grossesse au post-partum, par une seule sage-femme ou une équipe réduite (39).

La diminution de la durée moyenne de séjour en maternité a également un impact important sur le vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum par les femmes. En prénatal, la durée moyenne d'hospitalisation calculée sur l'ensemble des femmes était de 1,7 jours en 1995 et de 1,6 jours en 1998. Le principal motif d'hospitalisation en prénatal était, en 1998, la menace d'accouchement prématuré (37,5%), malgré une diminution du nombre d'hospitalisations pour ce motif depuis 1995 ; venaient ensuite les hypertensions (13,4 %) et le retard de croissance intra-utérin (5,3 %) (59). Le réseau AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie) a étudié le pourcentage de sorties précoces dans les établissements adhérents au réseau. Ce pourcentage augmente de façon importante ces dernières années : en 1994, 1,7 % des femmes ayant accouché par voie basse restaient 3 jours ou moins en maternité, et 1.6 % des femmes ayant eu une césarienne restaient 5 jours ou moins en maternité. Ces taux sont respectivement de 7 % et 6,9 % en 2002 (14).

1.1.4 Une conception de la grossesse et de la naissance en évolution

Mais la crise de la périnatalité ne se résume pas à une crise du fonctionnement des maternités. C'est la conception même de la naissance de la grossesse et de la naissance par les professionnels et les usagers qui est en cause.

Il s'agit de modifier le postulat actuel selon lequel « tout accouchement est à priori à risque », et par conséquent l'idée selon laquelle toute grossesse l'est également, pour aboutir à une conception du risque obstétrical radicalement inverse : à savoir que toute grossesse sauf antécédents particuliers, est considérée comme à priori normale (39, 41). Il faudrait donc faire « plus et mieux pour les situations à haut risque et moins (et mieux) pour les situations à faible risque » (51).

Cette réflexion est liée aux contraintes actuelles du fonctionnement des maternités mais aussi à l'évolution de la société. Celle-ci, tout en restant attachée à la sécurité, demande une humanisation plus grande de la naissance, et une possibilité de choix de leur « projet de naissance » (33).

Cette conception de la grossesse et de la naissance est certainement influencée par le modèle de nos voisins européens, pour lesquels le caractère physiologique à priori de l'accouchement est clairement ancré dans les mentalités, le repérage du risque obstétrical en cours de grossesse étant strictement organisé, et le pathologique défini à l'aide d'une classification (39, 41). Les grossesses normales sont ainsi suivies et accouchées par les sages-femmes aux Pays-Bas, en Scandinavie et au Royaume-Uni (12, 39).

Ces questions de la prise en charge des grossesses à bas risque soulèvent, chez les professionnels de santé, des débats parfois houleux, sur la prise en charge des grossesses physiologiques, les projets de maisons de naissances, et le rôle des sages-femmes (34, 41).

Les orientations actuelles des réformes, qu'il s'agisse des décrets de 1998, par la définition de trois niveaux de maternités et la mise en place de réseaux (4,5) ou des propositions de la mission périnatalité (51) tendent toutes à mieux gérer le risque en périnatalité, et à permettre aux femmes de choisir leur projet de suivi de grossesse et de naissance en maintenant la diversité de l'offre de soins.

1.1.5 Des acteurs nombreux, des articulations en construction

Il s'agit donc, pour atteindre ces objectifs, de permettre une meilleure coordination de l'ensemble des professionnels de santé concernés, qu'ils soient professionnels de ville ou hospitaliers. En effet, les acteurs intervenants dans le champ de la périnatalité sont nombreux, et complémentaires, mais leur coordination est encore insuffisante. Le rôle respectif des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens fait l'objet de nombreux débats, mais les réflexions actuelles tendent à réaffirmer la place de la sage-femme dans la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement normal, les gynéco-obstétriciens

se recentrant sur la pathologie, à l'instar de nos voisins européens (39, 41). D'autres professionnels médicaux sont également concernés par les réflexions et évolutions dans ce secteur comme les anesthésistes et les pédiatres (54).

Acteurs hospitaliers et de la ville ont également des rôles complémentaires, y compris pour les médecins généralistes (33, 58). Les professionnels non-médicaux (infirmiers, travailleurs sociaux, kinésithérapeutes, psychologues...) ont également un rôle essentiel dans le suivi des femmes enceintes et des enfants.

La place de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), au coté des professionnels hospitaliers et libéraux, est capitale, mais ses missions exactes sont parfois mal cernées par les professionnels. Créée en 1945, et rattachée au Conseil Général par les lois de décentralisation (56), la PMI participe à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile selon « les missions qui lui sont dévolues par les articles L 147 et L 149 du Code de la Santé Publique, en organisant notamment, soit directement, soit par voie de convention...les consultations, visites à domicile et autres actions médico-sociales individuelles ou collectives, de promotion de la santé maternelle et infantile (2) ».

La recherche d'une meilleure continuité dans la prise en charge des patients, et d'une médecine centrée sur les patients n'est pas spécifique au secteur de la périnatalité.

La question de la prise en charge du SIDA, dans les années 80, a été un révélateur, permettant la mise en place des premiers réseaux ville hôpital (20). Ces expériences vont s'étendre à d'autres domaines, de 1990 à 1996, les ordonnances de 1996 légalisant l'existence de ces réseaux.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé complète le dispositif légal construit depuis 1996, en donnant une définition légale et unique des réseaux de santé (1). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, en créant la dotation nationale de développement des réseaux au sein de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), assure un soutien financier à ces réseaux.

Dans le secteur de la périnatalité, les réseaux inter hospitaliers ont été principalement développés à partir de l'impulsion donnée par les décrets de 1998 (4, 5), et afin d'adapter le niveau de prise en charge aux risques (23). Ces réseaux se sont donc développés au départ essentiellement autour des transferts in-utéro pour les grossesses pathologiques. Dans un second temps, des réseaux ville hôpital se sont construits, pour permettre le suivi des grossesses et la prise en charge des suites de couches, en particulier dans un contexte de sorties de maternité de plus en plus rapides. Il existe actuellement une volonté réelle de développer ces réseaux, pour permettre une prise en charge graduée et adaptée des femmes enceintes et de leur enfant, en favorisant la continuité (38, 39, 51, 52, 54, 58).

1.1.6 Des solutions recherchées au travers de débats nationaux

Des débats nationaux ont été menés pour répondre aux questions posées par ces difficultés et ces nouvelles orientations. Les Etats Généraux de la Naissance, en juin 2003, ont rassemblé les différents groupes professionnels concernés et les usagers autour de ces questions. Les conclusions de ces débats sont, entre autres (33):

- le besoin d'amélioration et de diversification de l'offre de soins et d'accompagnement pour l'accouchement et les suites de couches
- la nécessité de prise en compte, dans les regroupements des plateaux techniques, des situations particulières d'accessibilité limitée des maternités dans certaines régions
- l'importance de l'humanisation des grosses structures et de la communication entre les parents et l'équipe médicale
- le besoin d'un plan de soutien à la périnatalité particulièrement en termes de postes de démographie des professionnels de santé
- la réaffirmation nécessaire de la place des sages-femmes, tant au sein des maternités publiques que dans le secteur libéral, du libre choix par les usagers du praticien, de la place des usagers dans l'élaboration des politiques périnatales
- la nécessité de développement des réseaux inter établissements et des réseaux ville hôpital

Dans le même temps, la « mission périnatalité », groupe d'experts mandaté par le Ministre de la Santé, a rendu au mois de septembre 2003, ses conclusions sous forme de vingt propositions. Nous ne les citerons pas ici dans leur intégralité, mais nous reprendrons les points en relation directe avec notre sujet (51) :

- proposer une nouvelle politique périnatale, reposant sur une prise en charge différenciée du haut risque et du bas risque périnatal, avec un suivi personnalisé privilégiant la continuité
- permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance
- assurer une prise en charge psychosociale
- planifier et anticiper les restructurations
- répondre aux besoins de proximité
- renforcer le fonctionnement en réseau pour réguler la coopération inter hospitalière mais également pour couvrir la prise en charge d'amont et d'aval
- améliorer la place de l'utilisateur dans le système de soins périnatales
- mettre en place un dossier de suivi
- évaluer la politique et les pratiques périnatales
- mettre en place un plan périnatalité

1.2 Une politique nationale de développement de l'Hospitalisation à Domicile (HAD)

1.2.1 Un système en place depuis cinquante ans, mais aux contours juridiques longtemps flous

On rapporte la première expérience américaine d'HAD au Pr Bluestone de l'hôpital de Montefiore de New York confronté déjà en 1945 à un problème de surpopulation hospitalière. En 1951, le Pr Siguier de l'hôpital Tenon, à Paris, confronté au même problème, suit l'exemple américain (48).

La première structure d'HAD est créée en France en 1957, par l'Assistance Publique de Paris, puis en 1958, par Santé Service à Puteaux, sur l'initiative de l'Institut Gustave Roussy de Villejuif (11, 31, 50).

L'HAD est légalement instituée par la loi hospitalière du 31 décembre 1970.

Il est important de noter, dès cette loi initiale, à la fois la conception de l'HAD comme un prolongement de l'hôpital (49) et la mise en exergue du rôle dévolu au médecin traitant dans cette prise en charge (11). Mais les décrets d'application ne suivront pas.

Pour pallier ce vide réglementaire, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) fixe, par la circulaire du 29 octobre 1974, les règles de création et de fonctionnement des différents services en établissant des conventions type, les règlements intérieurs et les prix de journée. La loi du 29 décembre 1979, à son tour non suivie de décret, étend l'autorisation aux services privés (48).

En 1986, une circulaire du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale mentionne le rôle de l'HAD dans le développement de la collaboration entre les structures hospitalières et les médecins et soignants de ville (49).

Le décret du 2 octobre 1992, assis sur la loi hospitalière de 1991, précise la définition de l'HAD en affirmant son rôle d'alternative à l'hospitalisation : l'HAD « a pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée » et « les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes » (3,11).

Ce décret introduit également plusieurs nouveautés : possibilité d'admission sur prescription d'un médecin libéral, présence d'un médecin coordonnateur au sein de l'équipe, permanence et continuité des soins, reconnaissance de l'HAD dans la carte sanitaire et définition d'un taux de change. Mais ces décrets présentent également des

insuffisances. En particulier, la limite entre l'activité développée en HAD et dans les services de soins à domicile reste floue. L'organisation des soins en HAD n'est pas clairement définie (31). Le taux de change ou « gage de lit » se réfère à l'autorisation dérogatoire de création de places d'HAD qui peut être délivrée dans un secteur excédentaire pour la carte sanitaire de médecine, en échange d'une réduction de un à deux lits de médecine, d'obstétrique ou de soins de suite ou de réadaptation (3). Le financement est également très hétérogène : quand le service d'HAD est public, son financement est intégré dans la dotation globale de l'établissement et figure donc dans l'enveloppe sanitaire régionale. En cas de structure privée à but non lucratif, et depuis 1996, il y a contractualisation avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens, qui fixe les éléments financiers tant en fonctionnement qu'en investissement. Pour les structures privées à but lucratif, les contrats avec l'ARH déterminent les tarifs des prestations d'hospitalisation (43, 44). Les prix de journées sont ainsi très différents selon les structures dans leur montant et leur composition (13, 15).

Ces éléments constituaient un frein important au développement de l'HAD jusqu'à ces dernières années (32, 40, 43).

1.2.2 Un développement lent et hétérogène

Dans les années 70-80, différentes structures d'HAD vont se créer avant une phase de stagnation dans les années 80-85, qui se prolonge dans le secteur public jusqu'en 1988 (18). Le nombre total de structures d'hospitalisation à domicile a été multiplié par 3.5 sur la période 1970-1980 alors qu'il n'a été multiplié que par 2 entre 1980 et 1992 (16).

En 1992, une enquête menée par le Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) étudie la place de l'HAD par rapport à l'hospitalisation classique et analyse les freins et facteurs de développement de l'HAD (16, 17). Parmi les freins, cette équipe relève la méconnaissance du système par les patients et la tendance culturelle à considérer l'hôpital comme synonyme de sécurité. Mais les freins sont également liés à l'hospitalo-centrisme de l'organisation médicale en France, à la lourdeur de la prise en charge pour l'entourage du patient, à la faiblesse du cadre réglementaire, au problème de recrutement du personnel soignant et aux contraintes budgétaires liées au budget global. Pourtant des facteurs semblent alors devoir contribuer au développement de l'HAD : des avantages médicaux, un haut niveau de satisfaction des patients, une contribution à la diminution des dépenses hospitalières et la présence de listes d'attente en HAD, traduisant des besoins non satisfaits (16).

La mise en place du taux de change par les décrets de 1992 a constitué, par la suite, un frein supplémentaire au développement de l'HAD (31, 32, 40, 43, 53).

En 1999, la France comptait 68 structures d'HAD pour 3908 places autorisées, avec une répartition très inégale sur le territoire : 52 départements en étaient dépourvus (31, 40).

En 2002, on dénombre 82 structures d'HAD et 4037 places installées sur 4462 autorisées. 35% des structures, regroupant 55% des places, sont de statut privé, gérées par des associations relevant de la loi 1901. Seules cinq structures, dont 3 sur l'Île de France, ont plus de 100 places installées. Paris et l'Île de France regroupent 50% des places et 39 départements restent dépourvus de places d'HAD (44).

Le développement de l'HAD obstétricale est également lent et hétérogène en France. La première expérience d'HAD obstétricale pour les grossesses pathologiques remonte à 1978 sur l'initiative du P^r. Sureau de la Clinique Baudelocque à Paris. Dans une communication de 1996, il était mentionné l'existence de 7 services d'HAD en obstétrique en France, dont 4 s'occupant du suivi des suites de couches. En 1992, l'obstétrique représentait 9.3% des motifs de prise en charge dont 3% pour les grossesses pathologiques et 6.3% pour la surveillance du post-partum (18). En 1989 et 1990, 1.7% des femmes hospitalisées dans une maternité de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) ont bénéficié de l'HAD (49). En 2001, d'après les données du réseau AUDIPOG, 36 % des femmes suivies dans les établissements du réseau présentaient une pathologie de la grossesse. Mais seules 0,2% des femmes étaient suivies en HAD, 14,5 % étaient hospitalisées et 6,1 % suivies par une sage-femme à domicile (37).

1.2.3 Une volonté récente de clarification du contour réglementaire

Face à ces difficultés de développement de l'HAD en France, un groupe de travail constitué de différents services d'HAD et de médecins hospitaliers a été mis en place fin 1996 par la Direction des Hôpitaux afin de faire le point sur la situation de l'HAD et d'élaborer des propositions visant à la développer (31). Ce groupe de travail a publié ses conclusions dans un rapport publié en 1999 (40).

Les recommandations de ce rapport sont :

- mieux définir l'HAD et son champ d'intervention, en précisant les types de soins relevant de l'HAD et les critères d'admission en HAD
- renforcer les liens entre l'HAD et le secteur libéral
- améliorer les conditions de fonctionnement de l'HAD en systématisant l'élaboration d'un projet thérapeutique, en précisant et en renforçant la place du médecin coordonnateur du service d'HAD, en facilitant l'accompagnement psychosocial, en développant la prise en charge à domicile de la douleur et des soins palliatifs, en formant des intervenants à domicile et en échangeant des informations sécurisées

Ce rapport ne fait pas spécifiquement référence à la prise en charge en périnatalité.

Suite à ces conclusions, une circulaire a été publiée en 2000 par la Direction des Hôpitaux. Cette circulaire du 30 mai 2000 (6) et son complément du 11 décembre 2000

(7) ont pour objectifs de définir l'HAD et son champ d'intervention, de préciser les types de soins délivrés et les critères d'admission en HAD et d'améliorer la qualité de la prise en charge. La circulaire du 30 mai 2000 définit trois modes de prise en charge : soins ponctuels, soins continus et réadaptation au domicile. Elle précise que la qualité de la prise en charge doit être améliorée par le renforcement des liens entre établissements de santé et services d'HAD, entre secteur libéral et HAD, et par l'amélioration des conditions de fonctionnement des services d'HAD (6).

Mais, ainsi que précisé dans l'introduction à la circulaire, ces modes de prise en charge et critères d'admission ne sont pas applicables à l'obstétrique. Le cadre de fonctionnement de l'HAD en obstétrique est donc resté très flou jusqu'à 2004. Une nouvelle circulaire, publiée par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins le 4 février 2004, précise les missions et les modalités de prise en charge en hospitalisation à domicile en général, en périnatalité, en pédiatrie et en psychiatrie (9). Concernant la périnatalité, l'HAD « *s'adresse aux femmes et à leurs enfants, qui requièrent des soins coordonnés et un suivi pouvant justifier de l'intervention d'une sage-femme, d'une infirmière, d'une puéricultrice, d'un pédiatre, d'un gynécologue obstétricien ou d'un autre médecin spécialiste, d'un psychologue, d'un diététicien, d'une assistante sociale et autres acteurs.....* » « *L'HAD s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge coordonnée avec les professionnels de santé libéraux, qu'ils soient ou non constitués en réseaux, les professionnels de santé des établissements de santé, des structures des centres de Protection Maternelle et Infantile, et/ou tout autre intervenant relevant du secteur social et/ou médico-social* ».

Cette définition de l'HAD en obstétrique s'inscrit donc dans la ligne des recommandations de la circulaire de 2000. La circulaire du 4 février 2004 précise également que l'HAD en périnatalité « *doit prioritairement centrer ses activités sur l'ante et le post-partum pathologique* » ». En ante-partum, la prise en charge doit correspondre à au moins trois visites à domicile par semaine d'un membre de l'équipe médicale ou soignante de l'HAD, et, en post-partum, à une visite quotidienne.

Mais les indications de l'ante-partum et du post-partum pathologiques sont très larges puisqu'elles comprennent la « *nécessité d'un soutien psychologique et/ou social* » et « *l'accompagnement de l'allaitement* ». De plus, il est précisé que « *en cas de sorties précoces de maternités, de l'inexistence de réseau (de sages-femmes libérales ou de sages-femmes de PMI) ou de sages femmes libérales en capacité de prendre en charge les patientes et leur enfant au domicile, le recours à l'HAD peut ne pas être limité aux seules prises en charge pathologiques* ». On voit donc que la définition des modes de prise en charge et des critères d'admission en HAD pour la périnatalité reste très large, et le mode d'organisation très peu fixé réglementairement. Cette circulaire permet donc des

initiatives variées en ce qui concerne l'organisation du suivi de la grossesse et des suites de couches, pouvant laisser une place plus ou moins importante à l'HAD.

De plus, le cadre réglementaire ainsi défini par les circulaires de 2000 et de 2004, s'il précise en partie les missions de l'HAD et son mode de fonctionnement, ne traite pas des modes de financement qui restent peu clairs et très hétérogènes (32).

1.2.4 Une politique visant à lever les freins et à favoriser le développement de l'HAD

La circulaire du 30 mai 2000 mentionnait déjà la volonté de développer l'HAD dans chaque région, après une évaluation des besoins au niveau régional en fonctions des différents objectifs de soins auxquels peut répondre l'HAD (6). En 2001, M. Kouchner, Ministre délégué à la Santé, annonçait un programme d'action en faveur de l'HAD, avec plusieurs mesures devant s'échelonner, pour l'essentiel entre 2002 et 2004. Il annonçait ainsi une réforme du « gage des lits », l'intégration de l'HAD dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) de troisième génération, et l'harmonisation des financements avec une tarification commune par mode de prise en charge (53). L'objectif fixé par le gouvernement est un doublement des places entre 2000 et 2005, pour aboutir à 8000 places en 2005 (10,29, 30, 32, 52, 57).

En 2000, la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins (DHOS), conjointement à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), a demandé au Centre de Recherche d'Etudes et de documentation en Economie de la Santé (CREDES) de mener une enquête sur le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile entre 1999 et 2000. Cette enquête a mis en évidence, pour un coût moyen global de l'hospitalisation à domicile de 140 euros environ par journée, une grande variation relative à la fois à l'état de santé du patient et à la structure d'HAD. Cette diversité n'est pas prise en compte dans la tarification actuelle : au sein d'une même structure, les journées sont rémunérées par un prix de journée uniforme. Dans cette étude, la surveillance des grossesses à risque et la prise en charge du post-partum sont parmi les protocoles les moins coûteux (entre 50 et 64 euros par journée) (13). Sur cette base, le CREDES a construit un modèle de tarification à l'activité, afin de préparer le passage, en 2005, à la tarification à l'activité pour l'HAD dans le cadre du plan hôpital 2007 (15, 43, 57). Le gouvernement espère ainsi stimuler le développement de l'HAD, en particulier en fixant des tarifs incitatifs, supérieurs, si possible, au prix de revient (30). Certains acteurs de l'HAD s'inquiètent de ce système, trop complexe, qui ne tient compte que de l'activité utile et pas de l'activité réelle, et qui ne permet pas le financement de personnel aidant (29, 30).

Sur le plan financier également, et dans le cadre du plan hôpital 2007, une enveloppe de 16 millions d'euros en 2004 et 66 millions de euros au terme du plan pour soutenir le développement des places d'HAD (30, 52).

Enfin, la levée du taux de change par l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative a permis de lever un frein important au développement de l'HAD (8).

La circulaire du 4 février 2004 relative à l'HAD réaffirme cette volonté de développer l'HAD. Ce développement doit être intégré aux politiques régionales et se traduire par la création de places et de structure supplémentaire dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) de deuxième génération et dans la perspective d'élaboration du SROS de troisième génération. Cette circulaire insiste sur la nécessité de création d'HAD dans les zones géographiques qui en sont actuellement dépourvues, à partir d'un établissement de santé de proximité ou d'un hôpital local, et réaffirme le caractère généraliste et polyvalent de l'HAD (9).

La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, réaffirme la nécessité de développement de l'HAD dans le cadre des projets médicaux de territoire, pour mieux répondre aux besoins de proximité, en articulation avec les réseaux de santé (10).

1.3 La situation de la région Ile de France

1.3.1 Des besoins régionaux en augmentation

La région Ile de France, avec 10 951 136 habitants recensés en 1999, et 11 024 984 habitants estimés au 1^{er} janvier 2001, présente un poids démographique très important.

Elle accueille 18.67% de la population française sur 2% du territoire (source Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques - INSEE).

La région se divise administrativement en 8 départements, le département de Paris, 3 départements en petite couronne et 4 départements en grande couronne.

Le nombre de femmes en âge de procréer est important en Ile de France. Le poids de cette population dans la population totale est supérieur à la moyenne nationale (26.8% contre 24.7%). Cette proportion est relativement homogène sur la région (source INSEE).

Le taux de fécondité (nombre de naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans) en Ile de France en 2001 est supérieur à la moyenne nationale (59.2 pour 53.5), et situe sur ce point cette région au premier rang des régions française. La progression de cette fécondité est plus rapide que dans la population française (source INSEE).

La rapide augmentation des naissances constatée en région Ile de France jusqu'à 2000 inclus a tendance à se ralentir depuis cette date : 167 822 naissances étaient enregistrées sur la région en 1999, 174 782 en 2000 et 174 122 en 2002 (source INSEE). D'après l'enquête périnatale de 1998, la proportion de femmes enceintes de plus de 35 ans est significativement plus élevée en Ile de France (17,9%) alors qu'il est de 14,7% pour la France Métropolitaine (59).

La précarité se développe dans la région, elle est source de difficultés de suivi et d'inégalité d'accès aux soins et augmente les risques de la mère et de l'enfant.

Selon le rapport de la Mission Interministérielle sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale sur l'Etat de la pauvreté et de l'exclusion sociale en Ile-de-France, les zones les plus marquées se situent au Nord de Paris, au Nord des Hauts-de-Seine, au sud-est du Val d'Oise et sur la quasi-totalité de la Seine-Saint-Denis (dans ce département plus d'un ménage sur cinq vit avec des ressources inférieures au seuil de pauvreté). Le département des Yvelines est le moins touché : cette situation concerne 7,9% des ménages (19).

La mortalité maternelle est plus élevée en Ile de France qu'au niveau national. Si l'on rapporte le nombre de décès maternels au nombre de naissances vivantes (taux pour 100.000 naissances), le taux brut en Ile de France pour la période 1995-1999 est nettement supérieur au taux national (13,2 contre 10) (source Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale - INSERM). Le taux de mortalité infantile francilien, qui a longtemps figuré parmi les plus bas de France est aujourd'hui très légèrement supérieur à la moyenne nationale (25).

Concernant l'adéquation du niveau de prise en charge au risque, la région Ile de France se situe à un niveau moyen par rapport aux autres régions de France si on considère la part des enfants nés de naissance multiple ou de poids de naissance insuffisant en maternité de type 1 : en 2000, dans notre région, 25% des enfants de poids de naissance insuffisant et 28.5% des enfants nés de naissance multiple sont nés dans des maternités de type 1 (23).

Les données sur les suivis de grossesses issues de l'enquête périnatale 1998 ne montrent pas de spécificités franciliennes. La proportion de femmes ayant eu moins de 7 consultations prénatales est comparable entre la région (9,3%) et l'ensemble de la France Métropolitaine (9,8%). On note cependant que le suivi est un peu mieux assuré en périphérie (8,9 % en petite couronne et 8,5 % en grande couronne) qu'à Paris (11%), mais ces différences ne sont pas significatives. La proportion de femmes ayant eu une hospitalisation prénatale est comparable entre la région et la France, respectivement 21,8 % et 21,6 %, avec des variations non significatives entre les départements. Elle est plus élevée en grande couronne (23 %) qu'en petite couronne (21,3%) et à Paris (20,7%) (59).

1.3.2 Une offre de soins en périnatalité en restructuration et inégalement répartie sur le territoire

En Ile de France, comme dans le reste de la France, le processus de restructuration et de concentration des sites de maternités a été très marqué depuis 1998 : le nombre de sites est passé de 145 en 1998 à 110 en 2003 avec essentiellement fermeture ou regroupement des établissements privés.

Au 31/12/03, 4736 lits et places sont autorisés. Cette capacité totale a diminué de – 10 % depuis septembre 1999, date à laquelle il existait 5254 lits et places autorisées de gynécologie obstétrique. On note des évolutions différentes entre les départements : la plus forte diminution concerne la Seine-Saint-Denis et les Yvelines avec moins 15 %, puis 13 % à Paris, 10 % en Seine-et-Marne et 8 % en Essonne, 7% en Val d'Oise (source inventaire Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales- DRASS).

La répartition géographique des capacités autorisées en gynécologie obstétrique est inégale. Le taux d'équipement (rapporté à la population de femmes en âge de procréer) est en moyenne de 1,62. Il varie de 1,23 en Seine-et-Marne à 1,95 à Paris. Cependant les écarts entre les secteurs sanitaires extrêmes restent importants : 2,59 pour Paris Est à 1,20 pour les bassins de Seine-et-Marne et 1 pour Ivry/Villejuif et Yerres /Villeneuve Saint Georges (source inventaire Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales- DRASS). De plus, il existe un écart entre la capacité autorisée et la capacité installée.

Les niveaux d'activité des maternités de la région sont très hétérogènes : 36 maternités réalisent moins de 1000 accouchements, 23 entre 1000 et 1500, 20 entre 1500 et 2000, 25 entre 2000 et 2500 et 6 environ 3000 (source Statistiques d'Activité des Etablissements - SAE 2003). On note une tension vive sur certains établissements avec pour l'obstétrique, des difficultés d'inscription, une diminution de l'offre de suivi prénatal et des sorties très précoces. D'après les données du réseau AUDIPOG, le taux de sorties précoces en région Ile de France est significativement supérieur à la moyenne nationale en 2001 : le taux de sortie avant ou à 3 jours pour les accouchements par voie basse est de 15.7 % pour une moyenne nationale à 7 % et le taux de sortie avant ou à 5 jours pour les césariennes de 14.5 % pour une moyenne nationale à 6,9 % (14).

Les réseaux inter hospitaliers se sont progressivement structurés depuis 1998, essentiellement autour de la gestion des transferts in-utéro. On compte actuellement 13 réseaux inter hospitaliers de périnatalité en région Ile de France. Il est à noter que, d'après les données de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, un seul réseau en périnatalité est comptabilisé en Ile de France, les autres réseaux n'étant pas, à l'heure actuelle, financés par la dotation nationale de développement des réseaux. Ces réseaux, centrés autour des maternités de type III ont pour objectif l'organisation de la prise en charge par niveau de risque. Certains réseaux ont en outre développé des

spécificités, comme le réseau du Sud et Ouest francilien pour la prise en charge des bébés à risque de handicap.

Le développement des réseaux ville hôpital en périnatalité est plus lent. A la journée régionale des réseaux organisée par la Commission Régionale de la Naissance (CRN) le 4 mars 2004, deux réseaux ville hôpital étaient représentés : le réseau Maternité en Yvelines, qui inclut les communautés périnatales de suivi de grossesse et le réseau ville hôpital médico-psycho-social du Nord des Hauts-de-Seine. D'autres réseaux ville hôpital existent en région Ile de France, comme le réseau périnatalité Seine-Saint-Denis Ouest, mais ces organisations en réseau ville hôpital sont, de manière générale, encore peu lisibles au niveau régional.

Un seul établissement de soins de suite et de réadaptation en périnatalité a été ouvert jusqu'à présent en région Ile de France. Malgré un besoin avéré, d'autres lits de suite n'ont pas pu être installés jusqu'à présent, faute de locaux et de promoteurs.

Les services de PMI sont organisés et dotés de façon très disparate entre les départements. Ainsi, le nombre de sages-femmes de PMI pour 100.000 habitants varie de 0.5 dans les Yvelines et 0.9 en Seine-et-Marne à 2.35 dans le Val de Marne et 2.66 en Seine-Saint-Denis (source Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques - DREES). Certains centres de PMI estiment ne pas pouvoir remplir leurs missions spécifiques de promotion de la santé et médico-psycho-sociales, et assumer des prestations qui relèveraient des établissements de santé, comme le suivi des grossesses pathologiques à domicile.

La prévention et la prise en charge des patientes à risques spécifiques ou en situation de précarité sont à améliorer (unités mères enfants, appartements thérapeutiques).

Le manque de professionnels de la naissance, mais aussi la répartition des rôles entre les différents acteurs, constituent, en Ile de France comme dans le reste de la France, une réelle difficulté. Ils représentent une contrainte pour le fonctionnement des services de gynécologie obstétrique et de néonatalogie, mais aussi pour la prise en charge de la grossesse et de la naissance en ville.

La densité de gynécologues obstétriciens, rapportée au nombre de femmes de 15 à 49 ans, est plus élevée en Ile de France que dans le reste de la France (respectivement 43 contre 35 pour 100.000 femmes), mais ces praticiens sont en moyenne plus âgés que dans le reste de la France, la féminisation de la profession est plus importante, et le rapport libéral / salariat nettement supérieur au reste de la France. Cette densité est très hétérogène selon les départements, la plus forte étant sur Paris, et les plus faibles en Seine-Saint-Denis et Seine-et-Marne. La densité des sages-femmes est plus faible en Ile de France que dans le reste de la France (91 sages-femmes pour 100.000 femmes de 15 à 49 ans contre 104 pour la France), avec des grandes variations géographiques (faible

densité en Seine-et-Marne et dans le Val d'Oise et forte densité à Paris et dans les Hauts-de-Seine). La part des sages-femmes libérales croît depuis une dizaine d'années, après une forte réduction, pour atteindre 14% de l'effectif total. Des difficultés existent aussi pour les métiers d'anesthésistes en maternité, de pédiatre néonatalogiste, de puéricultrices et d'infirmières en néonatalogie (source fichiers Adeli, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France, 2002).

1.3.3 Un développement de l'HAD inégal et hétérogène

L'Ile de France est la région la mieux équipée en HAD : en 2002, avec 2350 places autorisées, elle regroupe 50 % des capacités de la France métropolitaine, pour 18,5% de la population totale. Le tableau présenté en annexe 1 détaille les capacités et l'activité de l'HAD en Ile de France.

Mais cette offre n'a que très peu augmenté sur ces dernières années : en 1999, 2300 places étaient déjà autorisées, soit uniquement 50 places supplémentaires en 3 ans. De plus, depuis 1999, les structures autorisées n'ont pas installé l'intégralité de leurs places. Seules 2282 places sont actuellement installées, soit 97.1 % des places autorisées (source inventaire DRASSIF).

Cette offre de soins relève essentiellement des établissements publics ou privés sous dotation globale. Sur 13 structures d'HAD, 9 sont publiques, 3 relèvent du secteur privé sous dotation globale et seule une relève du secteur privé sous objectif Quantifié National (OQN). Mais le secteur public ne regroupe que 38.5 % des places autorisées, la grosse structure privée sous dotation globale que représente Santé service regroupant 51 % des places de la région (source inventaire DRASSIF).

C'est en effet la diversité de taille des structures qui frappe en région Ile de France, 94% des places étant détenues par 3 grosses structures : Santé Service, de statut privé sous dotation globale, qui a 1200 places autorisées, l'HAD de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, de statut public, qui a 820 places autorisées et la Croix Saint Simon, de statut privé sous dotation globale, qui a 185 places autorisées. Ces trois structures ont par ailleurs installé toutes leur places autorisées. Au coté de ces grosses structures, on trouve de petites HAD de statut public, de 4 à 20 places, et deux structures de statut privé, dont l'HAD Yvelines Sud, la première HAD de statut privé lucratif de la région, avec 30 places autorisées mais pas encore installées.

L'activité des structures d'HAD en Ile de France est relativement stable. Les taux d'occupation en HAD des trois plus grosses structures sont supérieurs à 80 %. Certaines structures fonctionnent au-dessus de leur capacité autorisée (les structures des centres hospitaliers de Saint Cloud, Meaux, et Montfermeil). Trois structures n'ont pas pu jusqu'à ce jour, installer les places qui leur ont été autorisées (source inventaire DRASSIF) et

d'autres structures fonctionnent au-dessous de leur capacité, par manque de personnel et de moyens : (Poissy, Saint Germain, et Courbevoie) (source SAE 2002).

Le fonctionnement de ces structures est très hétérogène : certaines d'entre elles sont spécialisées, en particulier en obstétrique, d'autres polyvalentes, ce qui est le cas des 3 grosses structures de la région. Dans ces structures polyvalentes, les principaux pôles d'activité sont les chimiothérapies, les soins palliatifs et l'obstétrique (source Agence Régionale de l'Hospitalisation - ARH).

La plupart des petites structures dépendent d'un centre hospitalier public, et fonctionnent avec du personnel salarié de l'hôpital.

Le secteur d'intervention des petites structures d'HAD se limite, pour des raisons de facilité de transport et de logistique, au périmètre proche du centre hospitalier dont elles dépendent. Les services de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris et de la Croix Saint Simon interviennent pour l'essentiel sur Paris et la petite couronne, hors les Hauts de Seine pour le second. Santé Service a vocation régionale. Toutefois, l'essentiel de ses interventions, suite à des prescriptions hospitalières, se fait sur les départements de l'Essonne, du Val-de-Marne et du Val d'Oise. En pratique, certaines zones sont très peu couvertes par les HAD existantes, aux limites de l'Essonne et de la Seine-et-Marne.

1.3.4 Une activité d'HAD périnatale au contenu et à l'organisation variable

Parmi les 13 structures d'HAD en Ile de France, 4 sont spécialisées en obstétrique : l'HAD du Centre Hospitalier de Saint Cloud, avec 4 places, celle du Centre Hospitalier de Meaux, avec 4 places, celle du Centre Hospitalier de Neuilly-Courbevoie avec 10 places, et celle du Centre Hospitalier de Poissy-Saint-Germain avec 22 places autorisées (source inventaire DRASSIF). Les trois grosses structures d'HAD polyvalentes ont toutes une activité d'obstétrique. Les autres structures d'HAD n'ont pas encore installé leurs places ou se sont orientées vers d'autres types de prise en charge. Au total, pour 769.464 journées prise en charge en HAD en 2002 en Ile de France, 72.035 journées, soit 9.4 %, correspondaient à une prise en charge obstétrique (source SAE 2002). La plus grande partie de cette activité correspond à une prise en charge du post-partum. Les chiffres détaillés n'ont pas été obtenus pour toutes les structures concernées, mais les rapports d'activités obtenus montrent que, pour Santé Service, en 2002, 99,7% des 3.369 admissions pour une prise en charge obstétrique ont eu lieu en post-partum. Pour l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, cette proportion est de 86 % (4253 admissions en post-partum sur 4971 admissions en HAD obstétriques), mais correspond à 54 % des journées seulement, la durée moyenne de séjour en HAD en ante-partum étant plus élevée que celle de post-partum.

Cette HAD en périnatalité est marquée par une grande disparité, tant géographique que statutaire (privé à but non lucratif pour Santé-Service et la Croix Saint-Simon, public pour les autres structures), structurelle (sages-femmes salariées ou libérales, avec présence ou non des autres catégories professionnelles) et organisationnelle (suivi par la sage-femme ou par une puéricultrice, quotidien, bi ou tri-hebdomadaire) (48, 49).

Deux entretiens ont été réalisés avec des responsables de l'HAD obstétrique de l'APHP et de Santé-Service, et une documentation concernant ces deux structures a été rassemblée (rapports d'activité, contrats d'objectifs et de moyens, statistiques...). La plupart des éléments recueillis au cours de ces entretiens seront repris dans la partie suivante, mais les éléments ci-dessous permettent de mieux cerner le fonctionnement actuel de ces deux grosses structures régionales.

L'HAD de Santé-Service a été créée en 1958 avec au départ une activité essentiellement tournée vers la cancérologie et les soins palliatifs. Il s'agit d'un établissement de santé privé à but non lucratif géré par une association loi 1901, et financé par dotation globale depuis 1998. Après approbation du projet médical d'établissement en 2002, Santé Service est actuellement en cours de négociation, avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, d'un contrat d'objectifs et de moyens.

Les interventions à domicile sont organisées à partir de 3 secteurs géographiques et de 12 antennes hospitalières. Les secteurs sont chargés d'organiser l'intervention au domicile et la prise en charge des patients. Cette prise en charge se fait par des professionnels de santé médicaux ou paramédicaux salariés de l'HAD ou libéraux et ayant passé convention avec cette HAD. Les antennes ont quant à elles la charge de procéder aux admissions.

Les 2/3 des admissions sont le fait des établissements publics de santé et des centres de lutte contre le cancer avec lesquels Santé-Service passe convention. Les médecins de ville ne représentent que 3 % des admissions. Près de 40 % des journées réalisées concernent l'activité de cancérologie qui est le pôle dominant de l'établissement.

L'activité obstétricale de Santé Service a débuté en 1991, suite à une réflexion menée avec l'équipe de la maternité de Villeneuve Saint Georges. En 2002, l'activité d'obstétrique représente 22 % des admissions et 4.77 % des journées prises en charge par Santé-Service. Cette activité obstétrique concerne essentiellement le post-partum : seules 0,24 % des admissions en HAD obstétrique et 0.57 % des journées en HAD obstétrique en 2002 concernent le suivi de grossesses à risque, dont la moitié pour des menaces d'accouchement prématuré. 78, 15 % des admissions en HAD obstétrique se font suite à un accouchement spontané et 21,6 % suite à une césarienne. La durée moyenne de séjour en HAD suite à un accouchement spontané est de 5 jours, et de 8

jours suite à une césarienne. Elle atteint 17 jours pour la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré.

Les prescriptions d'HAD obstétrique à Santé-Service sont le fait, dans la grande majorité des cas, des services d'obstétriques des centres hospitaliers publics avec lesquels Santé Service a signé une convention. Ainsi, en 2002, 99,5% des admissions en HAD à Santé-Service pour une prise en charge obstétrique proviennent de cinq centres hospitaliers : Lagny (77), Villeneuve Saint Georges (94), Pontoise (95), Argenteuil (95) et l'hôpital Max Forestier de Nanterre (92).

Une ou plusieurs infirmières coordinatrices de Santé-Service sont présentes dans ces hôpitaux. Les sages-femmes des maternités de ces hôpitaux sélectionnent les femmes pour lesquelles un suivi en HAD obstétrique est nécessaire, selon des critères correspondant à ceux énumérés dans la circulaire du 4 février 2004. Elles contactent l'infirmière coordinatrice 24 à 48 heures avant la sortie de la mère. Cette infirmière coordinatrice prépare alors la sortie en HAD selon le protocole établi par le médecin hospitalier prescripteur. Un dossier est rempli par la sage-femme, qui permettra la transmission des données administratives et médicales aux intervenants de Santé-Service. Dans le cas des prises en charge en suite de couche, une « pochette » est remise à la patiente à la sortie, comprenant du matériel de puériculture et des ordonnances. Tant pour l'achat des médicaments éventuellement nécessaires que pour les visites à domicile, la femme n'a pas à faire l'avance de frais, la prise en charge par Santé-Service étant globale.

Cette prise en charge comprend, en suites de couches, un passage par jour de la sage-femme pendant 5 à 8 jours, et éventuellement le passage d'une psychologue et/ou d'une diététicienne. Il est également possible d'organiser la prise en charge de 3 heures d'aide ménagère sur la totalité de la durée de l'HAD, mais dans ce cas, ce sont les aides ménagères salariées de Santé-Service qui se déplacent, ce qui pose parfois des problèmes quand le domicile de la patiente est éloigné de celui de ces aides ménagères.

Les axes de travail actuels du secteur obstétrique de Santé-Service, en particulier dans le cadre de la préparation du contrat d'objectifs et de moyens, sont le développement de la prise en charge des grossesses pathologiques, en particulier en construisant des liens avec un plus grand nombre de maternités. Cette structure souhaiterait en effet s'orienter vers la prise en charge d'un pourcentage moins important de patientes dans chaque établissement de santé, mais de manière plus adéquate aux critères de prise en charge énoncés dans la circulaire du 4 février 2004 et ce sur un nombre plus important de ces établissements.

L'HAD de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) a été créée en 1957. Il s'agit d'un établissement de santé public. L'HAD de l'APHP est sous l'autorité d'un directeur

général, et organisée à partir de services transversaux et d'un service médical de coordination ainsi que de plusieurs services spécialisés dont un service d'obstétrique. L'intervention au domicile est organisée à partir de plusieurs secteurs de soins implantés dans des sites hospitaliers au centre de la zone géographique d'intervention. Des antennes de coordination implantées dans chaque hôpital APHP sont chargées de l'admission des patients et du lien entre les hôpitaux et les unités de soins. Les interventions au domicile sont réalisées par du personnel soignant salarié de l'HAD ou par des professionnels de santé libéraux liés par convention avec l'HAD. L'HAD de l'APHP dessert Paris, les départements de la petite couronne et quelques communes des Yvelines. Les admissions se font à partir des hôpitaux de l'APHP ou de l'un des huit hôpitaux ayant établi un partenariat avec l'APHP.

L'activité obstétrique de l'HAD de l'APHP a débuté en 1978 pour l'activité ante-partum et en 1987 pour l'activité post-partum. En 2001, l'activité obstétrique représentait 35 % des 13290 admissions à l'HAD de l'APHP, et 11,2% des 253630 journées prises en charge par cette structure. La prise en charge en ante-partum représente 15% des admissions et 58% des journées prises en charge en obstétrique. Parmi les admissions en post-partum, 20% correspondent à des admissions pour post-partum pathologique, selon les critères énoncés dans la circulaire du 4 février 2004. La proportion importante de prise en charge en ante-partum par rapport à Santé-Service s'explique probablement à la fois par une politique différente et par le grand nombre de maternités de type 3 couverts par cette structure, qui, comme nous le verrons plus tard, sont plus souvent prescripteurs de prise en charge en HAD pour le suivi des grossesses pathologiques.

En 2003, la durée moyenne de séjour en HAD pour une prise en charge en ante-partum est de 25 jours, et de 6 jours pour une prise en charge en post-partum.

La prise en charge en ante-partum est réalisée par l'antenne hospitalière après prescription du médecin du service hospitalier. Elle inclut la visite à domicile par une sage-femme 2 à 3 fois par semaine (sage-femme de l'HAD dans 42 % des cas et sage femme libérale dans 58 % des cas en 2002), un télé monitoring fœtal si nécessaire, une ou plusieurs fois par jour, lu par une sage-femme de permanence, une surveillance tensionnelle, un bilan biologique une à plusieurs fois par semaine par une infirmière à domicile, et éventuellement la visite à domicile d'un kinésithérapeute, d'un psychologue et/ou d'un diététicien. L'aide ménagère est également incluse dans le forfait HAD, mais celle-ci ne peut être réalisée que par l'intermédiaire d'associations dont le personnel n'est pas toujours disponible. La prise en charge en post-partum est réalisée dans tous les cas par des sages-femmes libérales ayant passé convention avec l'HAD de l'APHP.

Les axes de travail actuels de l'HAD sont, comme pour Santé-Service, et dans le cadre de la circulaire du 4 février 2004, le recentrage sur le suivi des grossesses pathologiques et le post-partum pathologique. C'est dans cette optique que doit se mettre en place, en

septembre 2004, la cellule d'orientation du post-partum à l'HAD. Cette cellule, placée sous l'autorité médicale d'une sage-femme, et fonctionnant avec 4 secrétaires, aura pour mission de centraliser les demandes de prise en charge en post-partum par l'HAD de l'APHP. En fonction de critères définis, les intervenants de cette cellule devront différencier les demandes pour post-partum physiologique de celles pour post-partum pathologique. Dans le premier cas, les femmes seront orientées vers une prise en charge par une sage-femme libérale que l'établissement devra trouver lui-même. Cette prise en charge sortira du cadre de l'HAD. En cas de post-partum pathologique, la prise en charge sera réalisée par une sage-femme de l'HAD. Cette formule devrait entraîner une diminution de 80% du recrutement en post-partum, mais serait compensée par une augmentation d'autres secteurs d'activité de cette HAD, en particulier en neurologie et en gériatrie.

2 L'EXEMPLE DE QUATRE ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

2.1 Méthode

Pour essayer d'analyser les freins et les facteurs de développement de l'HAD en périnatalité nous avons choisi de nous intéresser à quatre établissements. Il aurait probablement été intéressant, dans la logique actuelle de planification, et la démarche d'adaptation des réponses aux besoins de proximité, de choisir quatre territoires de santé. Mais la multiplicité des acteurs de santé de périnatalité et la coexistence, dans les territoires, de plusieurs circuits de prise en charge, rendaient difficile une telle étude dans les délais impartis.

Quatre établissements ont donc été choisis, après des entretiens préalables avec différents acteurs de la périnatalité en Ile de France et une analyse des ressources documentaires.

Les acteurs consultés dans ce but ont été les Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP) des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) des départements de la région, les chargés de mission de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), des médecins conseils du Service Médical de l'Assurance Maladie d'Ile de France, des praticiens et sages-femmes participant à la Commission Régionale de la Naissance. Les ressources documentaires exploitées ont été les données des Statistiques d'Activité des Etablissements (SAE), des rapports d'activité des établissements. Cette première recherche a permis de sélectionner quatre établissements afin de représenter au mieux la diversité des situations sur la région.

Ces quatre établissements sont : le Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges dans le Val de Marne (94), le Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint Germain en

Laye dans les Yvelines (78), la maternité des Bluets à Paris (75), et le Centre Hospitalier de Melun en Seine-et-Marne (77). Deux établissements (le Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges et le Centre Hospitalier de Poissy-Saint Germain) proposent une prise en charge en HAD pour leurs patientes d'obstétrique, mais selon des modalités très différentes. Deux établissements (le Centre Hospitalier de Melun et la clinique des Bluets) ne proposent pas de prise en charge en HAD obstétrique, mais les organisations proposées pour la prise en charge du suivi de grossesse et de suites de couches sont différentes. La maternité des Bluets est une structure privée participant au service public, les trois autres maternités sont des établissements publics. Selon la classification établie par les décrets de 1998 en fonction du niveau technique de prise en charge en fonction du risque, les quatre structures choisies regroupent une structure de type 1 (clinique des Bluets), deux structures de type 2 B (les CH de Melun et de Villeneuve Saint Georges) et une structure de type 3 (le Centre Hospitalier Inter Communal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye). Les populations prises en charge par ces structures sont différentes : les secteurs couverts par les CH de Melun et de Villeneuve Saint Georges comprennent des quartiers très défavorisés. Le recrutement des deux autres centres est plus hétérogène.

Dans ces quatre établissements, des entretiens ont été réalisés avec un gynéco obstétricien hospitalier (le chef de service dans trois cas), une ou plusieurs sages-femmes dont au moins une sage-femme cadre, le directeur de l'établissement ou un de ses représentants dans deux cas. Un entretien n'a pas pu être obtenu avec un représentant de la direction pour deux structures. Des entretiens ont été également réalisés avec des acteurs de PMI du même secteur pour mieux comprendre les interrelations entre les acteurs, les perceptions de chacun et leur positionnement vis-à-vis du développement de l'HAD. Il s'agissait d'une sage-femme dans un cas, d'un médecin dans un autre, et de l'équipe pluridisciplinaire de la PMI dans le dernier cas. Dans un cas, il n'a pas été possible d'obtenir un entretien avec un professionnel de la PMI dans un secteur couvert par l'établissement hospitalier.

Deux entretiens ont également été réalisés, comme mentionné au chapitre précédent, avec des responsables de la prise en charge obstétrique à l'HAD Santé-Service et à l'HAD de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Les résultats de ces entretiens ont également été repris dans l'analyse.

Ces entretiens ouverts portaient sur les conditions actuelles de fonctionnement du service, les relations et partenariats avec les autres acteurs de la périnatalité du secteur, l'organisation en place pour le suivi des grossesses et des suites de couche, les motifs de mise en place de ce système plutôt que d'un autre, les freins rencontrés, les facteurs de développement et les attentes des acteurs vis-à-vis de l'HAD et de son intégration éventuelle dans l'organisation du suivi de la grossesse et du post-partum

Au total, 19 entretiens ont été réalisés. La majorité de ces entretiens a été enregistrée, et intégralement retranscrite pour l'analyse. Dans quelques cas, l'enregistrement n'a pas été possible, pour des raisons techniques. Dans ce cas, des notes ont été prises aussi précisément que possible, pour permettre l'analyse dans des conditions similaires aux entretiens enregistrés.

2.2 Le contexte propre à chaque structure

2.2.1 Le Centre Hospitalier de Melun

Le CH de Melun est un établissement public situé dans le sud de la Seine et Marne (77). Dans cette ville, préfecture de département, est également installée une maternité privée de type 1. Le CH de Melun comprend 55 lits de gynéco obstétrique et 12 lits de néonatalogie, et possède une autorisation de type 2B. En 2002, ce service a réalisé 2211 accouchements, et 15470 journées en gynéco obstétrique. Son activité, en forte augmentation jusqu'à 2002, se stabilise actuellement. La population desservie par cet hôpital est une population relativement hétérogène, mais avec une proportion importante de femmes en situation précaire, en particulier issues des populations immigrées installées dans les villes nouvelles du secteur.

Le suivi de grossesse est pris en charge par l'hôpital, en relais du suivi en ville, à partir du 6^{ème} ou du 7^{ème} mois de grossesse, soit par une sage-femme, soit par un médecin en fonction du niveau de risque. En fonction du choix de la patiente et de l'organisation de son suivi en début de grossesse, le suivi peut également être fait, en fin de grossesse, par un gynécologue obstétricien libéral, en particulier si celui-ci a suivi la patiente durant les premiers mois, et en lien avec l'hôpital. En cas de grossesse pathologique, la patiente est hospitalisée si besoin, ou suivie en ville avec l'aide de la PMI, des sages-femmes libérales et des gynécologues obstétriciens libéraux.

Depuis quelques années, le service propose des sorties précoces, à J3 pour des accouchements normaux et à J5 ou J6 pour des accouchements par césarienne. Dans ce cas, un suivi est organisé par une des trois sages-femmes libérales installées aux environs de la maternité, et connues de l'hôpital. Ces sages-femmes sont contactées par le service à la sortie de la patiente. Elles assurent une visite à domicile par jour, pendant un ou deux jours après la sortie.

2.2.2 La maternité des Bluets

La maternité des Bluets, également dénommée maternité des Métallurgistes Pierre Rouquès, est une structure privée participant au service public hospitalier, de type 1, située dans le 11^{ème} arrondissement de Paris. Il s'agit d'une structure spécialisée dans la prise en charge de la mère et de l'enfant, comprenant 48 lits de gynécologie obstétrique.

En 2002, cette maternité a réalisé 2074 accouchements et 11003 journées en gynécologie obstétrique. Son activité est relativement stable depuis 1997. Cet établissement est actuellement dans une phase de restructuration importante, puisqu'il doit prochainement changer de site, et s'installer sur un site commun avec la maternité de Trousseau.

Le projet d'établissement actuel de cette structure est fortement axé sur deux priorités : le soutien à l'allaitement, organisé autour d'une charte d'allaitement mise en place il y a quelques années, et le respect du choix des familles dans leur projet de naissance. Ces priorités ont pour conséquence une durée moyenne de séjour plutôt longue, de 5.57 jours. Le suivi des grossesses est organisé, jusqu'au 6^{ième} mois, autour de deux réseaux « informels », l'un de médecins généralistes, et l'autre de gynécologue obstétriciens libéraux. Lors de l'inscription à la maternité, un entretien est réalisé par une sage-femme, pour évaluer le projet de naissance de la femme. Cet entretien permet aussi le dépistage difficultés justifiant un suivi par la PMI. Des réunions, dénommées « réunions bleues » sont organisées une fois par mois entre la maternité et la PMI, et une sage-femme de la PMI est régulièrement présente dans le service. A partir du 6^{ième} mois, le relais est pris par la maternité. En cas de grossesse pathologique, une surveillance peut être organisée à domicile par une sage-femme libérale ou une sage-femme de PMI une à deux fois par semaine. Une unité est également installée au sein de la maternité, sous la responsabilité d'une sage-femme, pour permettre le suivi ambulatoire des grossesses pathologiques qui le nécessitent, jusqu'à deux ou trois fois par semaine. Depuis quelques années, la maternité propose aux femmes qui le souhaitent une sortie précoce, à partir du troisième jour. Dans ce cas, les sages-femmes du service contactent une sage-femme libérale connue du service (une liste de sages-femmes est disponible dans le service) pour organiser la prise en charge en suites de couches. La sage-femme passe alors au domicile des patientes une ou plusieurs fois selon les besoins.

2.2.3 Le Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges

Le Centre Hospitalier de Villeneuve Saint Georges est un établissement public, qui comprend 40 lits de gynécologie obstétrique, 10 lits de néonatalogie et 5 lits de soins intensifs néonataux. Cet établissement dispose d'une autorisation de type 2B. En 2002, ce service a réalisé 2102 accouchements et 9398 journées en gynécologie obstétrique, et la progression de son activité, régulière depuis les années 80, se poursuit actuellement. En 1991, cette augmentation de l'activité a poussé le service à prendre contact avec Santé-Service pour l'organisation d'une prise en charge en HAD pour les sorties précoces. Actuellement, le suivi des grossesses pathologiques est assuré grâce à une coopération entre l'hôpital et les sages-femmes libérales ou de PMI.

En suites de couches, une prise en charge en HAD par Santé-Service est proposée à certaines patientes par la sage-femme du service, en fonction de critères définis par Santé-Service. Cette prise en charge est organisée pour environ la moitié des femmes en suites de couches.

Actuellement, le service de gynécologie obstétrique de Villeneuve Saint Georges réfléchit à la mise en place d'un réseau ville hôpital pour la prise en charge de la grossesse et du post-partum.

2.2.4 Le Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint Germain en Laye

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint Germain en Laye est un établissement public issu de la fusion, en 1997, des Hôpitaux de Poissy et de Saint Germain en Laye. Cet établissement comprend 90 lits de gynécologie obstétrique dont 60 lits de maternité, 14 lits de gynécologie et 12 lits de suivi des grossesses à haut risque. Il regroupe également 22 lits de néonatalogie, 12 lits de réanimation néonatale et 12 lits de soins intensifs de néonatalogie. Ces lits sont répartis sur les deux sites géographiques du Centre Hospitalier (Poissy et Saint-Germain-en-Laye). Le Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint Germain en Laye est le seul établissement autorisé de type 3 sur le département des Yvelines. Depuis 1993, cet établissement dispose d'une capacité autorisée de 22 places d'HAD dont 12 sur le site de Poissy et 10 sur le site de Saint Germain en Laye. Mais les moyens financiers et en ressources humaines actuellement disponibles ne permettent que le fonctionnement de 12 places d'HAD (6 places sur chaque site).

Cet établissement a réalisé, en 2002, 4265 accouchements et 22355 journées en hospitalisation traditionnelle. Il a de plus pris en charge 1191 patientes en HAD obstétrique sur l'année 2002 pour un total de 3251 journées. L'activité de cet établissement est en légère augmentation depuis quelques années.

Le service de maternité du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint Germain en Laye participe au réseau « Maternités en Yvelines », dont il est le centre de référence type 3. Ce réseau est formé par l'articulation d'un réseau inter hospitalier et de réseaux ville hôpital ou « communautés périnatales ».

Le suivi des grossesses pathologiques se fait, en fonction de l'intensité de la surveillance nécessaire, soit par une sage-femme libérale dans le cadre des réseaux ville hôpital, soit en hospitalisation à domicile, soit en hospitalisation traditionnelle. En suites de couches, une sortie précoce à J3 avec prise en charge à domicile est proposée à la majorité des femmes, qui restent libre de l'accepter ou non. La prise en charge se fait par des sages-femmes de l'HAD pour les femmes dont la résidence est proche du site de l'hôpital, et par des sages-femmes libérales appartenant au réseau dans le cas contraire.

Ce centre hospitalier a déposé en 2002 une demande de renouvellement de l'autorisation de l'activité d'HAD obstétrique et d'augmentation des moyens mis à disposition pour permettre un fonctionnement de la totalité des places autorisées.

2.3 Résultats et analyse

2.3.1 Le raccourcissement des durées de séjour à la maternité : une évolution par choix et/ou nécessité, qui oblige à inventer un suivi à domicile

La tendance actuelle, en France, est au raccourcissement des durées de séjour en hospitalisation, surtout en suites de couches.

Les sorties précoces sont de plus en plus souvent proposées aux femmes.

Cette évolution est due en grande partie à une augmentation de l'activité des maternités, au départ de cette activité des structures privées sur les structures publiques, et à la pression du taux d'occupation :

« On a mis en place un suivi à domicile, par des sages-femmes libérales, il y a à peu près 2 ans, parce que l'hôpital était rempli, à la maternité on assumait plus »

« Historiquement, l'HAD s'est mise en place à cause d'un taux d'occupation très élevé dans le service, il fallait donc faire sortir les femmes plus tôt »

Cette augmentation d'activité est ressentie comme une réponse nécessaire à des besoins croissant de la population et non comme un choix des établissements

« La DMS (Durée Moyenne de Séjour) n'est pas un objectif en soi »

Par ailleurs, la préoccupation d'une activité minimum reste parfois d'actualité

« Une HAD avec des sorties précoces plus fréquentes, il ne faudrait pas que ça dérive...on a aussi des lits et il faut bien aussi qu'on les remplisse, il ne faut pas qu'on aboutisse à une désertification de la structure...ça ferait désordre ! C'est peut-être un peu le risque »

Les établissements veulent pouvoir conserver, malgré cette pression, une liberté de choix pour les femmes et une qualité de soin adaptée :

« Même sans le vouloir, la DMS va diminuer, mais il faut qu'on puisse le maîtriser, et il faut qu'on puisse proposer à la maman de rester 2 jours de plus si elle le veut »

Le choix des femmes et leur sécurité doivent rester des priorités

« Il faut permettre des sorties précoces pour les femmes qui le souhaitent, et dans des conditions médicales pour la femme et l'enfant qui soient actées par le corps médical »

« L'objectif, ce n'est pas de diminuer la DMS, on sait qu'il y a des demandes de sorties précoces, toutes les maternités le savent, mais ce qu'on ne veut pas, c'est mettre toutes les femmes en sortie précoce, ça on sait aussi que ce n'est pas un objectif de santé publique »

« Ça peut être des femmes qui peuvent rester 2 ou 3 jours et que ça se passe très bien, et qu'elles soient complètement satisfaites de ce concept de sortie précoce, comme ça peut être une jeune maman qui a besoin de rester ici 7 ou 8 jours, pour lui permette de créer pendant ce temps là les conditions de suivi et de relais avec les autres structures »

Cette marge de manœuvre est parfois limitée

« Nous, ça nous arrive de signaler aux maternités des difficultés pour une patiente, mais ils la font quand même sortir à J2-J3, c'est vraiment une question de place », nous dit une PMI.

Mais l'évolution vers des sorties plus précoces est aussi une réponse à la demande des femmes :

« Si on ne le propose pas (les sorties précoces aux femmes), ce sont les premières à nous dire : « eh, j'ai entendu dire qu'on pouvait sortir plus tôt... » ».

Cette demande est surtout le fait des multipares :

« Pour les multipares, une grosse majorité demande une sortie précoce. En général, c'est à cause des autres enfants. C'est vraiment une envie. Elles sortiraient même à J3, et même sans personne »

Ce qui par ailleurs coïncide avec les critères des équipes

« On ne propose pas systématiquement une sortie précoce. Pour les primipares, on ne propose pas ».

« Le premier enfant c'est lourd, et les primipares sont moins pressées de rentrer, car elles n'ont que elles et leur bébé à s'occuper. »

Cette demande a probablement toujours existé, mais elle est d'avantage prise en compte depuis une période récente, car elle converge avec une réflexion des professionnels de santé et des nécessités de fonctionnement

« Cette demande n'augmente pas particulièrement. Elle a toujours été la même »

« C'est la convergence d'une réflexion de l'équipe et d'une demande des femmes qui explique l'évolution actuelle de la réflexion de l'équipe, vers un choix donné aux femmes de séjour plus long ou de sortie précoce, alors qu'avant, la politique était plutôt celle d'un séjour long »

Cette évolution vers des sorties plus précoces est source de débats au sein des équipes soignantes

« Le fait d'être à l'hôpital, en suites de couches, est délétère pour l'autonomie des femmes »

« On considère que c'est bien qu'elles soient 4 jours à la maternité, ce n'est déjà pas énorme, c'est vrai »

« Dans tous les pays où on pratique les sorties précoces, les problèmes de phlébite, infectieux et d'allaitement se posent après: il est clair que la sortie précoce n'est pas un progrès »

Et la plupart des professionnels posent, sur des critères médicaux, une limite à la précocité de la sortie de maternité

« Des sorties à J1-J2, même avec une HAD pluridisciplinaire, ça n'est pas bon. A partir de J3, un suivi médical par l'HAD est adapté »

« L'HAD immédiate précoce n'est pas adaptée aux cas aigus. Le seul moyen d'évaluer ces situations, c'est en hospitalisation, où on voit ce qui se passe jour et nuit : l'HAD est une structure un peu trop « légère » pour évaluer ça »

« Les pédiatres disent que certaines pathologies ne se dépistent que dans les 3 jours »

Il y a par contre unanimité de tous les soignants sur la nécessité de mettre en place un suivi à domicile lorsqu'une sortie précoce est proposée aux femmes

« Ça me semble bizarre que certains disent qu'on peut laisser sortir des femmes tôt, et sans surveillance, parce qu'il n'y a plus de problèmes médicaux. Il peut y en avoir quand même »

« On se sentait « méchants » de les mettre dehors plus vite : il a donc fallu chercher comment assurer un suivi à domicile satisfaisant qui pourrait remplacer ce qu'on faisait à l'hôpital. Comment faire dehors ce qu'on faisait dedans? »

« Elles sortent toutes à 3 jours, à la maternité, sans que personne ne soit prévenu. Il y a même plein de césariennes qui sortent à 3 ou 4 jours, sans suivi à domicile. Les femmes ne peuvent pas s'asseoir à cause de leur cicatrice d'épisiotomie, ou sont courbées sur leur cicatrice de césarienne, et il n'y a personne pour les aider ! Les femmes viennent pleurer : il y a le bébé qui pleure, le lait qui ne monte plus »

Certains professionnels pensent qu'un suivi à domicile doit également être proposé même si la sortie n'est pas précoce

« La prescription d'HAD n'est pas forcément en lien avec la sortie précoce : elle est toujours proposée en cas de sortie précoce, mais aussi en cas de sortie dans des délais normaux ou tardifs, car si le séjour est prolongé, c'est probablement qu'il y a un problème. »

« Elles ont été encadrées pendant la grossesse et surtout pendant l'accouchement puis tout à coup c'est le gouffre, le vide »

Du fait d'une pression moins forte sur les durées de séjour en hospitalisation pour des grossesses pathologiques, la question du suivi à domicile de ces patientes paraît moins préoccupante pour les professionnels

« Pour hospitaliser les grossesses pathologiques, on n'a pas trop de problèmes »

« Si on faisait de l'HAD pour les grossesses pathologiques, ce serait pour répondre à la demande des femmes, pas pour une question de saturation des lits...sauf ponctuellement. »

« En post-partum, les maternités sont obligées : mais en ante-partum, elles n'ont pas le couteau sous la gorge »

2.3.2 Le choix du mode de suivi à domicile dépend entre autre de la disponibilité des professionnels de la naissance en ville

Le suivi à domicile des grossesses à risque et des suites de couches doit être réalisé par des professionnels compétents et formés.

Ces professionnels n'ont pas toujours la possibilité de répondre à cette demande croissante.

Les gynécologues obstétriciens installés en ville sont souvent en nombre insuffisant et font par ailleurs peu de peut enclins à faire des visites à domicile,

Les sages-femmes libérales ne sont souvent pas assez nombreuses pour faire face à la totalité des besoins de suivi à domicile. La disponibilité de ces sages-femmes est souvent un facteur déterminant de l'organisation du suivi à domicile.

« Maintenant, pour trouver une sage-femme libérale en suites de couches, c'est très difficile, c'est une demi-heure au téléphone »

« A, l'hôpital voulait mettre en place une HAD, mais il n'y avait pas de sages-femmes libérales sur le secteur »

« Quand une femme n'est pas dans notre secteur, il faut se poser la question : si il y a une sage-femme libérale, alors elle peut sortir, mais ce n'est pas toujours possible »

Par ailleurs le mode d'exercice de ces sages-femmes et la question de l'avance de frais par la patiente peut être une contrainte supplémentaire, surtout dans certaines zones plus défavorisées

« La difficulté, pour les sages-femmes libérales, c'est d'avoir à se faire payer. Si elles vont chez une femme, elles ne peuvent y aller qu'une fois, et souvent, elles y restent une heure. Par exemple, une sage-femme de ... voulait développer l'HAD dans son secteur parce qu'elle voudrait pouvoir passer plusieurs fois, mais elle n'ose pas, parce que les femmes doivent payer ».

« En plus, maintenant, il y a des sages-femmes libérales qui se mettent en dépassement ...celles là, on ne leur envoie plus »

« On demande aux sages-femmes libérales de prendre en charge des femmes quand on est dans une zone sans sages-femmes de PMI, mais la difficulté, c'est qu'il faut que les femmes fassent l'avance de frais. Ça bloque un petit peu, même si ça ne fait pas une grande différence : pour certaines femmes qu'on voit en consultation, on ne va pas pouvoir les adresser à des sages-femmes libérales »

Une collaboration avec les sages-femmes de la PMI est parfois possible, dans les secteurs les mieux dotés en personnel. Mais cette charge de travail supplémentaire est parfois ressentie par les équipes de PMI comme réalisée au dépend de leurs autres missions

« La sage-femme de PMI est obligée de faire des choix. Outre son rôle médical, elle mène des groupes de parole de femmes enceintes, elle est sollicitée par des lycées, des établissements qui accueillent des femmes mineures enceintes...elle doit faire des choix entre des actions collectives et des actions individuelles, et elle trouve que les deux ont de l'intérêt. Les choix que lui demande l'hôpital c'est des choix médicaux ; nous, on lui demande de l'éducation à la santé. Si elle ne fait pas ces actions collectives, personne ne le fera, ni l'hôpital, ni les sages-femmes libérales. »

« Nous, en PMI, on dit que nos femmes, il faut qu'elles aient un suivi global. Pour le médecin hospitalier, c'est le médical qui est important. »

« Il a fallu faire comprendre au personnel hospitalier, qui étaient en recherche de ce personnel extérieur qui pouvait leur être utile, les limites de ce qu'une sage-femme de PMI pouvait faire »

Le contexte de cette démographie, très différent selon les secteurs, est déterminant pour le choix d'un système de suivi à domicile :

« On peut avoir des organisations qui tiennent bien la route avec l'un, et puis de l'autre coté, dans l'autre département, l'autre population, la PMI n'a pas la même densité, ou il y a moins de sages femmes libérales... »

« On avait des partenaires territoriaux pour assurer le suivi des grossesses pathologiques donc la question de la prise en charge de ces grossesses en ville ne s'est pas posée. On n'a pas eu besoin d'imaginer un système »

Mais la mise en place d'un système de suivi à domicile, et en particulier d'une HAD peut être également envisagée comme un facteur de développement de la démographie des professionnels de la naissance, et en particulier des sages-femmes libérales, dans un secteur

« Qu'est ce qui va motiver une sage-femme libérale: c'est d'aller s'installer dans un endroit où il y a des besoins de population, donc autour d'une maternité ... »

« La mise en place de l'HAD a attiré des sages-femmes libérales : il y avait du travail pour les sages-femmes dans ce secteur ».

2.3.3 Des freins budgétaires, géographiques, administratifs et liés aux ressources humaines de l'établissement pour la mise en place de l'HAD par les établissements

Si l'HAD est envisagée pour le suivi à domicile des grossesses pathologiques et des suites de couches, cette éventualité est parfois écartée pour des raisons administratives.

En ce qui concerne la mise en place d'une structure d'HAD directement par la structure hospitalière, la contrainte budgétaire et de personnel est le plus souvent mise en avant.

« Je ne peux pas payer le poids de salariées de l'hôpital à qui je vais confier ça, c'est clair. Je peux donc donner ça à l'extérieur, passer par une société »

« Ce n'est même pas la peine d'essayer de discuter, au point de vue budgétaire, la création d'une HAD à départ hospitalier : actuellement, j'essaie de mettre des sages-femmes en suites de couche la nuit, et rien que le delta entre le coût d'une sage-femme et d'une infirmière, ils ne peuvent pas me le donner. Alors l'HAD hospitalière...on est dans le conte de fée »

« Une HAD ? sous quelle forme ? des salariées de l'établissement ? en terme de coût c'est insupportable ! je ne peux pas fonctionner ! »

« Si nous prenions en charge une HAD, il y aurait des problèmes de remplacement, de congés, de maladie, et ce n'est pas évident, déjà qu'on a du mal à recruter du personnel. Donc c'est mieux que ce soit confié dans du privé »

Et les évolutions possibles par la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) paraissent encore floues à la plupart des acteurs, même administratifs

« Dans la T2A c'est encore plus flou. C'est pour ça qu'on est très circonspect »

« Je n'ai pas d'idée sur le coût de l'HAD en T2A, on n'a pas d'expérience, ce ne sont pas les mêmes besoins, on ne sait pas du tout, c'est quelque chose de nouveau »

Même si certains y voient des opportunités possibles

« La T2A va inciter les hôpitaux qui ont une grosse activité à développer l'HAD »

Malgré tout, ces contraintes budgétaires paraissent surmontables, et l'accent est souvent mis, aussi bien par les équipes soignantes que par les représentants de la direction, sur la priorité à accorder aux choix stratégiques de l'équipe de la maternité

« C'est l'interaction entre les besoins ressentis par les soignants et par les patients, et une analyse clairvoyante des besoins et des moyens mis à disposition.

Alors, la déclinaison comptable de budget machin PMSI...c'est une déclinaison qui va avoir des incidences, je ne dis pas le contraire, mais si on ne sait pas évaluer un niveau de soins, ou un besoin de soins, on arrive jamais à trouver le budget qui lui convient. Si on détermine des prix de journée de façon totalement empirique, ils seront toujours trop élevés pour celui qui paye et insuffisants pour celui qui veut mettre les personnels derrière ».

« Ce n'est pas inenvisageable, je ne suis pas aussi catégorique, mais pour l'instant, on ne peut pas le faire à moyens constants. On est en plein dans une réévaluation des compétences, peut-être qu'à l'issue de cette évaluation, on va découvrir qu'on a les marges possibles pour redéployer, mais là aujourd'hui c'est prématuré de dire qu'on a les moyens... »

« En fait, la création d'un tel service serait possible du point de vue budgétaire, mais il faudrait qu'il y ait une véritable volonté de la direction : si la direction comprend le choix des équipes, elle est prête à le soutenir et on trouve les budgets nécessaires par des redéploiements, des négociations»

Et les contraintes budgétaires sont parfois considérées comme un prétexte pour justifier un problème plus profondément culturel d'hospitalocentrisme

« Derrière le fait qu'on ne veut pas sortir le personnel de l'hôpital, il y a une idéologie des systèmes de santé : l'hôpital c'est les plateaux techniques, la ville c'est les libéraux. En fait, ce serait faisable de faire sortir les sages-femmes de l'hôpital à l'extérieur, budgétairement et en ressources de personnel »

Par ailleurs, les limites géographiques de la prise en charge par une HAD dépendant d'une structure hospitalière sont évoquées

« A Paris, les patientes des différents hôpitaux sont réparties quasi également sur tout le territoire : il n'y a pas cette segmentation géographique que l'on a nous. Il faut voir le trajet que devrait faire l'HAD de chaque hôpital. Les temps de trajet sont beaucoup plus longs que dans notre département. Mais dans d'autres secteurs de banlieue, ce serait faisable, par exemple dans le Nord, sur le Sud-Sud-Ouest »

« Il y a des patientes qui pourraient relever de l'HAD, mais comme on est un type 3, on draine beaucoup, et on n'est plus du tout dans une géographie de proximité...notre HAD hospitalière, elle a ses limites....alors on demande aux sages-femmes libérales. Le choix entre sages-femmes libérales ou HAD dépend beaucoup de la géographie»

2.3.4 Une volonté de continuité dans la prise en charge : compatible avec une prise en charge par une structure d'HAD indépendante de l'hôpital ?

Pour toutes les équipes soignantes hospitalières rencontrées, la priorité dans la prise en charge à domicile des patientes pour des grossesses pathologiques ou des suites de couches est la continuité. Cet élément est au centre de tous les entretiens, tant avec les sages-femmes qu'avec les médecins.

« En fait, on leur confie nos patientes. Donc on ne les confie pas à des gens qui ne sont pas dans la même ligne de conduite ou de discours que la nôtre »

« On a besoin d'une entente directe entre sages-femmes qui se connaissent et qui savent comment elles travaillent »

« On ne peut pas prendre une sage-femme qui ferait n'importe quoi, qui n'irait pas dans le même sens que nous, qui risquerait de dire « mais qu'est ce qu'ils ont fait à la maternité ? » »

Cette volonté de continuité des prises en charge répond à un besoin des femmes

« Il est primordial, en suites de couches, de ne pas avoir de discordances : c'est catastrophique »

« Quand il y a une pathologie du lien mère enfant, la moindre des choses, c'est qu'entre nous il y ait un lien : il faut ça pour qu'elles puissent se reconstruire »

« Les femmes sont perdues, elles ne savent plus à quel saint se vouer : elles entendent tellement de choses, sur l'allaitement en particulier. Pourtant on a fait une formation à l'hôpital, mais les discours ne sont pas les mêmes »

Pour certains, la continuité du suivi ne peut s'envisager que par un suivi par des sages-femmes appartenant à l'équipe hospitalière ou reconnues et choisies par cette équipe

« Dans le réseau de sages-femmes, il y a des sages-femmes qui sortent de chez nous, des sages-femmes qui prennent des gardes chez nous ...ce n'est pas des inconnues, c'est pour ça qu'on dit réseau « labellisé » »

« C'est un peu spécifique à ce qu'on fait ici : c'est notre service qui va chez les femmes, et pas quelqu'un à qui on demande d'aller voir la femme. C'est des sages-femmes qui tournent dans le service, elles vont être en salle de travail, puis en grossesse à haut risque, puis en HAD : c'est les mêmes. Envoyer quelqu'un de notre service à domicile, c'est finir le travail qui n'a pas pu se faire complètement dans notre service, compléter les explications »

« Moi, j'ai plus confiance en quelqu'un que je vois travailler au quotidien et tourner dans le service »

Cette volonté de continuité paraît souvent incompatible avec une prise en charge par une structure d'HAD indépendante de l'hôpital, surtout s'il s'agit d'une grosse structure régionale :

« Passer par une structure d'HAD m'enlève le choix des sages-femmes : j'ai plutôt envie de savoir à qui je les envoie et je veux être maître de la situation là dessus. Le risque, c'est le manque de contrôle vis-à-vis des praticiens »

« Quand on travaille avec les grosses structures d'HAD, on ne les voit pas les gens, on les voit rarement, ça se passe par téléphone et par formulaires qu'on remplit »

« Je n'ai pas un bon à priori sur ces grosses HAD régionales: ça fait grosse machine, administrative, pas très humaine dans le contact. Il faut une simplicité relationnelle avec les intervenants de l'HAD : on aime bien avoir une relation directe avec ceux à qui on confie nos patientes. Avec une grosse structure régionale, il y aura forcément ce défaut là »

La crainte de la lourdeur administrative et financière de la prise en charge par une grosse structure régionale d'HAD entraîne aussi des réticences des équipes hospitalières

« Les sages-femmes de maternité résistent car elles craignent le temps qu'il faudra passer pour remplir les dossiers d'HAD »

« Ça me paraît un intermédiaire coûteux »

Mais certains considèrent que l'exigence de continuité peut aussi être garantie dans le cadre d'une prise en charge par une structure indépendante de l'hôpital, éventuellement régionale, s'il existe une « culture » commune, des protocoles communs, et des contacts humains fréquents. Ces conditions sont indispensables à une prise en charge de bonne qualité pour la femme et son enfant.

« Ca ne doit pas forcément être des sages-femmes qu'on connaît au départ : on peut les connaître après coup. Mais il faut un protocole commun, des communications téléphoniques, un médecin référent sur l'hôpital que les sages-femmes peuvent appeler n'importe quand et l'assurance de pouvoir hospitaliser la femme n'importe quand »

« Il faut que la structure d'HAD respecte le choix de l'équipe hospitalière d'un suivi par telle ou telle sage-femme »

« C'est du contact, voir ce que font ces sages-femmes là, il faut les rencontrer, qu'elles sachent exactement ce qu'on fait sur le terrain, comment on travaille, qu'elles puissent aussi assister à quelques entretiens de préparation, aux staffs, que ce soit un travail collectif »

« Il faudrait une charte qualité, une connaissance de tout le protocole de suivi de la grossesse, de préparation à la naissance, de soutien à l'apprentissage de la parentalité »

2.3.5 Des interrogations sur l'adéquation entre les réponses proposées par l'HAD et les besoins des femmes

Actuellement, la prise en charge proposée par la plupart des structures d'HAD pour le suivi à domicile des grossesses pathologiques ou du post-partum est un suivi essentiellement médical. Elle repose sur la visite à domicile, à un rythme variable, d'une sage-femme et éventuellement d'une infirmière. La visite d'une psychologue, d'une diététicienne et l'intervention d'une aide ménagère peuvent être organisées, mais de façon ponctuelle et pour une minorité de femmes.

Pour certains soignants, cette prise en charge médicale par l'HAD est suffisante, en particulier en suites de couches, à condition que certains critères soient respectés concernant les sorties précoces

« Avec une sortie à J3, le système actuel, avec la visite d'une sage-femme, est suffisant »

« Les femmes suivies en HAD n'ont pas d'autres demandes particulières »

Mais pour un grand nombre de soignants, qu'ils appartiennent aux équipes hospitalières ou aux PMI, cette prise en charge médicale est incomplète, en particulier à cause du poids des tâches ménagères, de la garde des autres enfants

« En ante-partum, on fait peser, pour l'instant, ce poids sur les maris, quitte à mettre ces maris en arrêt de travail »

« Il faut voir ce que ça génère comme problèmes psychologiques les sorties précoces chez des femmes seules. Ce n'est pas une visite une heure par jour d'une puéricultrice ou d'une sage-femme qui peut résoudre ça. S'il y a quelque chose d'autre qui peut être mis en place, ce ne serait peut-être pas plus mal ! »

« C'est pas terrible, une femme qui sort à J2 ou J3 et qui doit faire le ménage, les courses, ce n'est pas le mieux pour le périnée »

« Quand la sage-femme propose l'HAD et explique qu'elle consiste en un ou plusieurs passages des sages-femmes, les femmes demandent : « est-ce qu'elle pourra me faire mes courses ? » et on leur répond que ce n'est pas le rôle des sages-femmes »

Certaines sages-femmes évoquent l'intérêt de l'approche médicale de l'HAD pour répondre à des besoins qui peuvent être plus généraux

« L'HAD pourrait apporter un plus pour un suivi médical en suites de couche, même si le besoin n'est pas forcément médical parce que les visites de sages-femmes permettent un suivi médical mais aussi la justification d'un accompagnement de la mère : je viens faire un boulot de sage-femme, mais en plus je peux parler à la maman et la soutenir dans la construction de son lien avec le bébé »

La plupart s'accordent cependant sur l'intérêt qu'il y aurait à intégrer formellement, dans le suivi proposé à domicile, un soutien non médical

« L'aide ménagère et la garde des enfants, ce sont des points cruciaux ».

« Moi, j'aimerais bien que notre HAD ait du personnel non-médical. Vous me donnez quatre aides-soignantes d'HAD, et ça me fait 8 femmes qui sortiraient à J1-J2 de post-partum. Comme aux Pays-Bas. »

« Actuellement, pour le soutien à domicile, il y a le mari et l'entourage. Il faudrait recourir à l'environnement social, pas forcément professionnel, mais avec l'entourage, les voisins. Mais pour l'instant il faut y palier par des aides à domicile, parce que le reste, on n'y arrive pas »

D'autre part, au-delà du soutien par une aide ménagère, l'HAD ne peut parfois pas apporter de réponses adaptées pour des populations en grande précarité.

Ces situations ne sont pas toujours dépistées par les services hospitaliers

« Il faut prendre en compte la situation sociale de la patiente : si pendant les 3 mois du suivi de la grossesse à l'hôpital, ils n'arrivent pas à connaître un peu le contexte social de la patiente ! »

« Il y a des problèmes sociaux, de logement par exemple, qui ne sont pas toujours dépistés par les maternités : ce n'est pas un problème pour la structure d'HAD, mais c'est difficile pour la femme »

Et lorsqu'elles le sont, les réponses sont parfois difficiles à trouver

« S'il n'y a pas de couverture sociale, à priori elles ne vont pas en HAD. Parce que souvent, il n'y a pas de domicile adéquat »

« La grosse urgence, c'est les urgences médico-sociales qu'on n'est pas capables de gérer. Mais, ça, ça ne peut pas être pris par du privé, ça n'est pas compatible avec une organisation d'HAD »

« Il y a un manque de places pour les exclues et les sans papiers, c'est l'horreur, on ne peut rien faire, on est obligé de les garder en maternité alors que ce n'est pas leur place : c'est un terrain à défricher »

2.3.6 Des attentes claires concernant le suivi à domicile des suites de couches, moins définies concernant le suivi des grossesses à risque

Lors des entretiens avec les professionnels de santé de périnatalité, c'est autour du suivi à domicile des suites de couches que l'intérêt de l'HAD est le plus souvent évoqué.

« En suites de couches, on a besoin de soins quotidiens, d'un examen quotidien. C'est là qu'il y a la meilleure indication pour l'HAD »

Les avis divergent cependant sur les indications de ce mode de prise en charge pour le post-partum normal, et sur la limite entre post-partum normal et pathologique.

« La circulaire propose une prise en charge du post-partum en HAD centrée sur le post-partum pathologique, mais elle classe les difficultés de mise en place de l'allaitement dans cette catégorie : ça n'est pas logique. Pour un accouchement : on n'est pas malade, mais accompagner un allaitement ça va être déterminant »

« Est-ce qu'on a besoin d'une HAD pour des suites de couches normales : c'est probablement trop lourd : l'HAD c'est une admission, c'est un encadrement, c'est plusieurs professionnels dans la journée. Même pour des suites de couches pathologiques, on n'en a pas vraiment besoin, sauf dans des cas très peu nombreux, par exemple des abcès de cicatrices de césarienne »

« Une structure d'HAD régionale a plus de vertus à développer un peu d'HAD de post-partum pathologique dans toutes les maternités de la région, plutôt que de l'HAD pour toutes les femmes dans quelques maternités où historiquement on a bricolé un truc »

Par contre, l'HAD, dans sa conception actuelle, paraît aux professionnels de santé peu adaptée à la prise en charge du suivi des grossesses pathologiques. Un suivi à domicile leur paraît envisageable dans certains cas, et même souhaitable, mais pas dans le cadre de l'HAD, si cette prise en charge doit correspondre à une visite quotidienne à domicile d'un professionnel de santé

« Ca ne me paraît pas raisonnable de centrer l'HAD sur le suivi des grossesses pathologiques »

« S'il faut une présence médicale une fois par jour, ce n'est pas raisonnable de les laisser à la maison, c'est un problème de sécurité pour la maman et le futur bébé »

Les professionnels envisagent plutôt le suivi à domicile des grossesses pathologiques sous forme d'une visite d'un professionnel de santé deux à trois fois par semaines, pour un nombre limité de patientes dont la pathologie est stabilisée.

« Il arrive, mais pas très souvent, que des surveillances de menaces d'accouchement prématuré soient faites par des sages-femmes libérales, mais

c'est deux ou trois fois par semaine, donc pas vraiment en HAD, ce n'est jamais quotidien »

Certains fixent même des critères d'hospitalisation plus stricts

« En ante-partum, si on a besoin de plus d'une visite par semaine, c'est que c'est une pathologie lourde, qui risque de décompenser n'importe quand : il y a un problème de sécurité, et la patiente doit être hospitalisée »

Les besoins étant plus limités, et les indications plus rares, les professionnels rencontrés ne ressentent pas la nécessité de mettre en place une nouvelle organisation pour ce type de prise en charge

« En fin de grossesse, les consultations se font à la maternité. Si besoin, on fait appel à des sages-femmes libérales ou de PMI qui passent une à deux fois par semaine. Au total, ça fait 3 fois par semaine, donc on a ce qu'il faut : c'est pour ça qu'on n'a pas développé l'HAD.

« On ne peut pas se mettre dans la démarche d'HAD pour les grossesses pathologiques pour quelques cas »

Les nouvelles orientations proposées en particulier dans la circulaire du 4 février 2004 paraissent, de ce fait, peu réalistes à certains de ces professionnels

« Alors maintenant, parce que c'est l'évolution, on dit qu'il faudrait développer l'HAD pour les grossesses pathologiques »

« Il y a un deuxième niveau virtuel, entre le premier niveau qui est celui de la prise en charge d'une patiente stabilisée, qui peut être faite par une sage-femme libérale au domicile, et le troisième niveau qui est celui de la prise en charge d'une grossesse pathologique avec un risque élevé, qui doit se faire à l'hôpital : ce deuxième niveau, on ne l'a pas encore très bien défini, parce que je ne suis pas complètement sûr, dans la réalité quotidienne d'un service comme ça, que ce niveau existe, mais c'est dans notre population. Peut-être qu'il existera au niveau d'un Centre Hospitalier Universitaire... »

La plupart des professionnels interrogés pensent que la possibilité de prise en charge en HAD du suivi à domicile des grossesses pathologiques peut être une alternative intéressante pour des centres hospitaliers de type 3, pour lesquels le recrutement de grossesses pathologiques est plus important et plus spécialisé

« En ante-partum, l'HAD c'est peut-être une question de niveau »

« Dans le prénatal, la place de l'HAD, ça sera plutôt une place très réduite, ou alors reliée à des centres particuliers à recrutement très spécifique »

De fait, le centre hospitalier de Poissy Saint Germain, seul centre de type 3 étudié, suit un certain nombre de grossesses pathologiques en HAD mais les prises en charge dans ce cadre sont malgré tout moins fréquentes que celles réalisées dans le cadre du post-partum.

« Les grossesses pathologiques peuvent relever de l'HAD, mais là, on parle en proportion, il ne faut pas oublier que 90% des grossesses sont normales »

« A partir du moment où la situation ne présente pas un risque vital immédiat si elle venait à se compliquer, il n'y a pas de raisons de les garder hospitalisées, si elles comprennent la situation, si elles peuvent facilement se déplacer ou être déplacées et si elles n'habitent pas trop loin. Dans ce cas, l'hospitalisation à domicile se justifie, et permet à la famille d'être ensemble et à la mère d'être à la maison, à qualité de soin égale »

« Il faut que ce soit des pathologies où les complications soient facilement décelables et ne nécessitent pas une prise en charge dans les 5 minutes qui suivent »

L'HAD de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris suit également un nombre important de grossesses pathologiques provenant des Centres Hospitaliers Universitaires de type 3 de Paris et de la petite couronne.

2.3.7 L'attente d'une réponse graduée, coordonnée et intégrée à un réseau

La continuité du suivi, la coordination de la prise en charge, l'existence d'un protocole commun, d'un partage de l'information sont, pour tous les acteurs rencontrés, les clefs d'une prise en charge de qualité de la femme, de la grossesse aux des suites de couches en passant par l'accouchement.

Du fait de la multiplicité des intervenants concernés, et de l'intérêt reconnu du suivi à domicile, ces conditions ne peuvent être réunies que dans le cadre d'un travail en réseau.

Mais la construction d'un système permettant une véritable continuité du suivi entre la ville et l'hôpital est complexe

« Je pense que l'héritage culturel qu'on a nous, médecins...enfin tout le personnel de santé, c'est cet hospitalo-centrisme et cette déconnexion complète des praticiens libéraux et des plateaux techniques privés et publics. Dans des systèmes de santé européens autres, l'hôpital n'est qu'un couloir, un moment de la longévité du suivi d'une parturiente ou du suivi d'un patient. En France, vous gérez l'hôpital totalement indépendamment de ce qu'il y a avant et de ce qu'il y a après et il faut des articulations fortement imaginatives pour que ça fonctionne »

« C'est plus difficile avec des indépendants qu'avec l'HAD : il faut d'abord qu'ils gagnent la confiance de l'hôpital »

Le réseau ville hôpital en périnatalité peut être intégré à un réseau inter hospitalier, qui est d'ailleurs parfois la première étape dans l'évolution des mentalités

« A mon sens le point déterminant a été la mise en réseau, qui a commencé par les transferts in utero, qui nous a permis d'observer les pratiques, de mettre en

place des protocoles communs : c'est des remises en question, c'est des échanges. Et maintenant la deuxième étape, c'est que le réseau ne se limite plus à l'inter institutionnel, c'est que l'on travaille d'avantage avec la médecine de ville autour de chaque centre »

Un tel réseau, rassemblant les professionnels de la ville et de l'hôpital, existe déjà souvent de façon informelle

« Ça se passe tout seul, surtout dans une région limitée où les gens se connaissent : je t'envoie un tel voilà quels sont les problèmes, il y a un retour qui est prévu pour qu'on sache ce qui se passe. La coordination se fait à l'échelon local ».

« La sage-femme libérale va une fois par semaine au staff hospitalier. Si elle a quelque chose à dire, elle met une fiche d'intervention dans le dossier de la patiente vue à l'hôpital. Et elle va aussi une autre fois dans la semaine à l'hôpital »

« Il n'y a pas de collaboration bien formalisée, mais au cas par cas ça se passe bien »

« En suites de couches, s'il y a des problèmes non médicaux, on les met en relation avec les puéricultrices de PMI. Ces puéricultrices passent le mardi et vendredi, et on leur dit alors qu'il y a peut-être un problème à surveiller »

Mais un travail certain de coordination reste à faire dans certains cas

« Si déjà l'hôpital prévenait la PMI des situations difficiles...on n'en est pas encore là ! »

Et une formalisation de la coordination ville hôpital paraît nécessaire aux acteurs

« Le réseau ville hôpital c'est une question qu'on se pose, et je me dis qu'il faudrait qu'on le mette en place, ou qu'on lance l'idée, tout du moins, dans l'année. Parce qu'on sait, par expérience, qu'un certain nombre de médecins libéraux qui s'intéressent un peu à la grossesse et qui ont de bonnes relations avec nous est intéressé »

« Les sages-femmes libérales sont très désireuses de participer à un réseau parce que c'est une manière de s'impliquer dans une continuité de sages-femmes autour des mamans et des petits, sans être rajoutées, comme ça par hasard, comme des boules sur le sapin de Noël »

« En ce moment, on a un souci parce qu'il y a plusieurs réseaux, un réseau de gynéco obstétricien, un réseau de médecins généralistes, un réseau de sages-femmes, qui ne travaillent pas sur le même sujet. Il faudrait qu'on arrive à formaliser un seul réseau de professionnels de santé autour de la grossesse et du post-partum »

La mise en place d'un tel réseau de périnatalité ville hôpital permet, en plus de la coordination de l'offre de soins, la gradation des réponses en fonction des besoins des femmes

« On peut faire, avant comme après l'accouchement, trois niveaux de soins: un niveau où on est à l'hôpital, un niveau où on a plus besoin d'être à l'hôpital mais il y a quand même la logistique parce qu'il faut plusieurs intervenants ..., et un niveau où il y a un besoin de soins modestes, simplement la surveillance, par des sages-femmes territoriales ou des sages femmes libérales »

« Il est clair maintenant, dans la réflexion théorique, que le suivi des suites de couche pourrait être gradué de « rien » à « suivi médical pur », en particulier pour les suites de césariennes, en passant par « accompagnement à la demande par une sage-femme » »

« Un réseau ville hôpital autour de la grossesse et du post-partum, par rapport à une HAD, ça permettrait une prise en charge plus souple, plus à la carte, moins intense, plus adaptée à la demande des patientes, avec une sage-femme référente »

2.3.8 Le rôle envisagé de chaque acteur et la place proposée pour l'HAD au sein d'un réseau de prise en charge de la périnatalité

Dans un tel réseau ville hôpital en périnatalité, les sages-femmes libérales, sont, pour tous les professionnels hospitaliers, les partenaires centraux de la maternité

« Si le besoin de soin n'est pas quotidien, prioritairement, on l'adressera à une sage-femme libérale. Et même parfois pour un suivi quotidien, si c'est possible et si la femme était déjà suivie par cette sage-femme »

Mais le suivi à domicile par les sages femmes libérales pose parfois des difficultés, déjà mentionnées, de l'avance de frais, mais aussi de la permanence des soins

« Quand on passe par les sages-femmes libérales, pour un suivi quotidien, c'est plus compliqué, elles ne peuvent pas toujours passer tous les jours, en particulier le week-end »

Un médecin propose une solution, lorsque la démographie des sages-femmes libérales du secteur le permet

« En s'organisant en cabinet de groupe, les sages-femmes libérales peuvent assurer une permanence »

Le rôle des PMI dans ce réseau de prise en charge de la grossesse et des suites de couches est également primordial, en articulation avec les autres acteurs. Leur place serait plutôt, autant pour les professionnels hospitaliers que pour les acteurs de la PMI eux-mêmes, dans la prise en charge des femmes en difficulté psychologique et/ou sociale. Ceci relève alors de la responsabilité des sages-femmes de PMI

« Pour l'aspect médico-social, c'est plutôt les sages-femmes de PMI, c'est un peu leur rôle »

Mais cette priorité ne doit pas les exclure pour autant du suivi plus médical des grossesses et des suites de couches, qu'elles peuvent réaliser, en complémentarité avec l'activité des sages-femmes libérales

« Le rôle de la PMI, en articulation avec l'HAD, ce serait le côté médico-social. Mais d'un autre côté, la sage-femme de PMI aime bien aussi son rôle médical, mais ça pourrait être pour des grossesses avec très peu de problèmes, qui ne nécessitent qu'un passage une à deux fois par semaine »

« Le suivi peut être assuré par une sage-femme libérale, surtout si elle était déjà suivie avant son hospitalisation, ou par la PMI, surtout si la femme n'a pas de couverture sociale »

Le rôle des puéricultrices de PMI pourrait également être complémentaire d'une prise en charge précoce par les sages-femmes libérales ou l'HAD

« Les sages-femmes libérales ou d'HAD pourraient faire un relais entre la sortie de la maternité et la prise en charge par les puéricultrices de PMI, surtout pendant la première semaine. Ça nous mettrait moins de pression en PMI. Mais on est bien d'accord...ça serait tous les jours. Et la sage-femme ou la puéricultrice de PMI, ça, elle ne le fera pas »

Les médecins hospitaliers rencontrés verraient avec beaucoup d'intérêt une évolution vers une place plus importante des médecins généralistes dans le suivi de la grossesse et des suites de couches à domicile, dans la mesure où ils sont formés, et intégrés dans un réseau ville hôpital

« Pour la participation des médecins généralistes, un enseignement post-universitaire, et un référent hospitalier, avec un bon contact, qu'il puisse appeler s'il y a besoin, c'est ça la solution »

« Les médecins généralistes, il faut qu'on leur redonne leur vraie place de médecin de proximité, qu'ils aient des relais, qu'ils s'intègrent dans des réseaux de soins pour avoir une compétence, une compétence évaluée »

« Avec les médecins généralistes, c'est le début, et on espère augmenter. Notre grand tort a été de minimiser le rôle des médecins généralistes, alors que les femmes vont de fait voir leur médecin »

Les sages-femmes et les puéricultrices sont plus réticentes

« On avait envisagé de travailler avec des médecins généralistes pour la prise en charge en HAD, mais les sages-femmes de l'hôpital s'y sont opposées »

« S'il faut appeler le médecin pour lui demander comment je vais donner à manger à mon bébé, là, on n'est pas tirés d'affaire ! »

« Les médecins généralistes, pour l'allaitement, ils ne sont pas au top : c'est surtout les sages-femmes qui peuvent faire ça »

Les médecins comme les sages-femmes, hospitaliers et de PMI, soulignent l'importance d'intégrer au réseau la dimension sociale de la prise en charge des femmes et de leur enfant, qui pour l'instant, est relativement segmentée, et peu coordonnée avec la prise en charge médicale

« Quand c'est seulement une aide ménagère, l'assistante sociale de l'hôpital s'en charge. Si c'est plurifactoriel, avec d'autres enfants, le service social de l'hôpital contacte la PMI »

« On n'a pas intégré, dans nos réseaux, la dimension non médicale : le problème avec les aides à domicile, c'est que c'est la mairie qui est responsable, ce n'est pas la Sécu »

« Il faudrait un réseau qui comprenne des sages-femmes libérales et des associations pour l'aide à domicile, avec des personnes salariées, ou payées par des chèques emploi service par exemple »

Cette articulation des compétences et des prises en charge, dans le cadre d'un réseau ville hôpital, permettrait de mieux centrer l'activité de l'HAD sur ses missions d'alternative à l'hospitalisation »

« En suivi de grossesses pathologiques, le schéma idéal, c'est l'HAD la première semaine, et la sage-femme libérale après. Parce que c'est parfois un peu plus lourd, et ça nécessite plus d'explications sur la pathologie au début : clarifier tout ce qui s'est dit à l'hôpital, peut-être par des personnes plus habituées aux protocoles hospitaliers. Et une fois que c'est clarifié pour la femme, que la période aiguë est passée, ça relève d'une sage-femme libérale »

« La PMI, je dirais que c'est le relais après l'HAD. Au niveau de l'HAD on prépare des relais avec la PMI, c'est plus facile que directement à partir de la structure : on est sur le terrain du domicile où on voit la patiente dans son environnement, ça facilite les relais avec la PMI »

Les organisations mises en place par ces réseaux doivent être très souples, adaptables au secteur et au contexte, au recrutement de la maternité, aux besoins spécifiques des femmes

« Dans des structures plus petites, s'ils n'ont pas assez de recrutement, ils peuvent faire avec des sages-femmes libérales : ça n'est pas « l'HAD officielle » mais ça y ressemble beaucoup »

« Puisqu'il y a une organisation en réseau inter hospitalier, l'HAD d'un type 3 pourrait prendre en charge des patientes d'une maternité de type 1, ponctuellement »

Des solutions alternatives devraient pouvoir être proposées

« Le problème, pour les primipares, dans des secteurs difficiles comme le nôtre, c'est l'isolement. Il faudrait pouvoir proposer à ces femmes, mais aussi à une majorité de primipares, une possibilité d'hébergement, avec un soutien plus rapproché, en suites de couches, dans des soins de suite de périnatalité par exemple »

2.3.9 Les attentes vis-à-vis des services de l'Etat et le rôle possible du Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP)

L'ensemble des entretiens réalisés met en évidence la complexité et la profondeur des évolutions en cours dans ce secteur, et la multiplicité des facteurs intervenant dans les processus de décision.

Les acteurs, tant professionnels de santé qu'administratifs, sont convaincus de l'importance des enjeux, très intéressés par ces évolutions nécessaires, mais parfois désarçonnés par la complexité de leur mise en œuvre.

Ils attendent des services de l'Etat, et plus particulièrement du médecin inspecteur de santé publique, qui leur paraît un interlocuteur privilégié dans ces discussions, un éclairage sur les possibilités offertes par les différents systèmes de prise en charge proposés. Le MISP a, dans ce domaine, un rôle nécessaire d'information et d'aide au montage des projets

« Parce que je n'ai pas bien compris : quelle est la réelle structure de l'HAD ? »

« Quelle circulaire ? je ne l'ai pas vu ! on ne les voit pas, nous, les circulaires !

« Honnêtement, on a besoin d'être éclairés, d'être accompagnés »

« Sur Internet, vous sortez le projet de statut d'un réseau, vous dites on va le faire, mais c'est pire que la déclaration d'impôt.... et là, ça coince un peu... : quand on peu d'énergie pour les choses administratives on se dit, définir l'objectif organisationnel, économique, qualité...c'est quelque chose de nouveau... »

Le MISP a également une place dans l'évaluation des modes d'organisations, des expériences en cours, des modes de prise en charge. Cette évaluation, en concertation avec les acteurs, est nécessaire à une répartition adéquate des moyens humains et financiers.

« Il faut prendre le temps d'évaluer les items de prise en charge, les protocoles, il y a un minimum de travail d'évaluation : c'est vrai qu'on n'en a pas fait une priorité »

« Rien n'est irréalisable, non, mais ça va prendre du temps, et certainement que ça va nous amener à reconsidérer, à déployer des moyens, à réévaluer la répartition des emplois en fonction des prises en charge »

« Mais quels moyens vont être derrière ? c'est comme les projets de soins de suite périnataux : ça fait 4 ou 5 ans qu'on en parle, alors si pour l'HAD périnatalité ça prend autant de temps... »

Le MISP, à l'interface de la ville et de l'hôpital, du médical et du social, peut favoriser la coordination des acteurs

« Il faut réussir à travailler avec l'Aide Sociale à l'Enfance, avec les juristes, avec les éducateurs. Il faut articuler avec le social »

De manière générale, les personnes rencontrées expriment leur besoin de mieux comprendre les réflexions en cours, d'avoir l'occasion de partager des expériences, de réfléchir ensemble. Par l'animation d'une réflexion commune, le MISP devrait pouvoir susciter les initiatives, impulser des évolutions

« C'est l'empilement de l'histoire, alors des fois, l'histoire perdure longtemps parce que le système tient. Et on a des réflexions théoriques qu'on ne décline pas tout de suite »

« A la journée des réseaux, le modèle des communautés périnatales dans les Yvelines m'a paru très intéressant »

« En fait, les questions pour nous faire remettre en cause ce système ne se sont posées à nous que très récemment, avec les recommandations de l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé, les congrès etc... »

3 DISCUSSION ET PROPOSITIONS

3.1 Discussion de la méthode

L'étude réalisée ici vise à réaliser un état des lieux de l'HAD en périnatalité en région Ile de France et à apporter, par les entretiens réalisés, des éléments à la réflexion en cours concernant le développement de cette modalité. Ceci a permis d'analyser les facteurs favorisant ou freinant la mise en place de l'HAD, du point de vue de quelques professionnels hospitaliers et de PMI, et les attentes de ces acteurs vis-à-vis de ce système de prise en charge de la grossesse et des suites de couches.

Afin d'avoir une vision plus complète des freins et des facteurs de développement de l'HAD en périnatalité en région Ile de France à partir de ces quatre établissements, d'autres entretiens auraient pu être réalisés, en particulier avec des professionnels de santé du secteur libéral, avec des travailleurs sociaux et avec des usagers du système de soins.

En ce qui concerne les professionnels de santé libéraux installés en ville, il aurait été intéressant d'aborder, au cours d'entretiens, leur perception de l'HAD en périnatalité, de son fonctionnement actuel, de sa place envisagée dans l'organisation du suivi de la grossesse et des suites de couches et de leur rôle potentiel au sein de cette HAD. Ces entretiens auraient également pu porter sur la vision de ces professionnels de leur place actuelle et envisagée dans un réseau de périnatalité, ainsi que leurs freins et leurs attentes en terme d'organisation de ce réseau. Ils auraient également pu permettre de mieux analyser les possibilités d'actions à mener avec ces médecins libéraux.

Ces entretiens n'ont pas pu être réalisés pour des raisons de faisabilité dans les délais impartis à l'étude. En effet, pour avoir une représentativité suffisante des professionnels de santé libéraux, il aurait fallu interroger des acteurs des différentes professions directement concernées par le suivi de la grossesse et des suites de couches en ville, à savoir des sages-femmes libérales, des gynécologues obstétriciens libéraux et des médecins généralistes, et ce dans chacun des quatre secteurs concernés par l'étude. Pour tenir compte de la diversité des positions, il aurait été préférable d'interroger plusieurs représentants de ces différentes professions, ce qui multipliait donc considérablement le nombre d'entretiens à réaliser.

La difficulté rencontrée était la même en ce qui concerne les usagers du système de soins en périnatalité : la réalisation d'entretiens avec un groupe suffisamment représentatif de femmes hospitalisées en maternité, suivies en ville pendant leur grossesse, primipares et multipares, et issues de différentes catégories socioprofessionnelles aurait représenté

une charge de travail incompatible avec les moyens disponibles dans le cadre de ce mémoire.

Des entretiens avec les travailleurs sociaux auraient été éventuellement envisageables, mais il aurait là aussi fallu interroger des professionnels hospitaliers ainsi que des professionnels des collectivités territoriales.

Les freins et les attentes de ces acteurs n'ont donc pu être envisagées qu'au travers de ce qu'ont pu en retranscrire les professionnels rencontrés.

Il aurait également été intéressant d'aborder la question des perspectives de développement de l'HAD en périnatalité sous l'angle économique. En effet, les contraintes budgétaires sont souvent évoquées par les établissements de santé comme frein au développement de l'HAD en obstétrique. D'autre part, dans une démarche de planification, de santé publique et d'économie de la santé, la maîtrise des coûts hospitaliers est souvent mentionnée parmi les arguments justifiant le développement de l'HAD, à côté des avantages pour la santé et le bien-être des patients (17, 26, 40, 49). Cet aspect n'a pas été abordé avec précision dans cette étude pour plusieurs raisons : seuls deux représentants de l'administration, dont une responsable des ressources humaines, ont pu être rencontrés, malgré les demandes de rendez-vous auprès des autres administrations. Les autres acteurs rencontrés avaient peu d'information sur l'aspect budgétaire du développement de l'HAD. De plus, du fait de l'hétérogénéité et de la complexité actuelle des modes de financement, il est difficile d'analyser de manière globale l'impact des contraintes budgétaires sur le développement de l'HAD. Enfin, ces modes de financement sont actuellement en cours de modification, en particulier dans le cadre de mise en place de la tarification à l'activité, et des études sont en cours pour la construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'HAD (15). La question du développement de l'HAD sous l'angle économique est donc à la fois complexe et en évolution, et nécessiterait une étude complète qui n'est pas possible dans le cadre de ce mémoire.

La comparaison de l'expérience française pour l'HAD en périnatalité et de celle d'autres pays européens ou hors européens aurait également pu apporter un éclairage intéressant à la discussion. Cette comparaison est difficile du fait de la grande disparité des définitions de l'HAD dans les différents pays concernés (26). De plus, la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches est fortement liée au contexte culturel. Dans les pays du Nord de l'Europe (Pays-Bas, Suède, Finlande, Danemark mais aussi Irlande), l'HAD en périnatalité s'est fortement développée depuis le

début des années 80 (26). Mais cette évolution s'est fait dans un contexte fondamentalement différent, en particulier aux Pays Bas, où l'accouchement à domicile est courant, et la médicalisation de la naissance très limitée. Dans ce pays, les patientes bénéficient, en suites de couches, d'une aide à domicile de plusieurs heures par jour pendant une semaine (12, 42, 46). Les différences culturelles rendent difficile toute comparaison avec la prise en charge de la naissance en France (42).

Ce mémoire propose un état des lieux de l'HAD en périnatalité en Ile de France et analyse les freins et facteurs de son développement mais n'en étudie pas les résultats actuels. Ces résultats pourraient être envisagés, entre autre, sous deux angles : celui de la satisfaction des femmes prises en charge par l'HAD et celui des résultats en terme d'indicateurs de santé.

En ce qui concerne la satisfaction des femmes suivies en HAD en périnatalité, des enquêtes ont été réalisées par les structures d'HAD de Santé-Service et de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, mais seul un petit nombre de femmes suivies en HAD ont été interrogées et les réponses peuvent avoir été biaisées du fait de l'origine de l'enquête. Dans l'enquête réalisée par l'APHP, 60% des femmes interrogées se déclaraient très satisfaites et 40% satisfaites de leur prise en charge en HAD. Les principaux reproches concernaient l'organisation et les horaires des visites. Dans l'enquête réalisée par Santé-Service, 96% des femmes suivies en HAD en post-partum recommanderaient ce type de prise en charge à leurs proches. Une enquête plus approfondie de satisfaction avait été réalisée par le Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé chez des patients hospitalisés en HAD en 1992, mais ceci concernait tous les types de prise en charge, et gommait donc les spécificités de la prise en charge en périnatalité (16). Une étude de satisfaction des femmes prise en charge en HAD en ante-partum et post-partum dans les différentes structures d'HAD et des motifs éventuels d'insatisfaction de ces patientes serait donc très certainement intéressante, mais irréalisable dans le cadre de ce mémoire.

En ce qui concerne les résultats de l'HAD en périnatalité en terme d'indicateurs de santé, peu d'études ont été retrouvées. Ces études ne concernent que rarement une prise en charge en HAD selon le système français. Un essai clinique randomisé a été réalisé à Genève, par le Dr Boulvain, avec pour objectif la comparaison d'un court séjour hospitalier (24h à 48h) suivi de soins à domicile, à un séjour hospitalier classique (4-5 jours). Les conclusions en sont l'absence de différence significative entre les deux modes de prise en charge en terme de proportion de femmes allaitant leur enfant à un mois, de morbidité maternelle et néonatale et de satisfaction des couples (28).

De plus, ces résultats pourraient être comparés en fonction des critères d'admission, protocoles et contenus de la prise en charge dans les différentes structures d'HAD. Ces éléments, qui n'ont pas été détaillés ici, varient en effet beaucoup selon ces structures.

3.2 Discussion des résultats

Tous les entretiens réalisés confirment l'évolution actuelle de la réflexion autour de la prise en charge de la grossesse et des suites de couches. Toutes les équipes rencontrées ressentent la nécessité de mettre en place des solutions innovantes, des alternatives aux modes de prise en charge actuels. Les points clefs de cette évolution sont une volonté de prise en charge plus globale et continue, de la grossesse aux suites de couches, offrant des alternatives à l'hospitalisation classique.

On note cependant l'aspect très « médical » de la majorité des entretiens. Pour la plupart des acteurs rencontrés, médecins comme sages-femmes, les avantages, inconvénients et rôles des différents modes de prise en charge sont surtout envisagés en terme de sécurité médicale, de surveillance et de soins. Le soutien à l'allaitement est également souvent évoqué, mais seuls certains acteurs, en particulier de PMI et dans certaines équipes de sages-femmes, insistent sur l'importance de l'éducation de la mère ou de la future mère, du soutien au lien mère enfant, de la prise en charge psychologique de la mère, de l'enfant et du couple.

Dans les discussions sur la place de l'HAD en périnatalité, c'est dans le cadre de la prise en charge du post-partum, et en particulier en cas de sorties précoces, que la plupart des acteurs s'accordent sur l'intérêt de cette organisation. La prise en charge en HAD des suites de couches paraît intéressante à la majorité des professionnels de santé, avec des positions différentes en ce qui concerne la place de l'HAD dans la prise en charge du post-partum pathologique ou physiologique. Cette place est toujours envisagée en coordination et en complémentarité avec d'autres modes de prise en charge.

Les professionnels de santé sont plus réticents à l'idée d'un suivi en HAD des grossesses pathologiques, ou plutôt à la nécessité de mise en place d'une telle organisation pour un faible nombre de patientes. Les indications pour ce type de prise en charge leur paraissent très limitées, sauf éventuellement pour des maternités de type 3. La difficulté principale évoquée par les professionnels de santé pour le suivi en HAD des grossesses pathologiques est le risque de décompensation très rapide d'un grand nombre de pathologies de fin de grossesse. Et le suivi en HAD de pathologies plus stabilisées, comme les menaces d'accouchement prématuré, ne leur paraît pas justifié dans la mesure où ces patientes n'ont pas besoin d'un passage quotidien de soignants. Cependant, la question reste posée, dans la mesure où la circulaire de février 2004

précise que la charge en soins pour l'HAD d'ante-partum doit correspondre à au moins trois visites à domicile par semaine, et non à des visites quotidiennes (9).

La plupart des professionnels hospitaliers préféreraient une prise en charge des patientes de leur service par une structure d'HAD gérée par leur établissement plutôt que par une structure d'HAD indépendante. Leurs préoccupations concernent la continuité du suivi des patientes et le besoin de contact direct et personnalisé entre les différents acteurs prenant en charge la patiente. Cependant, si ce modèle leur paraît préférable, les freins à sa mise en place, tant budgétaire que liés aux ressources humaines, leur paraissent difficilement surmontables avec leurs ressources actuelles. Au contraire, la structure d'HAD indépendante, dans son modèle actuel, avec une couverture géographique étendue et un grand nombre d'intervenants, fait craindre aux professionnels de santé l'anonymat de la prise en charge. Il semble que cette réticence relève également, mais de façon moins explicite, d'une culture médicale française encore très hospitalocentriste. L'HAD est considérée beaucoup plus comme un prolongement de l'hôpital hors les murs que comme une alternative à l'hospitalisation, à l'interface entre l'hôpital et la ville. Si l'ouverture de l'hôpital vers la ville paraît indispensable, bien que « culturellement » difficile, à la plupart des acteurs, ils envisagent plutôt cette évolution dans le cadre d'un réseau coordonné, centré sur la structure hospitalière.

On retrouve ainsi, dans la grande majorité des entretiens avec les professionnels de santé hospitaliers, une volonté réelle d'évoluer vers une véritable ouverture sur la ville. Cette évolution a d'ailleurs déjà débuté depuis plusieurs années dans la majorité des cas, mais les articulations et les coordinations restent à construire.

Les professionnels de santé hospitaliers évoquent souvent leurs relations privilégiées avec certains professionnels de santé libéraux installés en ville, en particulier avec des sages-femmes libérales. Mais ceci ne reflète que le point de vue des équipes hospitalières et aurait mérité d'être complété par la vision des professionnels de santé libéraux eux-mêmes. Les PMI, de leur côté, relèvent encore certaines difficultés dans leur coopération actuelle avec les maternités. D'après ces équipes, il existe encore souvent, malgré des réunions organisées dans un certain nombre de structures, des difficultés de coordination et de communication entre certains établissements de santé et les équipes de PMI.

On relève, de fait, dans les propos des équipes hospitalières, une assez grande confusion dans la définition des rôles respectifs de la PMI et des sages-femmes libérales. L'importance du rôle de la PMI dans la prise en charge psychosociale des femmes, en particulier en situation de précarité, n'est pas remise en cause. Mais les missions respectives des sages-femmes libérales et de PMI dans la prise en charge médicale de la

grossesse et des suites de couches paraissent surtout liées à des critères de disponibilité de celles-ci. Cette situation entraîne parfois des malentendus entre PMI et équipes hospitalières, ou une surcharge de travail pour les PMI au détriment de leurs activités de promotion de la santé et de prise en charge du risque psychosocial.

Dans le cadre de la réflexion sur l'intérêt de l'ouverture vers la ville, et sur la continuité nécessaire dans la prise en charge des patientes, l'importance du fonctionnement en réseau est évoquée par tous les acteurs, qu'ils soient hospitaliers ou de PMI. Certains mentionnent l'existence de réseaux ville hôpital déjà fonctionnels. Mais ces réseaux sont le plus souvent informels et n'ont pas une infrastructure permettant de coordonner l'intervention au domicile de plusieurs professionnels différents. Certains réseaux de prise en charge des suites de couches sont construits autour de sages-femmes installées en libéral après avoir été salariées de l'hôpital. Une structure évoque la coexistence de plusieurs réseaux de prise en charge de la grossesse et des suites de couches sans coordination entre ces réseaux. De plus, ces réseaux n'ont pas de réelle lisibilité pour les usagers du système de soins. Tous les acteurs s'accordent sur la nécessité d'une meilleure coordination de ces réseaux ville hôpital, permettant une prise en charge graduée et coordonnée, avec plusieurs intervenants. La formalisation de ces réseaux permettrait également la mise en place de protocoles communs, une meilleure transmission de l'information et une articulation avec les acteurs du secteur social. La place de l'HAD dans le suivi des grossesses pathologiques et des suites de couches pourrait ainsi être mieux définie, en complémentarité et en coordination avec les autres modes de prise en charge. Cette intégration de l'HAD dans un réseau de soins correspond aux préconisations des circulaires de mai 2000 et de février 2004 relative à l'HAD (6,9).

Par ailleurs, il est clair, dans l'analyse des entretiens réalisés avec les intervenants des différentes structures mais aussi avec les équipes de PMI, que les besoins, les attentes et les solutions évoquées dépendent fortement du contexte de la structure, de son type de recrutement, du contexte socioculturel du secteur et de la démographie locale des professionnels de santé libéraux. Il ne peut pas être envisagé de modèle unique d'organisation de la prise en charge à domicile en périnatalité applicable à l'ensemble de la région.

Ainsi, des structures de type 1, ayant un recrutement principalement de grossesses physiologiques et d'accouchements non compliqués ne ressentent pas autant que d'autres la nécessité de mise en place d'une HAD. Le suivi en suites de couches par une sage-femme libérale leur paraît adapté à la majorité de leurs patientes. Au contraire, une structure de type 3 peut avoir un recrutement justifiant la mise en place d'une HAD pour le

suivi des grossesses pathologiques et des suites de couches compliquées. Le niveau d'activité des structures a aussi un impact sur les besoins ressentis : des maternités ayant une activité importante et en augmentation sont plus favorables à la prise en charge en HAD, et cette tendance devrait être encore renforcée par la mise en place de la tarification à l'activité.

Dans certains secteurs, les préoccupations des équipes concernent la prise en charge d'une partie de leurs patientes en situation de grande précarité. Se posent alors de façon plus aiguë les questions d'avance de frais et de couverture sociale, d'aide psychosociale, d'isolement des mères, d'éducation à la santé. L'articulation entre les acteurs sanitaires et sociaux est alors cruciale. Par ailleurs, dans certains secteurs, la pénurie de professionnels de santé libéraux, en particulier de sages-femmes libérales, ne permet pas la mise en place d'organisations basées sur des réseaux ville hôpital locaux. D'autres alternatives sont alors à inventer.

Il ressort de l'ensemble de ces entretiens l'impression générale d'un fonctionnement relativement cloisonné des structures. Les acteurs réfléchissent, en fonction de leur propre expérience et du contexte dans lequel ils se trouvent, à la manière dont ils pourraient, par eux-mêmes, améliorer l'organisation de la prise en charge des femmes enceintes et des bébés. Mais il existe peu de références aux autres expériences réalisées dans la région, aux modes de prise en charge des autres maternités du réseau inter hospitalier, aux collaborations possibles au sein d'un territoire de santé.

3.3 Propositions

3.3.1 Étendre et approfondir l'étude

Ainsi que discuté plus haut, le mémoire présenté ici n'aborde pas tous les aspects du développement de l'HAD en périnatalité en région Ile de France. Des études complémentaires seraient donc intéressantes, portant, en particulier sur :

- les différents critères d'admission, protocoles et organisation de la prise en charge mis en place par les structures d'HAD d'Ile de France, mais aussi des autres régions
- les résultats en terme d'indicateurs de santé et de satisfaction des femmes
- les besoins, attentes, freins et facteurs de développement de l'HAD en périnatalité du point de vue des professionnels de santé libéraux
- les perceptions et besoins des usagers
- les freins ou facteurs de développement budgétaires et l'impact économique du développement de l'HAD en périnatalité dans la région, en particulier dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité.

3.3.2 Définir de manière plus précise les critères et les modalités de prise en charge en HAD périnatalité, en concertation avec les professionnels de santé

La circulaire du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile a pour objectif de préciser les missions et les modalités de prise en charge en hospitalisation à domicile en général, en périnatalité, en pédiatrie et en psychiatrie (9).

Cependant, les indications restent très larges et la circulaire ne donne que très peu d'orientations sur l'organisation spécifique de la prise en charge en HAD périnatalité. Sont essentiellement mentionnés l'importance de la coordination entre les différents intervenants de l'HAD, et avec les professionnels de santé libéraux, qu'ils soient ou non constitués en réseau. De plus, cette circulaire est souvent mal connue des professionnels concernés. Il paraît donc nécessaire de décliner les éléments de cette circulaire au niveau régional, afin de les préciser en concertation avec les professionnels concernés.

Après avoir étudié, comme proposé ci-dessus, les critères d'admission et protocoles mis en place par les différentes structures, au niveau régional et national, un travail commun pourrait être réalisé avec des représentants de tous les professionnels de santé concernés, hospitaliers et libéraux et des représentants des usagers. Ce travail pourrait aboutir à la rédaction d'un « cahier des charges » de l'HAD en périnatalité pour la région. Cette réflexion et cette concertation sont des préalables nécessaires à la démarche actuelle de planification dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation des Soins de troisième génération (SROS 3).

3.3.3 Maintenir une flexibilité et une diversité de l'offre adaptée au contexte et au projet de naissance des femmes

Le « cahier des charges » de l'HAD qui pourra être établi en concertation avec les professionnels de santé et les usagers devra tenir compte comme mentionné plus haut, du contexte propre des structures et du territoire. Il devra également, tout en étant assez précis pour guider la mise en place et le fonctionnement des structures d'HAD, permettre une flexibilité suffisante pour s'adapter au choix des femmes et à leur contexte de vie.

Une diversité de l'offre de soins et de services doit être maintenue au sein de chaque territoire. Les femmes doivent avoir une possibilité de choix, en fonction de leur projet de naissance, entre plusieurs modes de prise en charge de leur grossesse et des suites de couches. Les professionnels de santé pourront ainsi discuter avec les femmes et les couples, durant la grossesse, pour leur proposer, en fonction du contexte médical, psychologique et social, plusieurs modalités de prise en charge parmi lesquelles elles pourront choisir. L'HAD pourrait ainsi être une des modalités de suivi proposées. Les critères médicaux de choix de l'HAD peuvent souvent être prédominants pour le suivi des

grossesses pathologiques. Mais le projet de naissance du couple devrait pouvoir être discuté avec ceux-ci durant la grossesse, et la possibilité de prise en charge en HAD en suites de couches, avec ou non sortie précoce, envisagée à ce moment.

Le développement de l'HAD doit également tenir compte des spécificités des structures. En fonction de celles-ci, le choix pourra être fait entre le développement d'une HAD gérée par l'établissement de proximité et la mise en place d'une convention avec une HAD indépendante, en préservant la continuité nécessaire de la prise en charge. Si la circulaire de février 2004 semble privilégier le développement de structures d'HAD polyvalentes, elle reconnaît que la spécialisation peut être nécessaire pour des secteurs tels que la périnatalité.

Ces différentes approches de l'HAD, spécialisée ou généraliste, indépendantes ou gérées par l'hôpital, pourront être étudiées en fonction du contexte des établissements hospitaliers et des territoires. Ces éléments devront être discutés dans le cadre du projet médical de territoire, lors de l'élaboration du SROS 3.

Dans certains contextes particuliers, en particulier pour des populations en grande difficulté psychosociale, dans des secteurs où la démographie médicale est très faible, des solutions innovantes doivent pouvoir être inventées et soutenues.

3.3.4 Favoriser l'intégration de l'HAD dans des réseaux ville hôpital et des réseaux inter hospitaliers

Afin de maintenir une diversité de l'offre de services et de soins, mais aussi une continuité, une gradation et une coordination des prises en charge de la grossesse et de l'accouchement, la mise en place et le fonctionnement des réseaux ville hôpital doit être renforcés. C'est dans le cadre de ces réseaux que l'HAD peut trouver une place mieux définie, à l'interface entre l'hôpital et la ville (47). L'HAD retrouverait ainsi sa place, telle que définie dans la circulaire du 4 février 2004 «la prise en charge à domicile des femmes et de leur enfant est assurée en tenant compte des dispositifs de prise en charge existants et sur la base de la définition des rôles de chaque intervenant, établissements de santé y compris psychiatriques, HAD, réseaux périnatalité, professionnels de santé libéraux et structures de PMI : l'HAD est un des maillons de cette prise en charge » (9). Certains réseaux de ce type existent déjà dans la région. Il serait important d'évaluer et de diffuser ces expériences.

La structuration de ces réseaux permettrait de définir des critères de prise en charge clarifiés pour chacun des acteurs du réseau. Dans ce cadre, en particulier, le rôle et les missions de la PMI pourraient être précisés, afin de lever la confusion qui semble exister

actuellement. Ceci permettrait à ces structures de remplir pleinement leur mission de promotion de la santé et de soutien aux populations défavorisées ou en difficulté psychosociale. La place des sages-femmes libérales, des gynéco obstétriciens libéraux, mais aussi des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux installés en ville dans la prise en charge de la périnatalité pourrait ainsi être précisée, et au besoin renforcée.

La mise en place de ces réseaux permettrait également de renforcer la circulation de l'information, sous forme de dossier commun, facilement accessible par tous les acteurs de façon continue. Ce système, déjà mis en place par certains réseaux en Ile de France, pourrait être évalué et diffusé. Il serait particulièrement intéressant que ce dossier puisse être également partagé avec les acteurs de la PMI.

L'intérêt de ces réseaux ville hôpital réside également dans la possibilité d'apporter une réponse de proximité, permettant aux mères de préserver l'environnement familial de la naissance.

La coordination des prises en charge, la circulation de l'information, la mise en place de protocoles communs et d'une « culture commune » au sein de ces réseaux ville hôpital permettrait probablement de lever un frein important à la mise en place de l'HAD par les professionnels de santé hospitaliers : la crainte d'une rupture de la continuité des prises en charge.

L'HAD, intégrée à ces réseaux, pourrait se recentrer sur ces missions propres d'alternative à l'hospitalisation : selon la circulaire du 4 février 2004, elle s'adresse aux femmes et aux enfants qui requièrent des soins coordonnés, avec une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, et une charge en soin justifiant au minimum trois visites à domicile en ante-partum et trois visites en post-partum.

Par ailleurs, dans le cadre des réseaux inter hospitaliers, une collaboration peut aussi être envisagée, en fonction du contexte propre des structures et des territoires, dans la mise en place et le fonctionnement de l'HAD. Ainsi, une structure de type 3, tête de réseau, pourra éventuellement mettre en place une HAD en ante et post-partum à laquelle les professionnels de santé des maternités de type 1 ou 2 du réseau pourront faire appel ponctuellement pour le suivi à domicile de leurs patientes. Ceci ne pourra cependant se faire qu'à l'intérieur d'un réseau déjà fonctionnel, et dans un périmètre géographique adapté.

3.3.5 Favoriser l'intégration des médecins généralistes au sein des réseaux de proximité en périnatalité et au sein de l'HAD

La question de la démographie des professionnels de santé libéraux est souvent évoquée comme un frein au suivi à domicile des femmes présentant une grossesse pathologique ou sorties précocement de la maternité. S'y ajoute le problème du mode de pratique souvent solitaire de ces professionnels. Lors des entretiens avec les responsables des structures d'HAD rencontrées, le rôle du médecin généraliste dans le suivi des femmes à domicile n'est que très peu évoqué. Il semble, dans les faits, que celui-ci n'ait pas, actuellement, de place définie dans ce type de prise en charge. Pourtant, la circulaire du 4 février 2004, dans sa partie générale, rappelle que « la place du médecin traitant dans la prise en charge en HAD doit être reconnue, précisée et préservée. En particulier, la spécialisation de certaines activités de doit pas faire obstacle au rôle essentiel joué par le médecin traitant dans la prise en charge du patient » (9). Mais plus loin, la circulaire ne mentionne pas, parmi les intervenants susceptibles d'intervenir dans le cadre de l'HAD, le médecin généraliste. Il semble donc que la place du médecin généraliste dans cette prise en charge nécessite d'être précisée à nouveau, en concertation avec tous les acteurs concernés.

Les médecins hospitaliers rencontrés sont unanimement favorables à un renforcement du rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses et des suites de couches, que ce soit dans le cadre de l'HAD ou dans le cadre d'une prise en charge par le réseau. La condition posée est celle d'une formation initiale adéquate et d'une formation continue dans le cadre d'un réseau. Il est donc nécessaire de développer des formations post-universitaires destinées aux médecins généralistes. Plusieurs expériences ont déjà été mises en place dans la région. Il serait nécessaire de réfléchir, en concertation avec des professionnels hospitaliers, libéraux, de PMI et les médecins généralistes eux-mêmes aux objectifs attendus d'une telle formation et à son contenu, en se basant éventuellement sur une évaluation des formations en cours. L'intégration des sages-femmes hospitalières, de PMI et libérales dans les groupes de réflexion sur la mise en place de ces formations permettrait peut-être de vaincre certaines réticences vis à vis de l'implication des médecins généralistes dans le suivi de la grossesse et des suites de couches. Par ailleurs, la formation peut certainement être réciproque : les professionnels hospitaliers pourraient ainsi mieux connaître l'expérience du suivi de la grossesse et des suites de couches en ville par les médecins généralistes.

Mais l'intégration des médecins généralistes au sein des réseaux de proximité et éventuellement de l'HAD devra, pour se réaliser, prendre compte leur contraintes et leurs besoins spécifiques en terme d'horaires, de prise en charge et d'accès aux outils

d'information utilisés (45). En particulier, la formation continue proposée au sein du réseau, devra tenir compte des horaires et des contraintes de ces praticiens.

3.3.6 Renforcer l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur social pour mieux prendre en compte les besoins spécifiques des femmes

De manière générale, les professionnels rencontrés insistent sur le fait que ni l'HAD ni les réseaux de soins de proximité ne peuvent répondre à la globalité des besoins de prise en charge à domicile d'une femme et de son enfant. Ces besoins relèvent aussi de deux ordres : l'aide à la vie quotidienne et la prise en charge sociale.

Ces besoins ne peuvent pas être pris en charge directement par l'HAD. Mais, dans le cadre des réseaux ville hôpital, la coopération et la communication entre les acteurs de santé hospitaliers et libéraux et les acteurs sociaux doivent être renforcées. Ceci peut passer par la participation des acteurs sociaux, qu'ils soient hospitaliers, de PMI ou des autres services des collectivités territoriales, aux réunions de réseaux, aux formations continues et à l'élaboration des protocoles et des modalités de prise en charge et de références du réseau. Cette coopération passe également par un échange d'information et la mise en place éventuelle d'un annuaire de ressources commun sur le territoire.

Ce décloisonnement entre les secteurs sanitaires et sociaux devrait aussi progresser au niveau des organismes de tutelle correspondants : services déconcentrés de l'Etat, services de l'assurance maladie, collectivités territoriales. Ceci permettrait de mieux prendre en compte les besoins des femmes en terme d'aide à la vie quotidienne, de logement, de couverture sociale, en particulier pour les populations en situation de précarité.

En ce qui concerne l'aide à la vie quotidienne, des coopérations sont à construire avec les associations locales et les services sociaux des collectivités territoriales. En intégrant ces acteurs dans des réseaux de proximité en périnatalité, des pistes devraient pouvoir être explorées pour permettant de développer le soutien à domicile des femmes lors de grossesses pathologiques ou dans les suites de couches.

Ce travail commun pourrait également permettre de lever le frein financier que constitue l'avance de frais nécessaire lors des visites à domicile des sages-femmes libérales. Ce frein est encore plus fort lorsqu'il s'agit de populations précaires. La prise en charge financière devrait pouvoir s'inscrire, sans avances de frais, dans le cadre du forfait accouchement.

Cette collaboration devrait aussi permettre de repérer et d'apporter un soutien urgent aux femmes enceintes n'ayant pas de couverture sociale, pour leur permettre un accès rapide à leurs droits. En effet, ces femmes n'ont souvent pas accès, pour l'instant, à d'autres modes de prise en charge que la PMI, et l'HAD ne leur est en pas proposée par certains établissements.

Enfin, pour les femmes en situation de grande précarité, des dispositifs de prise en charge innovants doivent pouvoir être mis en œuvre et évalués. Des solutions d'accueil adaptées doivent être inventées et développées pour les femmes en rupture d'hébergement et en situation d'urgence.

3.4 Le rôle actuel et possible du Médecin Inspecteur de Santé Publique au sein des services déconcentrés de l'Etat

3.4.1 Un rôle d'observation, d'évaluation et de conception des politiques de santé

Afin de mieux définir les critères et les modalités de prise en charge en HAD périnatalité, le Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) pourra, en mobilisant les professionnels concernés et les ressources documentaires disponibles, recenser les expériences actuellement en cours, en précisant les critères d'admission, l'organisation de la prise en charge, les protocoles utilisés et les intervenants mobilisés.

Ces expériences pourront être évaluées en termes d'indicateurs de santé, de coût et de satisfaction des femmes.

En s'appuyant sur l'analyse citée plus haut, le MISP pourra mettre en place, au niveau régional, un groupe de travail rassemblant des représentants de tous les acteurs concernés par la périnatalité, hospitaliers, libéraux, et de PMI ainsi que des acteurs sociaux, des représentants des usagers et des représentants des services déconcentrés de l'Etat et de l'assurance maladie. Un tel groupe de travail pourra par exemple être mis en place dans le cadre de la préparation du Schéma Régional d'Organisation des Soins du SROS de 3^{ème} génération (SROS 3), en tant que sous-groupe du groupe expert. Ce groupe aura pour objectif l'élaboration d'un « cahier des charges » de l'HAD en périnatalité.

Un tel cahier des charges pourra préciser :

- les missions de l'HAD en périnatalité
- les modalités d'intégration recommandées au sein d'un réseau ville hôpital de proximité
- les modalités possibles de coopération avec les acteurs du secteur social
- la place de l'HAD au sein de ce réseau et vis à vis des autres acteurs de la périnatalité, en fonction du contexte du territoire et du type de la structure.

- les modalités de partage et de circulation de l'information entre la maternité et l'HAD et au sein du réseau
- le contenu et l'organisation possible de la prise en charge et le rôle des différents intervenants au sein de l'HAD

Il pourra également proposer des ressources en terme de protocoles de prise en charge en HAD périnatalité validés par les professionnels, et de formation possible des acteurs de l'HAD.

3.4.2 Un rôle dans la planification sanitaire et médico-sociale

Une meilleure définition de la place de l'HAD en périnatalité et de ses missions en articulation avec les autres modes de prise en charge des grossesses à risque et des suites de couches permettra une meilleure évaluation des besoins en HAD de la région. Dans le cadre de la préparation du SROS 3, le MISP pourra ainsi participer à la planification de ce type de prise en charge. En effet, l'HAD constitue, d'après l'arrêté du 27 avril 2004 fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans le SROS, un volet obligatoire de celui-ci. Dans ce cadre, la question spécifique de l'HAD en périnatalité devra être évoquée. Mais c'est aussi, et peut-être surtout, dans le cadre de la préparation du volet périnatalité du SROS 3 que le développement de l'HAD en périnatalité devra être discuté et planifié. La circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération (10) insiste sur l'importance, pour l'amélioration de la prise en charge de la grossesse, de la « mise en place de réseaux qui relie l'ensemble des acteurs impliqués dans cette prise en charge pour la continuité et la sécurité des soins ». C'est dans le du travail de planification du SROS 3 sur les réseaux que la place de l'HAD devra être réfléchi. Ceci pourra se faire dans la continuité du travail réalisé par le sous-groupe mentionné plus haut chargé de l'élaboration du cahier des charges de l'HAD en périnatalité.

Ce travail de planification du SROS 3 devra définir la répartition des activités de soins par territoire et permettre l'élaboration de « projets médicaux de territoire ». Une telle approche permettra de mieux tenir compte de la couverture géographique de l'offre de soins en HAD en périnatalité. Ainsi, on pourra envisager de mieux définir l'aire d'intervention des grosses structures d'HAD régionales, et de développer de nouvelles structures dans des secteurs n'ayant actuellement pas accès à une telle offre, tels que le sud de l'Essonne et de la Seine et Marne.

Dans le cadre de cette démarche de planification, le MISP a un avis technique à donner tant sur la création ou le renouvellement de places ou de structures que sur l'allocation de moyens à ces structures.

Du fait de la suppression de l'imputation des places d'HAD à la carte sanitaire et de la suppression du « taux de change » par l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003, de nombreux promoteurs, essentiellement privés, soumettent actuellement des projets de créations de structures ou de places d'HAD à l'autorisation de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Des réponses et des avis doivent être donnés avant la finalisation du SROS 3. Ces avis pourront être donnés sur la base des premiers travaux réalisés par le groupe de travail sur le « cahier des charges de l'HAD en périnatalité ».

Ces avis seront également importants dans le cadre de la négociation des contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les promoteurs de projets et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation incluant des activités d'HAD en périnatalité. Pour exemple, un tel contrat d'objectifs et de moyens est actuellement en cours de négociation avec l'HAD Santé-Service.

Enfin, le nécessaire développement des réseaux en périnatalité ne se fera que si un soutien financier adapté est apporté dans le cadre de la dotation nationale pour le développement des réseaux. Le rôle du MISP sera ici dans le soutien à l'élaboration des projets de réseaux, puis dans l'avis technique pour l'allocation de moyens dans le cadre de la dotation nationale pour le développement des réseaux.

3.4.3 Un rôle de coordination des acteurs et d'animation des politiques de santé

Le MISP pourra participer à l'animation des politiques de santé en périnatalité dans le cadre de la Commission Régionale de la Naissance. Cette instance sera probablement le lieu adéquat pour développer des collaborations entre les acteurs sociaux et sanitaires de la prise en charge de la périnatalité. Des réflexions pourraient ainsi être menées dans ce cadre à propos du développement de solutions alternatives pour des populations à besoins spécifiques, de développement des réseaux de proximité en périnatalité prenant en compte l'HAD ou de l'intégration des médecins généralistes dans la prise en charge de la périnatalité.

Des échanges d'expériences pourront être favorisés entre les différentes structures d'HAD et les différents réseaux existants. Des intervenants extérieurs à la région pourront également être sollicités pour partager leur expérience. Cet objectif était celui de la « journée des réseaux en périnatalité d'Ile de France » en mars 2004. Une autre journée de ce type doit être organisée en novembre 2004, au cours de laquelle la question de l'HAD pourra être spécifiquement abordée.

Le MISp est également chargé de l'animation du Programme Régional de Santé (PRS) Périnatalité en Ile de France. Dans ce cadre, il pourra soutenir des programmes et des actions visant à offrir aux femmes et aux couples une prise en charge plus diversifiée, continue, graduée et coordonnée. Il pourra également faciliter, à ce niveau, la coordination entre le PRS périnatalité et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux soins (PRAPS) afin de mieux couvrir les besoins spécifiques des populations en situation de précarité.

C'est dans le cadre de cette coordination, et par une meilleure structuration des réseaux que pourront être atteints les objectifs de santé publique du PRS et prochainement ceux de la Loi de Santé Publique.

CONCLUSION

Le développement de l'HAD en périnatalité en Ile de France a été, depuis le début des années 80, relativement lent. Il s'est fait en dehors d'une véritable réflexion commune, sur l'initiative d'équipes confrontées à la saturation des structures d'hospitalisation classiques et à une demande des femmes, dans un contexte d'évolution de la conception de la prise en charge de la grossesse et de la naissance. Des organisations nouvelles permettant une prise en charge au domicile ont du être inventées. Certains ont choisi le système de l'HAD, d'autres des modes de prise en charge par des sages-femmes libérales ou de PMI, dans des réseaux plus ou moins formalisés. Pour la plupart des acteurs rencontrés au cours de la préparation de ce mémoire, les solutions actuelles ne couvrent pas la globalité des besoins de la femme et de l'enfant et il existe une demande forte de coordination et une réelle volonté d'ouverture sur la ville. La plupart de ces professionnels sont favorables au développement d'une prise en charge en HAD, de préférence gérée par l'hôpital, mais aussi éventuellement par une structure indépendante, dans la mesure où sont préservés la continuité des soins et les contacts directs entre les différents acteurs du suivi. Les freins budgétaires et en ressources humaines sont mentionnés, surtout pour le développement de structures d'HAD gérées par les hôpitaux. Ce mémoire ne prend cependant en compte que les points de vue des acteurs hospitaliers et de PMI. Il sera à compléter par les visions des autres acteurs et des usagers.

Dans tous les cas, le développement de l'HAD n'est envisagé que dans le cadre plus global d'une prise en charge de la périnatalité par un réseau coordonné. Le besoin apparaît clairement, à l'heure actuelle, d'une meilleure définition de la place et des missions de l'HAD au sein de la prise en charge des grossesses pathologiques et des suites de couches. C'est pourquoi ce mémoire, ciblé au départ plus spécifiquement sur l'HAD en périnatalité, a du très rapidement prendre en compte la dimension plus générale des réseaux de proximité en périnatalité, et en particulier des réseaux ville hôpital.

A l'interface entre la planification de l'offre de soins et de l'animation des politiques de santé, le MISIP a une position privilégiée pour permettre d'intégrer l'offre de soins en HAD périnatalité au sein d'une offre de soins coordonnée et répondant à des objectifs déterminés de santé publique.

Bibliographie

Les textes législatifs et réglementaires

1. REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002, loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal officiel de la République Française n° 54 du 5 mars 2002
2. REPUBLIQUE FRANCAISE, 1992.-Décret n°92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile. Journal officiel de la République Française, n°186, 12août 1992.
3. REPUBLIQUE FRANCAISE, 1992. - Décret no 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3o) de ce même code. Journal officiel de la République française n° 234, 8 octobre 1992
4. REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998. - Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).Journal officiel de la République Française n°235, 10 octobre 1998,15343
5. REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998. - Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). Journal officiel de la République Française n°235, 10 octobre 1998,15344
6. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Direction des Hôpitaux, 2000, Circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Bulletin officiel solidarité –santé n° 2000-25, 19 au 25 juin 2000

7. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, 2000, Complément à la circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Bulletin officiel solidarité –santé n° 2001-1, 1 au 7 janvier 2001
8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Circulaire DHOS n° 2003-485 du 13 octobre 2003 relative à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification administrative et du fonctionnement du système de santé. Bulletin officiel solidarité –santé n° 2003-44, 27 octobre au 1 novembre 2003
9. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Sous-direction de l'organisation du système de soins, 2004, Circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile. Bulletin officiel solidarité –santé n°2004-8, 16 au 22 février 2004
10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Sous-direction de l'organisation du système de soins, 2004, Circulaire DHOS/O n° 2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

Les ouvrages imprimés (monographies)

11. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE
Complément au manuel d'accréditation. Hospitalisation à Domicile. Mars 2003.41p
12. AKRICH M, PASVEER B Centre de Sociologie de l'innovation *De la conception à la naissance : comparaison France Pays-Bas des réseaux et des pratiques obstétriques. Rapport MIRA-CSI Juillet 1995, 107 p*
13. ALIGON A., COMRUELLE L., RENAUD T. Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé / ed. *Le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD), Questions d'économie de la santé, juin 2003, n°67, 7 p*

14. Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG) *La santé Périnatale en 2002 – 2003 : évaluation des pratiques médicales* Avril 2004, Centre de coordination INSERM Lyon, 39 pp
15. COM-RUELLE L., DOURGNON P., PERRONIN M. Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé / ed. *Construction d'un modèle de tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile*, Questions d'économie de la santé, juillet 2003, n°69, 6p
16. COM-RUELLE L., RAFFY N. Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé / ed. *Les patients hospitalisés à domicile en 1992*. Paris, France, 1994, n°1007, 233 p
17. COM-RUELLE L., RAFFY N. Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé / ed. *Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ? analyse des freins et des facteurs en faveur de son développement*. Paris, France, 1994, n°998, 131 p
18. COM-RUELLE L., RAFFY N. Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé / ed. *Le fonctionnement des services d'HAD : évolution 1980-1992*. Paris, France, 1993, n°958, 69 p
19. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France, *Schéma régional de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion d'Ile-de-France – 2003* 15/01/2004
20. GIRARD J.F., *Quand la santé devient publique*. Hachette 1998
21. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES Lionel Doisneau, division Enquêtes et études démographiques *Bilan démographique 2002 : légère diminution des naissances* INSEE Première, Janvier 2003, n°882, 4 p
22. MAMELLE N., CLARIS O., MARIA B., RESEAU SENTINELLE AUDIPOG *La santé périnatale en 2001 et son évolution depuis 1994 : résultats du Réseau Sentinelle AUDIPOG*. Gynécologie obstétrique et fertilité, Décembre 2002, n°1 h.s., 39 p

23. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques *Le réseau des maternités entre 1996 et 2000*, Etudes et Résultats, Mars 2003 n°225, 8 p
24. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques *La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001*, Etudes et Résultats, Décembre 2003 n°275, 12 p
25. Observatoire Régional de Santé d'Ile de France *La santé des Franciliens*, Octobre 2003, 197 p
26. RAFFY-PIHAN N. Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé / ed. *L'hospitalisation à domicile : un tour d'horizon en Europe, aux Etats-Unis et au Canada*. Paris, France, 1994, n° 1045, 187 p.

Les articles de périodiques

27. ALIGON A., COMRUELLE L., RAFFY-PIHAN N. *L'hospitalisation à domicile, Un nouvel essor. L'hospitalisation à domicile : un patient à satisfaire*. Informations hospitalières. Mars 2000, n° 52, pp. 16-21
28. BOULVAIN M., IRION O., PERNEGER T. *Soins à la maison ou soins à la maternité après l'accouchement ? Un essai clinique randomisé*. Les dossiers de l'Obstétrique, Février 2003, n°303, p. 17
29. CHARDON D. HAD : *Chirac veut un doublement du nombre de places*, Le Quotidien du Médecin, 4 décembre 2003, n°7439
30. CHARDON D. *Visite de M. Mattei à la Croix St Simon*, Le Quotidien du Médecin, 9 février 2004, n°7473
31. COUSTEIX J.-P., GARCIA Y., RAFFY-PIHAN N. *L'hospitalisation à domicile, Un nouvel essor. L'hospitalisation à domicile : un bilan d'étape*. Informations hospitalières. Mars 2000, n° 52, pp. 10-15

32. ETOURNEAU C. *Hospitalisation à domicile : l'Etat s'engage*. Décision santé, Mars 2001, n°172, pp. 17-18
33. ETATS GENERAUX DE LA NAISSANCE *Conclusions*, Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction. juin 2003, n°32, pp. 599-605
34. FERNANDEZ H. *Editorial*. Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction. 2003, n°32, p. 597
35. LEGRAND C. *L'accouchement du côté des mères*. La Croix, 11 juin 2003, p.15
36. LOPEZ I. *Objectif : bien naître*. Seine-Saint-Denis - Le magazine, février 2003
37. MAMELLE N., DAVID S., VENDITELLI F. *La santé périnatale en 2001 et son évolution depuis 1994. Résultats du réseau sentinelle AUDIPOG*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2002 ; 30 hors-série n°1, p 6-39
38. MAMELLE N., MARIA B., ROZAN M.-A. *Agir pour améliorer la santé périnatale à la lumière des résultats du réseau sentinelle AUDIPOG*. Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction. 2003, n°32, pp. 617-622
39. MARIA B., DAUPTAIN G., GAUCHERAND P. *Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances*. Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction. 2003, n°32, p. 605-616
40. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Direction des Hôpitaux. *L'hospitalisation à domicile en France*. Bulletin signalétique de la Direction des Hôpitaux, Novembre 1999, n°117, pp. 7-49
41. NAIDITCH M. *La crise des maternités : les raisons d'une faillite prévisible*. Les dossiers de l'obstétrique, Février 2003, n° 313, pp 2-4
42. NIZARD J. *Accouchement à domicile, mythe ou modèle*. Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction. 2003, n°32, pp. 623-624
43. POUZAUD F. *Dossier. L'hospitalisation à domicile*. Moniteur hospitalier, Novembre 2003, n°160, pp 12-24

44. RAYKOVIC M. *L'HAD, un réseau de réseaux*. Décision Santé, Mars 2002, n°183, p15-21
45. ROULANT V. *L'hospitalisation à domicile. Un nouvel essor. Médecin généraliste, acteur de l'hospitalisation à domicile*. Informations hospitalières. Mars 2000, n° 52, pp. 35-42
46. SANDERS M. *L'expérience hollandaise*. Les dossiers de l'Obstétrique, Février 2003, n°303, p. 16
47. VIENNOIS-MARION O. *L'hospitalisation à domicile, Un nouvel essor. L'hospitalisation à domicile : entre institution et réseau de soins*. Informations hospitalières. Mars 2000, n° 52, pp. 28-34

Les thèses et mémoires

48. BODIN S., NOP D. *L'hospitalisation à domicile en post-partum ou une sage-femme dans la famille*, Mémoire de fin d'études de sage-femme. Ecole de Sages-femmes « Jeanne Sentubury » de Poissy, UFR Paris-Ouest, 1995-. 54 p.
49. CUENOT M.-P. *Hospitalisation à domicile et prise en charge continue et coordonnée des grossesses et des suites de couches : étude de l'HAD pré et post-partum de la maternité du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy (Yvelines)*. Mémoire de DESS de Santé Publique. Université Paris V, VI, VII, XI, 2cole Nationale de Santé Publique. Paris, 1997. 41p
50. MORISSET P. *L'hôpital à l'heure de la restructuration de ses activités cliniques : enjeux médico-économiques et réalités contingentes. L'exemple de la mise en place d'une sortie précoce des parturientes à la maternité de l'Hôpital Boucicaut (AP-HP)*. Mémoire de Directeur d'Hôpital : Ecole nationale de la santé publique. (E.N.S.P.). Rennes, 1994. 76p.

Les documents électroniques

51. BREART G., PUECH F., ROZE J.-C. *Rapport de la mission périnatalité : Conclusions : vingt propositions pour une politique périnatale* [en ligne]. Octobre 2003. Disponible sur Internet :
<http://www.sante.gouv.fr/html/actu/20_propositions/perinatalite.pdf>

52. MATTEI J.F., Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, *discours de présentation du « plan de soutien à la périnatalité »* [en ligne]. 10 mars 2003. Disponible sur Internet :
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_0310jfm.htm>
53. COUSTEIX J.P., *L'hospitalisation à domicile* [en ligne]. Janvier 2002. Disponible sur Internet : <<http://www.Aventispharma.fr>>
54. FEDERATION HOSPITALIERE DE France, *La prise en charge de la mère et de l'enfant* [en ligne]. Juillet 2003. Disponible sur Internet :
<<http://www.fhf.fr/fhf/docs/rapportmater.pdf>>
55. KOUCHNER B, Ministre délégué à la santé, *intervention à la 17ième journée de la fédération des cercles d'étude des gynécologues obstétriciens* [en ligne]. Deauville, 29 septembre 2001. Disponible sur Internet :
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_010929bk.htm>
56. MORELLEC J., ROUSSEY M. *La protection Maternelle et infantile*. Cours à la faculté de médecine Rennes 1 [en ligne]. Rennes, 2 mars 2000. Disponible sur Internet : <<http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pediatrie/PMI.htm>>
57. UNION HOSPITALIERE DU NORD-EST. Délégation Régionale Alsace. *Prise de positions services ministériels, FHF, autres circulaires HAD* [en ligne]. 3 décembre 2003. Disponible sur Internet : < http://www.uhne-alsace.net/prises_positions/03_12_03_HAD_circulaire.html >
58. UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX D'ILE DE FRANCE *La périnatalité en Ile de France : constats, enjeux et propositions*. Janvier 1999. Disponible sur Internet :
<<http://www.urml-idf.org/attachemen/www/etudes105.htm>>
59. MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE Direction Générale de la Santé, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, SERVICES DEPARTEMENTAUX DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE, L'UNITE 149 DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE *Enquête nationale périnatale 1998*. Décembre 1998. Disponible sur Internet :<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat/somm1.htm>

Liste des annexes

Annexe 1 : capacité et activité des structures d'HAD en Ile de France en 2002

ANNEXE 1 : capacité et activité des structures d'HAD en Ile de France en 2002

dépt	nom de l'Etablissement	Spécialisation de l'HAD en Obstét	Existence d'une activité d'HAD obstét.	catégorie juridique	Nombre de places autorisées au 01/01/03 (source inventaire DRASSIF)	Nombre de places installées au 01/01/03 (source inventaire DRASSIF)	Nombre total de journées d'HAD en 2002 (source SAE 2002)	Nombre de journées d'HAD obstét. en 2002 (source SAE 2002+ rapports d'activités des ES)	taux d'occupat.
75	APHP		oui	Public	820	820	296706	37219	99%
	Association F. X. Bagnoud		non	PSPH	30	30	2893	0	26%
	Croix St Simon		oui	PSPH	185	180	54915	7204	84%
77	CH de Meaux (1)	oui	oui	Public	4	4	1751	1751	120%
78	CH Poissy (2)	oui	oui	Public	12	12	1329	1329	30%
	CH St Germain (3)	oui	oui	Public	10	10	1922	1922	53%
	HAD Yvelines sud (4)		non	PL	30	0	0	0	
92	CH Courbevoie	oui		Public	10	5	1244	1244	68%
	CH Puteaux		non	Public	10	0	0	0	
	Santé Service		oui	PSPH	1200	1200	399908	19091	91%
	CH St Cloud		oui	Public	4	4	2275	2275	156%
93	CH Montfermeil		non	Public	20	17	6521	0	105%
	CH St Denis		non	Public	15	0	0	0	
Total IdF					2350	2282	769464	72035	

(1) l'autorisation doit s'étendre prochainement à 6 places

(2) les moyens actuels ne permettent le fonctionnement que de 6 places

(3) les moyens actuels ne permettent le fonctionnement que de 6 places

(4) autorisation récente (2002)