



**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2010 –**

**RETOUR PRECOCE A DOMICILE APRES  
ACCOUCHEMENT :  
ENTRE RECOMMANDATIONS ET  
EXPERIMENTATIONS**

**Groupe n° 6**

**BONNIER  
BORDIER  
GOMEZ  
LOISEAU  
MASCREZ  
MICHALEWICZ  
MORDELET  
PERCOT  
VOIRIN**

**Barbara  
Marc  
Laurianne  
Mélissa  
Murielle  
Christiane  
Manon  
Romain  
Sophie**

*Animatrice :  
Madame  
LETORET*

---

# Sommaire

---

<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>- 6 -</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>- 8 -</b>
<b>I. DE L'ORGANISATION PRECONISEE PAR LA HAS A L'ORGANISATION ADAPTEE AUX SPECIFICITES TERRITORIALES ET AUX ACTEURS</b> .....	<b>- 11 -</b>
A.    UNE ORGANISATION PRECONISEE PAR LA HAS TRES VOLONTARISTE .....	- 11 -
1. <i>Des critères rigoureux pour proposer aux familles un RPDA</i> .....	- 11 -
2. <i>Le RPDA, intégré dans une offre de soins structurée, graduée et sécurisée</i> .....	- 12 -
3. <i>Le projet de naissance : une nécessaire adéquation entre le choix des familles et l'offre de soins</i>	- 14 -
B.    L'ORGANISATION MISE EN PLACE DANS LES TERRITOIRES ETUDIES .....	- 14 -
1. <i>Le RPDA imposé par des restructurations : l'exemple de Lorient</i> .....	- 15 -
2. <i>Le RPDA comme une offre supplémentaire proposée aux familles : les exemples de Saint-Brieuc, Calais et Gérardmer</i> .....	- 16 -
3. <i>Le RPDA comme une opportunité saisie au moment de la parution des recommandations de la HAS quand l'offre de soins est abondante : l'exemple de la Roche sur Yon</i> .....	- 18 -
<b>II. EVALUATION ET QUESTIONNEMENTS : LES IMPACTS DU DISPOSITIF</b> .....	<b>- 20 -</b>
A.    LES REUSSITES ET DYSFONCTIONNEMENTS DU RPDA .....	- 20 -
1. <i>Le RPDA, un dispositif innovant et adapté à des besoins nouveaux</i> .....	- 20 -
2. <i>Les difficultés dans la mise en œuvre du RPDA</i> .....	- 21 -
3. <i>Les points en suspens</i> .....	- 24 -
B.    ADOPTER UNE APPROCHE DE TYPE « BENCHMARK » EN S'INSPIRANT DES EXPERIENCES ETRANGERES	- 25 -
1. <i>L'approche physiologique de la naissance</i> .....	- 25 -
2. <i>...sans exclure une coordination et une graduation dans la prise en charge.</i> .....	- 26 -
3. <i>Un accompagnement proche et individualisé</i> .....	- 27 -
<b>III. UN NECESSAIRE DEVELOPPEMENT MAITRISE DU RPDA</b> .....	<b>- 28 -</b>
A.    LES CONTRAINTES EXTERNES NE DOIVENT PAS S'IMPOSER AUX FAMILLES .....	- 28 -
1. <i>Le RPDA ne saurait répondre à des considérations purement économiques et matérielles ....</i>	- 28 -
2. <i>Le RPDA ne doit pas être imposé de manière technocratique mais démocratique</i> .....	- 29 -
3. <i>Prendre en compte les problèmes démographiques et l'organisation des professionnels de santé pour qu'ils ne soient pas un frein au développement du RPDA</i> .....	- 32 -
B.    MAIS FAVORISER UNE CONCEPTION PARTAGEE DE LA MATERNITE. ....	- 33 -
1. <i>Le « retour du balancier » entre grossesse hyper médicalisée et grossesse plus « naturelle »</i>	- 33 -

2. <i>Inscrire le RPDA dans un véritable projet de naissance</i> .....	- 34 -
3. <i>Veiller à répondre une réelle demande des familles</i> .....	- 35 -
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>- 36 -</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>- 38 -</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>- 41 -</b>

---

## Remerciements

---

Merci aux familles et aux professionnels qui nous ont consacré du temps pour partager avec nous leur expérience.

Merci à chaque membre du groupe pour son écoute, son respect de l'autre, sa capacité de travail, son humour, et sa volonté à tout faire pour que ce moment reste un bon souvenir.

Enfin, tout simplement, merci à Mme LETORET, pour son soutien et son accompagnement de nos « Réflexions Partagées entre Différents Acteurs » (RPDA).

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
ARS : Agence régionale de santé  
CH : Centre Hospitalier  
CHD : Centre Hospitalier Départemental  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CPP : Centre Périnatal de Proximité  
DMS : Durée Moyenne de Séjour  
ETP : Equivalent Temps Plein  
HAD : Hospitalisation à Domicile  
HAS : Haute Autorité de Santé  
MIP : Module Interprofessionnel  
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
RPDA : Retour Précoce à Domicile après Accouchement  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile  
TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale  
UNICEF: United Nations of International Children's Emergency Fund

---

## Méthodologie

---

La démarche du groupe s'est structurée autour d'un objectif général : s'enrichir des approches professionnelles de chacune des filières. Concrètement, cet objectif s'est décliné dans l'appropriation des documents (1), la réalisation des entretiens<sup>1</sup> (2) et la méthode de travail pour la production du document final (3).

L'animateur, Madame LETORET, a mis à disposition du groupe un dossier documentaire étayé et actualisé sur le thème du retour précoce à domicile après accouchement (RPDA). Chaque membre du groupe a pris connaissance de l'ensemble des références et a travaillé plus particulièrement sur quelques documents. Une synthèse orale a été effectuée pour chacun des documents. Ce travail a permis d'échanger nos points de vue, de soulever les divergences d'approches dans la littérature, de souligner les points incontournables du thème et les acteurs dont la rencontre apporterait des éléments plus précis.

A la lecture des recommandations, nous nous sommes interrogés sur leur faisabilité. Nous avons donc programmé un certain nombre de rendez-vous avec les acteurs des dispositifs afin de percevoir le décalage présumé entre ces recommandations et les expérimentations. Ce questionnement nous a amené à élargir la problématique initiale pour nous intéresser à l'intégration du RPDA comme composante à part entière de l'offre de soins en matière de naissance.

Après avoir rédigé en commun un questionnaire de base sur le thème du retour précoce à domicile après accouchement, nous l'avons décliné en fonction des personnes à rencontrer. Les entretiens devaient permettre de consulter tous les acteurs concernés par le RPDA : réseau périnatal, médecin, sage-femme hospitalière, libérale et en structure de formation, Protection Maternelle et Infantile (PMI), Agence Régionale de Santé (ARS), Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et familles. Nous avons délibérément choisi de veiller à l'interfiliarité dans la composition des groupes de deux à quatre personnes réalisant les entretiens. En effet, nous avons pu remarquer que les interlocuteurs ont tendance à adapter leur discours en fonction de la filière de formation de l'élève et de son

---

<sup>1</sup> Voir Annexe 1 pour le planning des entretiens réalisés et les Annexes 2, 3 et 4 pour les questionnaires servant de base aux entretiens menés auprès des réseaux périnataux, des professionnels de santé et des familles ainsi que l'annexe 4 pour le planning des entretiens réalisés.

expérience personnelle. Chaque entretien a fait l'objet d'un compte-rendu oral puis écrit à disposition de chaque membre du groupe.

Des précautions méthodologiques doivent être soulignées. D'une part, nos entretiens et les retours d'expériences étudiés ont été principalement réalisés dans la région Bretagne<sup>2</sup>, majoritairement dans des structures pré-contactées par l'animatrice. Or, ce département est relativement bien doté en sages-femmes libérales et il semble que les acteurs aient une culture de réseau plus développée qu'ailleurs<sup>3</sup>. Afin de nous permettre d'adopter une vision plus large des expériences existantes, et pour tenter d'atténuer ces biais, nous avons complété par des rencontres dans d'autres départements. D'autre part, les familles ayant bénéficié du dispositif briochin de RPDA ont un profil socioprofessionnel qu'il faut noter. En effet, dans la première famille, la mère est infirmière. Dans la seconde, le père est enseignant et la mère est assistante maternelle. Par ailleurs, le faible nombre de familles rencontrées et le fait que leurs coordonnées nous soient fournies par les structures d'hospitalisation rendent susceptibles de discuter l'univocité de la satisfaction.

A l'issue des rencontres sur le terrain et au regard des apports collectés, nous avons choisi de réajuster le plan initial de notre travail. Nous nous sommes répartis la rédaction en trois groupes où chaque filière est représentée. Une relecture croisée des contributions a permis une homogénéisation du style d'écriture et une régulation des incompréhensions. Enfin, nous avons souhaité l'avis de Mme LETORET sur le document avant de le rendre.

L'attachement constant à l'interfiliarité nous a permis de dégager des orientations possibles. Malgré la durée relativement courte du Module Inter professionnel (MIP) et avec un sujet où les opinions et les expériences au sein du groupe sont aussi diverses que chez les professionnels rencontrés, nous sommes parvenus à un consensus autour d'une « position de groupe ».

---

<sup>2</sup> Voir annexe 5 : Cartographie des maternités publiques en Bretagne

<sup>3</sup> Voir annexe 6 : Cartographie des réseaux périnataux en Bretagne

---

## Introduction

---

« *Ce que je dénonce, c'est un discours qui ne tient plus compte de l'ambivalence maternelle. Les femmes n'ont plus la liberté de dire non. Dans les maternités publiques, on culpabilise les femmes avec le lait maternel, le meilleur pour l'enfant...* ». L'analyse d'Elisabeth Badinter<sup>4</sup>, pour qui les femmes sont victimes de « l'involution » culturelle, interroge la représentation de la femme, de la maternité et de l'enfant dans notre société.

La santé étant un état de complet bien-être, la thématique de la grossesse, de l'accouchement et de la maternité entre dans ce cadre au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La prise en charge de la périnatalité représente un enjeu de santé publique puisque les pouvoirs publics encadrent les conditions d'accouchement et les soins ante- et post-natals.

Or toutes les problématiques de santé publique s'inscrivent dans un contexte institutionnel et social, lui-même mouvant et évolutif, ce qui oblige les dispositifs à s'adapter. De ce point de vue, le secteur de la périnatalité se trouve au carrefour de nombreuses évolutions : place de la femme dans la société, évolutions médicales ainsi que toutes les réformes institutionnelles du monde de la santé.

L'évolution de la place de la femme dans la société a notamment été marquée par le contrôle des naissances, le recul de l'âge de la première grossesse, ainsi qu'une augmentation du recours à l'assistance à la procréation et donc à un accroissement des risques.

L'évolution médicale a permis la baisse de la mortalité infantile et maternelle dans un souci constant de sécurité. Pour autant, le taux global de mortalité maternelle s'élève encore à 9,6 pour 100 000 naissances. Ces tendances sont confrontées à une démographie des professionnels peu favorable. Au titre de la sécurité et face à ces contraintes, les pouvoirs publics ont redéfini le maillage territorial en instaurant des seuils d'activité minimale. De plus, la modification du mode de financement, dans un contexte de rareté des ressources, a conduit les structures à proposer des modalités de prise en charge alternatives. En effet, il n'y a pas intérêt pour la structure de proposer des séjours longs aux patientes, s'ils ne sont pas justifiés médicalement. Il s'agit donc de gagner en souplesse

---

<sup>4</sup> Elisabeth Badinter, *Le conflit, la femme et la mère*, Flammarion, février 2010, 272 pages

pour gérer l'activité, réguler les flux et répondre aux attentes des familles tout en maintenant un niveau de sécurité optimal. Par ailleurs, la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance légitime la mobilisation pour la prévention et l'importance de la place des usagers acteurs de leur santé.

C'est dans ce cadre que le retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) semble apporter une réponse adaptée aux problématiques actuelles.

Selon la définition utilisée dans le référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>5</sup>, les termes « sortie précoce » ou « retour précoce » correspondent à une sortie entre J0 et J2 inclus (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un accouchement par voie basse ou entre J0 et J4 inclus pour une naissance par césarienne. Cependant, la HAS nuance cette définition stricte en précisant que « dans une maternité donnée une sortie est, en général, considérée comme précoce si elle survient plus tôt que ce qui est habituel pour ce service ». La HAS différencie en pratique les sorties hyper précoces (J0), très précoces (J1) et modérément précoces (J2).

Si cette définition fixe un cadre temporel clair, elle ne sous-estime nullement les contraintes organisationnelles qui s'y rattachent afin d'assurer un retour organisé donc sécurisé. C'est pourquoi le RPDA fait appel à une multitude d'acteurs et repose sur une plate-forme de services qui se doit d'être coordonnée. En effet, cette modalité ne s'adresse qu'aux couples mère-enfant répondant aux critères d'éligibilité médicaux, sociaux et psychologiques.

La simplicité apparente de la définition ne doit pas masquer la complexité et la diversité des situations rencontrées sur le terrain. Bien que peu connu, ce dispositif fait l'objet de nombreuses initiatives souvent dans un cadre contraint pour répondre à une situation particulière ; il aurait donc vocation à être développé. Toutefois, cette extension ne doit pas oublier de prendre en compte à la fois les disparités territoriales, les critères médicaux, sociaux et les choix individuels.

A partir de l'étude de la littérature, d'entretiens menés sur le terrain, de l'observation des expérimentations réalisées principalement dans la région bretonne et de la confrontation des approches professionnelles, le groupe étudiera la manière de surmonter le décalage entre les préconisations des autorités sanitaires et le retour des expérimentations pour faire du RPDA une composante à part entière de l'offre de soins en matière de naissance.

---

<sup>5</sup> Anciennement ANAES

Il convient donc d'étudier successivement l'organisation préconisée par la HAS et les organisations adaptées aux spécificités territoriales et aux acteurs (I). Les impacts du dispositif seront ensuite évalués (II) afin d'intégrer le RPDA dans une nouvelle conception de la maternité (III).

## **I. De l'organisation préconisée par la HAS à l'organisation adaptée aux spécificités territoriales et aux acteurs**

### **A. Une organisation préconisée par la HAS très volontariste**

Le RPDA s'inscrit dans le cadre d'une action de santé publique. Sa mise en œuvre s'appuie sur l'analyse des déterminants de santé de la population bénéficiaire, à savoir, les caractéristiques biologiques individuelles (l'état de post-partum pour la mère et l'état de nouveau-né pour l'enfant), l'environnement entendu au sens large (incluant la famille, l'habitat, le soutien par le père), les comportements individuels (type d'alimentation ou prise de médicaments ou produits) et enfin l'accès aux soins qui, pour cette action, est un déterminant essentiel. Ces déterminants seront étudiés d'une part, du côté des familles, d'autre part, du côté de l'offre de soins, et enfin dans leur adéquation.

#### **1. Des critères rigoureux pour proposer aux familles un RPDA**

En mai 2004, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) diffuse des recommandations professionnelles<sup>6</sup>.

Pour proposer un RPDA aux familles afin de garantir la sécurité de la mère et de l'enfant, l'adhésion de la famille doit être requise et entière.

L'ANAES précise trois conditions de base pour une bonne mise en œuvre du RPDA : d'une part, l'état de santé physique et psychologique de la mère et de l'enfant ainsi que leur condition sociale doivent être satisfaisants lors du départ de la maternité. D'autre part, la mère doit pouvoir assurer les soins et l'allaitement de l'enfant dès son retour à domicile et doit également être en mesure de reconnaître les signes d'alertes pour elle-même et son bébé. Enfin, le suivi par des professionnels extérieurs doit intervenir dès le retour à domicile<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> ANAES / Service des recommandations professionnelles et service évaluation économique, *Sortie précoce après accouchement, conditions pour proposer un retour précoce à domicile*. mai 2004, 145 pages.

<sup>7</sup> Voir annexe 7 : Illustration de la mise en application de ces critères au travers de la grille d'évaluation pour l'admission en HAD obstétrique en post-partum utilisée au CH de Gérardmer.

L'état de santé de la mère est fondamental pour mettre en œuvre le RPDA : elle ne doit présenter aucun signe d'infection ni de risque hémorragique et le traitement de la douleur doit être pris en compte avant la sortie de l'hôpital. Malgré la difficulté d'évaluer le lien mère-enfant, il est nécessaire de prendre en compte la qualité de la relation qui naît entre la mère et le nouveau-né.

L'état psychique de la mère doit également être évalué afin de pouvoir déceler une éventuelle dépression du post-partum, voire une psychose puerpérale nécessitant une prise en charge psychiatrique. Même si la précarité sociale doit être prise en considération, elle ne doit pas être un frein au RPDA puisqu'il doit être proposé sans discrimination sociale. Quelques critères, moins nombreux, concernent l'enfant : ils sont essentiellement médicaux car ils abordent l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine (infections, ictère, cardiopathie, dépistage de maladie extra-congénitale, déshydratation).

Une des principales recommandations de l'ANAES repose sur l'information et l'apprentissage de la mère ainsi que son entourage pour compenser « le manque de temps d'apprentissage en maternité ». Ce travail d'éducation parentale peut s'échelonner en amont et plus longtemps après l'accouchement.

Au niveau organisationnel, les conditions domestiques doivent être propices à l'accueil du nouveau-né dans la structure familiale, favorisé par le congé de paternité.

## **2. Le RPDA, intégré dans une offre de soins structurée, graduée et sécurisée**

Selon la HAS, le RPDA ne doit pas être une solution par défaut devant répondre aux contraintes économiques auxquelles doivent faire face les établissements de santé. Il doit être anticipé et organisé par les institutions et les professionnels de santé afin que la sécurité de la mère et de l'enfant soit assurée. Le RPDA, pour être un succès, ne doit pas être imposé à la parturiente et à sa famille.

Il convient, tout d'abord, que la prise en charge de la parturiente soit graduée en fonction de son état de santé. Le raccourcissement du temps de séjour à la maternité impose de prendre en compte, en amont, le niveau de risque pour la patiente et son enfant : le suivi doit être individualisé et révisable à tout moment. Ainsi, le RPDA doit concerner les grossesses à bas risque, pour des familles n'ayant pas de risques psycho-sociaux et dont le consentement est réel. La HAS préconise néanmoins une sortie à J2 au minimum pour les accouchements par voie basse et à J4 pour les accouchements par césarienne.

La coopération entre les professionnels est une condition nécessaire pour que la sécurité de la mère et de l'enfant soit assurée : un cahier des charges strict doit être élaboré par les différents intervenants. Ainsi, pour la HAS, le RPDA ne peut être autorisé avant que « l'équipe responsable du suivi à domicile » n'ait été prévenue. De plus, un document de liaison spécifique, concernant la mère et l'enfant doit être élaboré à l'attention de l'équipe qui va prendre la mère et le nourrisson en charge lors de leurs retours à domicile. La HAS recommande également de fixer la date de la première visite à domicile avant la sortie de la maternité. Dès que la mère rentre à domicile, les professionnels choisis doivent être prévenus et c'est le moment où doivent être fixés l'examen du 8<sup>ème</sup> jour de l'enfant ainsi que la visite post-natale. Pour la HAS, la première visite doit être systématiquement faite le jour de la sortie si elle se fait avant J2. A partir de J2, la visite a lieu dans les 24 heures qui suivent la sortie. Les deuxième et troisième visites doivent être planifiées avec la mère et les professionnels. De plus, la possibilité d'un soutien téléphonique ainsi qu'un suivi sept jours sur sept sont préconisés. Ainsi, la parturiente doit connaître les coordonnées du professionnel qui assure son suivi et les personnes à joindre, en son absence.

Les réseaux périnataux sont importants dans la mise en œuvre d'un RPDA et les organisations peuvent être diverses : les maternités peuvent détacher elles-mêmes des sages-femmes de leur service ou s'appuyer sur des professionnels libéraux (sages-femmes libérales, médecins généralistes...) D'autres professionnels peuvent également être associés au projet : assistantes sociales, aides à domicile... Dès lors, leur action doit être coordonnée : des réunions pluridisciplinaires doivent être organisées pour donner de la cohérence à leur action. La HAS recommande d'établir une charte pour identifier les responsabilités de chacun des membres du réseau et leur rôle précis. Elle préconise également la mise en place d'actions de formation envers les professionnels pour améliorer leurs compétences théoriques et techniques, assurer un meilleur accompagnement de « l'information de la mère » et « réactualiser leurs connaissances ». L'instance exige ainsi, par ces recommandations, une structuration de l'offre de soins via les réseaux périnataux.

### **3. Le projet de naissance : une nécessaire adéquation entre le choix des familles et l'offre de soins**

En 2003, la mission périnatalité effectuée par les professeurs Bréart, Puech et Rozé<sup>8</sup> propose une nouvelle politique périnatale qui doit permettre de prendre en charge les grossesses et accouchements normaux en abandonnant les techniques médicales non indispensables. Le caractère physiologique et naturel de la grossesse doit être reconnu dans les grossesses à bas risques, à la fois par les futures mères et les professionnels de la naissance. Une nouvelle impulsion est donnée pour personnaliser le suivi de la grossesse et de l'accouchement et permettre ainsi aux parents d'élaborer un projet de naissance qui répond à leurs attentes. Ces projets ne sont pas encore généralisés mais de plus en plus fréquents. Leur construction nécessite que la future mère dispose des informations dès la déclaration et au cours des neuf mois pour des ajustements. Ce projet de naissance s'intègre dans la reconnaissance actuelle de l'utilisateur comme acteur de son projet de vie et de soins.

L'accompagnement en amont permet d'anticiper pour donner le choix de rester à la maternité plus longtemps ou de rentrer plus rapidement avec le soutien des professionnels à domicile.

Cette dynamique est plus exigeante envers les professionnels de l'offre de soins, car elle implique un travail en réseau qui modifie les pratiques professionnelles actuelles dans lesquelles chacun est organisé selon son système d'appartenance (hôpital, secteur libéral, système associatif).

#### **B. L'organisation mise en place dans les territoires étudiés**

A la fois la demande plus pressante des usagers et la reconnaissance par les professionnels des limites de l'offre de soins actuelle ont permis l'organisation de dispositifs variables en fonction du territoire, des professionnels existants, de l'antériorité du travail en réseau et de la nécessité de s'organiser ensemble.

---

<sup>8</sup> BREART (G.), PUECH (F.), ROZE (J.C.), *Mission périnatalité, Vingt propositions pour une politique périnatale*, Paris : Ministère chargé de la santé 2003, 24p.

## 1. Le RPDA imposé par des restructurations : l'exemple de Lorient

Le centre hospitalier de Bretagne Sud (CHBS) s'est trouvé confronté en juillet 2009 à la fermeture de la clinique privée du Ter qui effectuait environ 600 accouchements par an, et ceci après la fermeture du centre hospitalier de Quimperlé. Il devait donc absorber un surcroît d'activité de 900 naissances environ. Des salles d'accouchements supplémentaires ont été mises en place mais il n'était pas possible d'assurer l'hospitalisation des suites de couches par manque de lits. A partir de janvier 2009, un travail préparatoire a été réalisé avec les différents partenaires : le CHBS, l'hospitalisation à domicile (HAD), les sages-femmes libérales et le réseau périnatalité du Morbihan. Un protocole d'accord<sup>9</sup> a été signé pour organiser les sorties dites « physiologiques » de 48 à 72 heures après la naissance et l'hospitalisation à domicile pour les suites de césariennes entre 72 et 96 heures.

Cette organisation s'est appuyée sur les recommandations de la HAS : les critères figurent dans le dossier d'inclusion et ont été validés par les partenaires.

Un temps de coordination a été organisé, un pool de sages-femmes hospitalières assure la liaison avec le réseau des sages-femmes libérales, elles s'assurent du respect des critères, de la traçabilité et de la transmission des informations. Elles sont reconnues comme le pivot du dispositif.

La continuité de la prise en charge sept jours sur sept est assurée par le paiement d'une indemnité aux sages-femmes libérales pour les fins de semaine et les jours fériés sur le fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

Le pilotage et l'évaluation du dispositif sont réalisés par le réseau périnatalité du Morbihan qui assure aussi le suivi de l'organisation par la traçabilité et la gestion des dossiers, l'organisation de formations et des échanges de pratiques ainsi que le signalement des dysfonctionnements et des incidents. Le réseau doit ainsi contribuer à l'amélioration des conditions de prise en charge du post-partum.

Cette évaluation du dispositif a montré une évolution favorable dans la reconnaissance mutuelle entre les professionnels de l'hôpital et les libéraux, valorisant le travail des sages-femmes libérales.

---

<sup>9</sup>Voir Annexe 8 : Logigramme d'orientation en post-partum au CH de Lorient

et Annexe 9 : Protocole d'accord sur l'organisation des sorties anticipées de la maternité du CHBS

Les médecins généralistes ont été oubliés dans la mise en place du dispositif alors qu'ils réalisent dans ce nouveau contexte l'examen du 8<sup>ème</sup> jour. A leur demande, un courrier leur est dorénavant adressé par l'hôpital lorsque leur patiente retourne à domicile.

Plusieurs points doivent encore être améliorés à savoir la préparation en amont du RPDA, le support papier des informations et l'accompagnement de l'allaitement. L'évaluation a montré que la moitié des femmes n'était pas préparée par l'hôpital au RPDA. La transmission des informations par dossier nécessite des déplacements et du temps supplémentaires et pourrait être facilitée par un dossier dématérialisé. Du fait de l'organisation rapide du RPDA, le recours aux travailleurs en intervention sociale et familiale (TISF) et leur financement n'ont pas encore été évalués.

En conclusion, 36% des sorties de la maternité du CHBS sont anticipées ; ce pourcentage appliqué au volume annuel des naissances permet de faire face aux 10% de naissances supplémentaires qu'il doit absorber. Le CHBS souhaite atteindre l'objectif de 45% de sorties anticipées à l'avenir.

L'enquête de satisfaction auprès des mamans montre que seules 55% des femmes sorties à 48 heures sont satisfaites, et confirme que le dispositif laisse peu de choix à la maman. Il serait aussi intéressant d'explorer si la parité de la maman influe sur les réponses. La primiparité est-elle un facteur supplémentaire d'insatisfaction ?

## **2. Le RPDA comme une offre supplémentaire proposée aux familles : les exemples de Saint-Brieuc, Calais et Gérardmer**

Les établissements peuvent envisager le RPDA en raison de restructurations mais il peut également être envisagé indépendamment de toutes contraintes concernant l'offre de soins comme une prise en charge alternative proposée aux familles.

Ainsi, la mise en œuvre du retour précoce à domicile à la maternité de l'hôpital de Saint-Brieuc a été impulsée par le cadre sage-femme du service de maternité et un gynécologue. Le RPDA a été mis en place en janvier 2010. L'ambition première de ces deux acteurs n'était pas de réduire la durée moyenne de séjour (DMS) dans le service mais de proposer une autre offre de prise en charge aux familles. Le service a profité de l'installation en libéral de huit sages-femmes de l'hôpital. Dès lors, le RPDA a pu être instauré dans un climat de sécurité puisque ces professionnels étaient prêts à assurer la prise en charge des

parturientes à leur sortie du service. La maternité disposait donc de ressources humaines pour élaborer ce projet. Il s'avère que peu de demandes ont émané des patientes à l'hôpital. Le service n'a pas réalisé d'étude pour évaluer la demande des familles préalablement à la mise en place du dispositif et il n'y a pas encore de réelle communication institutionnelle sur le RPDA. La proposition de RPDA est réellement individualisée et pour cette équipe de professionnels, il doit être « une façon de personnaliser le soin » et d'étendre le « prendre soin » à la famille entière. Aujourd'hui, la demande des familles est également identifiée par les sages-femmes libérales qui transmettent ce souhait au service.

Le projet de la maternité de Calais a également débuté à l'initiative du cadre du service et a été mis en place en juin 2008. La prise en charge est effectuée par l'HAD en raison du manque de sages-femmes libérales sur le territoire. La démarche n'a donc pas émané des familles : il s'agissait d'un projet de service pour proposer une autre offre de soins. Les professionnels voulaient aborder l'accouchement et la naissance selon une nouvelle philosophie visant à réintégrer la femme et son enfant le plus rapidement possible dans leur environnement familial. Pour les sages-femmes, « la grossesse ne doit pas être considérée comme une maladie » et les familles demandent de plus en plus à être acteur de la naissance. Cependant, la maternité devait également absorber un pic d'activité puisqu'elle disposait d'une capacité de 28 lits pour 20 000 naissances et avait une durée moyenne de séjours supérieure à quatre jours. Une enquête avait été effectuée avant de mettre en œuvre le dispositif auprès de 145 femmes. Cette étude avait démontré que 87,6% d'entre elles affirmaient être d'accord pour partir à J2. Lors de la mise en œuvre du projet, la montée en charge a cependant été plus lente mais les patientes sont satisfaites de cette prise en charge globale et individualisée par l'HAD et notamment les populations d'origine rurale qui sont très intéressées par cette alternative pour des raisons culturelles et géographiques (difficultés de transports pour les familles notamment).

La prise en charge des parturientes sur la région géromoise (Vosges) était assurée depuis 1992 par une hospitalisation à domicile (HAD) obstétrique dans le cadre d'un Centre de Périnatalité de Proximité (CPP) suite à la fermeture de la maternité. Transformée en une HAD polyvalente depuis mars 2010, elle s'étend aujourd'hui sur différents territoires allant de la déodatie (Saint Dié) à la vallée remiremontaine. Si le nombre des sages-femmes libérales semble suffisant, leur répartition géographique est inégale. C'est pourquoi, la prise en charge de sorties précoces après accouchement a été autorisée dans le cadre d'une HAD, le Centre Hospitalier (CH) de Saint Dié mettant à disposition des sages-femmes

(1 ETP) alors que le secteur de Remiremont travaille en lien avec les sages-femmes libérales (5 ETP). Ce projet a été impulsé par le directeur du CH de Gérardmer et le médecin responsable de l'HAD. De nombreuses réunions préalables ont permis de regrouper tous les acteurs concernés (médecins généralistes, gynécologues, pédiatres, sages-femmes). Si la PMI a bien été conviée à ce projet, elle ne souhaite pas intervenir directement mais participe au relai d'informations et s'appuie sur l'HAD pour assurer le suivi des familles dites vulnérables.

La mise en œuvre de cette extension a suivi les recommandations de la HAS avec une formalisation importante de documents<sup>10</sup>. Un dossier « suite de couches » demeure au domicile de chaque parturiente et un projet de dématérialisation est envisagé. Toutefois se posent les problèmes de la couverture 3G et du coût d'un tel dispositif. De plus en l'état actuel du temps de sage-femme dévolu à l'HAD sur le secteur déodatien, le développement du RPDA reste problématique au vu des suivis ante-partum qui mobilisent principalement les professionnels alors même qu'ils adhèrent à ce nouveau mode de prise en charge globale de la famille.

### **3. Le RPDA comme une opportunité saisie au moment de la parution des recommandations de la HAS quand l'offre de soins est abondante : l'exemple de la Roche sur Yon**

Au contraire de Lorient, le centre hospitalier départemental (CHD) de la Roche Sur Yon (Vendée) ne met en place le RPDA qu'« au coup par coup », à la demande des patientes. Jusque-là, les mamans qui souhaitaient une sortie précoce sortaient contre avis médical et n'étaient pas suivies à leur domicile. A la parution des recommandations, le CHD a décidé de se préparer aux futures demandes des parents qui arrivent de plus en plus souvent avec un projet de naissance. Un interne de médecine générale lors de son stage a préparé la mise en place de ces sorties précoces avec la collaboration d'un groupe de travail comprenant des médecins hospitaliers (gynéco-obstétriciens, pédiatres) et la cadre sage-femme. Les médecins généralistes ont été interrogés par téléphone dans le cadre d'une enquête. Le gynéco-obstétricien à l'initiative de ce dispositif constate que le département de la Vendée dispose de sages-femmes libérales et de médecins généralistes très impliqués dans la

---

<sup>10</sup> Voir Annexe 10 : Fiche de liaison pour une surveillante post-partum au CH de Gérardmer et Annexe 11 : Projet thérapeutique post-partum du CH de Gérardmer.

périnatalité. Ils assurent une grande partie des suivis de grossesse à bas risques en antepartum et la préparation à la naissance. Les gynéco-obstétriciens du CHD ne voient les futures mamans qu'à partir de la visite du 8<sup>ème</sup> mois de grossesse. Les puéricultrices du service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) du Conseil Général voient systématiquement tous les nouveaux-nés de mères primipares.

Ce RPDA permet aussi ponctuellement de gérer la file d'attente lors des pics d'accouchements.

Le RPDA s'appuie sur les recommandations de la HAS, de manière plus restrictive car les RPDA ne sont acceptés que pour les mamans multipares, ayant une bonne préparation en ante-natal, dont l'accouchement a été sans difficulté, et quand le retour à domicile est bien préparé (organisation et accompagnement familial).

L'organisation du RPDA repose entièrement sur le système des sages-femmes libérales. La maman sort de la maternité avec une ordonnance du médecin gynéco-obstétricien pour la réalisation du suivi du post-partum à domicile. Elle contacte elle-même la sage-femme et organise son suivi. Ces modalités nécessitent une autonomie certaine de la famille, ce qui de fait, conduit à sélectionner, d'après les médecins du CHD, des femmes issues des catégories socioprofessionnelles moyennes ou élevées ou bien des femmes informées et expérimentées.

L'appui du RPDA sur l'offre libérale de soins présente un écueil majeur à savoir qu'il n'est pas opérationnel les fins de semaine et les jours fériés, ce que le CHD a intégré en n'autorisant pas de sorties précoces ces jours-là.

Il n'y a pas de travail en réseau entre l'hôpital et les libéraux contrairement à Lorient. Le fait que cette offre soit ponctuelle et ne concerne pas un nombre élevé de familles n'a pas nécessité la mise en place d'une coordination plus formalisée des professionnels et par voie de conséquence n'a pas généré de coût supplémentaire.

## **II. Evaluation et questionnements : les impacts du dispositif**

### **A. Les réussites et dysfonctionnements du RPDA**

Le RPDA constitue une prise en charge sécurisée, de qualité, de proximité et au cœur de laquelle la voix de l'utilisateur doit être entendue. Toutefois, sa mise en pratique révèle les dysfonctionnements qu'il peut occasionner. Tout laisse à penser, que cette nouvelle offre de soins, aussi performante et innovante soit elle, porte en elle ses propres limites. Par ailleurs, les expérimentations variées et non uniformes sur un territoire donné menées jusque là, laissent certaines interrogations en suspens.

#### **1. Le RPDA, un dispositif innovant et adapté à des besoins nouveaux.**

Théoriquement et lorsque les expérimentations sont concluantes, force est de constater que le RPDA répond à une demande nouvelle conjuguant régulation du système, individualisation du suivi et atténuation d'une conception hyper médicalisée de la grossesse et de l'accouchement.

En effet, le RPDA, comme cela a été évoqué dans les entretiens avec les professionnels, permet en premier lieu de faciliter la rotation dans l'occupation des lits dans les établissements. Il ne s'agit pas là d'une simple recherche d'économie mais le dispositif permet de garantir une meilleure allocation des ressources en préservant la dépense pour la consacrer à la qualité du soin.

Outre ce gain en efficacité, le RPDA permet d'élargir la palette de soins proposée aux femmes enceintes. Il s'inscrit dans une logique de parcours de soins qui laisse aux usagers le droit à la parole et au choix dans leur propre prise en charge. Cette notion de « parcours » fait écho à celle de prise en charge globale de la naissance dont sont demandeuses les sages-femmes. Les patientes ne sont plus adressées à de multiples professionnels différents au cours de la grossesse et sans suivi global, mais elles sont accompagnées sur le long terme et élaborent un projet de naissance. Si les risques médicaux sont contenus, cette prise en charge globale permet un apprentissage autonome et une appropriation de leur grossesse et de leur maternité loin de toute hyper médicalisation. Le suivi en post-partum, conséquent lors de l'hospitalisation, puis quasiment inexistant à la sortie, est en quelque sorte étalé sur le temps, lissé. Ainsi le RPDA permet de réduire la césure parfois ressentie par les patients entre l'ambulatoire et l'hospitalier.

Par ailleurs, le RPDA tel qu'il est conçu, entre dans le cadre d'un système médical refondu dans lequel les professionnels de santé travaillent en réseau. Ils doivent utiliser des courroies de transmission de l'information, qui en principe, évitent tout risque de déperdition. La mise en place même du dispositif sur les terrains sur lesquels nous nous sommes rendus, a tendu vers ce décloisonnement des acteurs qui ont été amenés à échanger et réfléchir sur leurs pratiques professionnelles.

En outre, comme le confirme la littérature médicale, les risques médicaux les plus importants étant concentrés sur les 48 premières heures après la naissance pour la mère et l'enfant, une sortie à J2 n'occasionne pas une mise en danger supplémentaire par rapport à une sortie plus tardive. En effet, il s'avère que l'essentiel de la prise en charge médicale a lieu les deux premiers jours, les jours suivants, elle est moins intense et peut tout aussi bien être assurée à domicile par une sage-femme libérale. De plus, au regard des évaluations qui nous ont été transmises, bien que peu nombreuses, il ne semble pas y avoir de cas de ré hospitalisations après le RPDA (les deux seuls cas, à Calais et Lorient, ne sont pas directement liés au RPDA).

En bref, le RPDA instaure une nouvelle philosophie de la périnatalité. Il met l'accent sur l'accompagnement des usagers qui redeviennent acteurs de leurs propres parcours de soins tout en maintenant un niveau de suivi médical visant à minimiser tout risque de hausse de morbidité infantile et maternelle.

Le degré de satisfaction des familles ayant expérimenté ce dispositif<sup>11</sup> permet d'arguer que sa mise en place, très circonscrite aujourd'hui, n'est pas une utopie. Toutefois, les acteurs mettant en œuvre le RPDA se heurtent encore à de nombreux obstacles.

## **2. Les difficultés dans la mise en œuvre du RPDA**

La mise en place du RPDA induit un certain bouleversement dans les pratiques professionnelles. L'organisation, les habitudes et les logiques des acteurs sont amenées à évoluer.

En matière organisationnelle, l'instauration du RPDA interroge la structuration actuelle de la périnatalité. Elle peut impliquer le recours à des sages femmes salariées d'un établissement de santé ou la sollicitation de sages-femmes libérales à coordonner selon les

---

<sup>11</sup> Annexe 12 : Evaluation du niveau de satisfaction des bénéficiaires du RPDA au CH de Lorient

forces vives en présence. Mais dans les deux cas, il est nécessaire de négocier avec ces professionnels afin qu'ils s'inscrivent dans un travail en réseau sur lequel ils pourront s'appuyer et de favoriser l'installation de sages-femmes en libéral si besoin. Au sens des pouvoirs publics, l'HAD ne représente pas une solution pour des grossesses physiologiques pour des raisons sociales, économiques et éthiques. Mais si l'HAD est écartée, il est évident que certains territoires, au regard des caractéristiques sociales et démographiques de leur patientèle et de leur population médicale ne peuvent proposer une telle offre de soins. C'est le cas des territoires de Calais et de Saint-Dié que nous avons pris comme exemple.

Même pour les territoires ayant les ressources démographiques leur permettant de mettre en place le RPDA, les difficultés organisationnelles demeurent réelles. Outre le travail en amont de négociation et la mise en œuvre d'un travail en interfiliarité pour les professionnels, il est nécessaire de définir un référentiel d'actes attendus en suivi post-partum, de revaloriser symboliquement et financièrement les actes pratiqués par les sages-femmes et d'intégrer le RPDA dans la formation des professionnels.

Au-delà du seul cas des sages-femmes, des obstacles demeurent concernant la coordination de l'intégralité des acteurs de la périnatalité. Pour toutes les initiatives de RPDA étudiées, il a été constaté la difficulté à faire travailler conjointement les professionnels de santé. La mise en place du RPDA révèle de nombreuses tensions et frustrations chez les professionnels. Il touche à une discussion plus globale sur la répartition de l'offre de soins alors que chacun raisonne en termes de « parts de marché ». En témoignent la méfiance des pédiatres envers les médecins généralistes concernant l'aptitude à examiner le nouveau-né ou encore le doute de certaines sages-femmes hospitalières sur la compétence des sages-femmes libérales pour réaliser un examen post-partum. Le RPDA pose la question de la répartition des compétences et des rôles entre chacun en post-partum et du « travailler ensemble » dans un univers très clivé.

Le RPDA appelle un travail de fond sur les cultures et les pratiques professionnelles. Ainsi certains pédiatres sont réticents à mettre en place la sortie d'un nouveau né de façon précoce alors qu'il n'existe aucune contre-indication médicale, et ce pour des raisons plus culturelles que scientifiques. D'autre part, certains médecins contestent la capacité des

sages-femmes à assurer le suivi en post-partum alors que les textes<sup>12</sup> s'accordent à redonner aux sages-femmes une place de choix et une autonomie professionnelle et leur reconnaissent un niveau de qualification professionnelle confirmé au niveau européen tant pour l'examen et les soins du nouveau-né que pour la surveillance des suites de couches de la parturiente. Pour ces deux exemples, les résistances tiennent à des « a priori » qui sont davantage fondés sur des jugements de valeur que sur une réelle connaissance du métier de chacun. Les pratiques professionnelles doivent également être réfléchies en évitant des actes médicaux invasifs qui pourraient parfois être évités (par exemple une épisiotomie) pour pouvoir réunir les conditions optimales au RPDA. Les professionnels doivent également revoir la « chronologie de la naissance » et apprendre à mieux anticiper les modalités du post-partum avant même la naissance.

En termes éthiques, le RPDA, tel qu'il est expérimenté, comporte certaines limites. La prise en compte ou non de critères sociaux pose la question de la place des personnes vulnérables dans le dispositif. Sans réflexion, encadrement et homogénéisation des pratiques, on encourt le risque de s'orienter vers deux dérives diamétralement opposées l'une de l'autre. Soit les personnes fragiles sont évincées sur critères sociaux du dispositif qui devient dès lors une « offre de luxe », soit aucun critère social n'est pris en compte et les inégalités sociales pourront être entérinées dès la naissance en l'absence d'un suivi plus approfondi de la mère et de l'enfant. Il est à noter que l'HAD comme soutien à la mise en place d'un RPDA au profit de familles au contexte social difficile nous a été mentionné dans la région lorraine. En effet, alors que ces dernières faisaient parfois le choix d'une sortie anticipée, voire contre avis médical et que la PMI informée ne pouvait imposer des visites à domicile, le recours à l'HAD dont le contrat stipule l'obligation de visites devenait un moyen de contourner cette difficulté et d'assurer ainsi un suivi tant pour la mère que pour l'enfant.

La dernière difficulté du RPDA relève du contexte sociétal dans lequel il est supposé s'intégrer. Pour se développer, il doit susciter l'adhésion des usagers et des familles qui ne sont guère pour le moment associés à la réflexion.

---

<sup>12</sup> BERLAND (Y.), *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*. Paris : Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. 2003/10, 58p.

Les expérimentations ont permis de distinguer les points forts et les points faibles d'un tel dispositif. Il n'en reste pas moins que l'on reste dans l'inconnu. Certaines interrogations persistent sur la possibilité de l'étendre et le généraliser au niveau national.

### **3. Les points en suspens**

Tout d'abord, sur un plan médical pur, on ne peut que constater un manque de données épidémiologiques sur le RPDA qui permettent d'évaluer les résultats du dispositif. En leur absence, il n'est pas avéré que le RPDA influe favorablement ou défavorablement sur les indicateurs de mortalité et de morbidité maternelle et infantile, ce qui conduit à des jugements parfois hâtifs sur le RPDA sans fondement objectif.

De plus, chaque mise en place du RPDA ayant été expérimentale et négociée selon les territoires et les acteurs, il n'existe à l'heure actuelle aucune évaluation financière du dispositif au niveau national. La « soutenabilité » du RPDA semble envisageable si des transferts ont lieu suite à la diminution de la durée moyenne de séjour (DMS). Cependant, si on suit cette logique, le financement du RPDA passe par une diminution des groupes homogènes de séjour (GHS) qui ne semble pourtant pas être à l'ordre du jour. Par ailleurs, une grande incertitude demeure sur la pérennité du financement dédié au RPDA : tant du côté des indemnités de week-end et de jours fériés versés aux sages-femmes par le fond de coordination de la qualité des soins que du côté des réseaux périnataux, dont le financement est assuré par la dotation nationale de développement des réseaux attribuée par décision conjointe de l'Union régionale des caisses d'Assurance maladie et le directeur de l'Agence régionale de santé.

En termes juridiques, on retrouve cet aspect « bricolé » qui empêche toute vision claire de ce que pourrait être le dispositif. On ne peut que déplorer le manque actuel d'encadrement juridique du RPDA qui se traduit par l'absence de cahier des charges auquel doivent se soumettre les établissements, l'absence de protocoles régissant les pratiques des professionnels, l'absence de projets ou de contrats dans lesquels seraient formalisés de manière obligatoire les engagements des usagers et des soignants.

Outre le vide juridique qui entrave le développement du RPDA, on peut faire le constat d'une absence de « terreau social » qui le favorise. En effet, une telle évolution touche également au changement des mentalités. L'exemple suédois montre bien qu'il est indispensable qu'une pratique touchant à la naissance aille de soi et soit considérée comme naturelle pour pouvoir être mise en place. Actuellement, nous demeurons dans l'incertitude

quant à savoir si culturellement, les familles et professionnels de santé sont prêts à adhérer au RPDA.

## **B. Adopter une approche de type « benchmark »<sup>13</sup> en s'inspirant des expériences étrangères.**

### **1. L'approche physiologique de la naissance...**

En 2003, la Mission Périnatalité propose une nouvelle politique périnatale reposant sur une différenciation des prises en charge des grossesses dites à « bas risque » de celles dites à « haut risque ». Elle suggère que les professionnels modifient leurs pratiques, non pas en démedicalisant le suivi de la grossesse et de l'accouchement, mais en abandonnant des techniques non indispensables. La grossesse ne se définit pas alors comme un état pathologique, mais physiologique et naturel. Sa surveillance médicale doit se faire sans excès, de façon mesurée, par rapport à l'évaluation de risques potentiels, afin de respecter le processus naturel et d'éviter des effets iatrogènes, régulièrement dénoncés. Dans cette optique, la HAS fera d'ailleurs paraître, en 2008, des recommandations, permettant aux professionnels de définir précisément les grossesses à risques.

Ce qui constitue une nouvelle orientation pour la France, est déjà observé dans d'autres pays européens, qui ont effectué ce tournant culturel plus précocement. La Suède, le Danemark, la Suisse ou les Pays-Bas défendent un interventionnisme médical limité. En Suède, par exemple, le suivi de la grossesse est principalement confié à des sages-femmes mais réalisé en structure : seuls deux rendez-vous sont prévus avec un médecin gynécologue durant la grossesse (pour des examens médicaux obligatoires, définis dans le cadre réglementaire) et l'accouchement, à bas risque, est d'emblée prévu avec une sage-femme. Les Pays Bas ont même considéré que l'évènement de la naissance doit pouvoir se dérouler au domicile. Ainsi, depuis 1941, l'assurée sociale enceinte doit en priorité faire appel à une sage-femme libérale. Cette dernière réalise l'accouchement et est aidée d'une « aide de couches », dont le rôle se poursuit pendant les suites de couches où elle dispense des soins à la mère et au nouveau-né et décharge la mère des contraintes

---

<sup>13</sup> Le benchmark est une démarche d'observation et d'analyse des pratiques utilisées par des secteurs d'activité pouvant avoir des modes de fonctionnement réutilisables. C'est une approche comparative.

quotidiennes. Dans le cas d'une femme qui aurait accouché en milieu hospitalier, l'aide de couches permet à la mère et à son enfant de retrouver leur domicile dès le lendemain de l'accouchement. L'accompagnement par une sage-femme est, dans ces pays, naturel et acquis par les populations et les professionnels. En France, le positionnement et le rôle des sages-femmes évoluent dans ce sens : soit parce que les parturientes elles-mêmes recherchent un suivi moins médicalisé qu'elles trouvent auprès de l'approche holistique des sages-femmes, soit par la pression de la démographie médicale qui raréfie la ressource en obstétriciens. L'approche physiologique est donc un mouvement marqué en Europe et en expansion en France.

## **2. ...sans exclure une coordination et une graduation dans la prise en charge.**

L'approche physiologique de la naissance ne suppose aucunement que la prise en charge soit complètement démedicalisée. Au contraire, l'enjeu est de concilier l'approche physiologique avec un environnement sécurisé pour les patients et les professionnels. L'OMS<sup>14</sup> rappelle que « lorsqu'on considère les succès obtenus dans la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, on voit que la survie d'une accouchée et de son nouveau-né peut tenir à la possibilité de recevoir des soins professionnels qualifiés pendant et après l'accouchement » et que ces soins doivent être « dispensés dans de bonnes conditions de sécurité par un personnel qualifié capable d'intervenir immédiatement en cas de complication ». Un professionnel de santé confronté à des problèmes qui dépassent ses compétences ou ne disposant pas de l'équipement nécessaire, doit pouvoir compter sur un recours, à une structure et des compétences adéquates. Doit alors s'organiser un maillage qui permet de référer femmes et nouveau-nés en cas de complications, et ce à n'importe quel moment de la prise en charge. En Suède, par exemple, si les parturientes et leur famille sont reçues, pour accoucher, dans des « patient hotel » : le recours aux structures hospitalières de niveaux supérieurs, en cas de problèmes, pour la mère et/ou pour l'enfant est organisé. Les sages-femmes qui assurent le service dans ces structures ont un recours possible. De même, la majorité des retours au domicile se fait au bout de 48 heures, mais à

---

<sup>14</sup> OMS, *Rapport sur la Santé dans le monde 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*, 2005.

condition que le suivi sage-femme soit organisé. Le taux de mortalité maternelle suédois<sup>15</sup> étant un des bas, on peut supposer que le système adopté ne porte pas préjudice à la qualité et la sécurité des soins. Le Danemark, suite à une réforme réglementaire, en 2001, a également revu son organisation de l'offre de soins en différenciant les structures pouvant accueillir les grossesses à bas et haut risques.

### **3. Un accompagnement proche et individualisé**

Parmi les expériences étudiées, outre le maillage gradué de l'offre de soins, on constate également que l'accompagnement au plus proche de la personne est primordial. A cet égard, l'OMS rappelle que « chaque mère et chaque nouveau-né, même sans être considérés comme particulièrement exposés au risque de complication, doivent pouvoir bénéficier de soins maternels et néonataux : ceux-ci doivent être assurés à proximité de l'endroit où vivent les patients, en tenant compte de leur mode de vie, ou du rituel dont est entourée la naissance ». En termes de proximité géographique, se sont développées diverses solutions : les « hotel patient » en Suède, des expérimentations de maisons de la naissance et des centres de naissance de proximité en France, des services de soins à domicile en Suisse. Concernant ce dernier exemple, il est intéressant de voir l'accent mis sur l'accompagnement de la femme et de son nouveau-né. Ainsi, au sein de chaque quartier, une structure de soins généraux appelée Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile (FSAD) est mise en place. En s'adressant à cette FSAD, la femme et le nouveau-né bénéficient d'une visite quotidienne d'une sage-femme jusqu'au dixième jour, d'une aide familiale et d'une infirmière pour un accompagnement lors des soins à l'enfant. En cas d'allaitement maternel, la femme bénéficie également de trois consultations par une sage-femme, entièrement pris en charge par le système d'assurance maladie. Aux Pays-Bas, une aide de couches assure une présence quotidienne<sup>16</sup> et permet une liaison permanente avec la sage-femme pour repérer et signaler tout problème. L'accompagnement de proximité complète ainsi le dispositif de graduation des soins en assurant un relais au plus près des familles.

---

<sup>15</sup> Quotient de mortalité infantile de 4 pour 1000 naissances (OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008)

<sup>15</sup> Soit l'aide de couches intervient de 8h à 18h dans les premiers jours et réduit progressivement son intervention soit elle effectue deux interventions journalières de 1h à 1h30 (la durée totale d'intervention atteint 64h).

<sup>16</sup> Voir annexe 1 « Bébé est né, Je rentre à la maison » L'accompagnement à domicile par l'Assurance maladie

### **III. Un nécessaire développement maîtrisé du RPDA**

#### **A. Les contraintes externes ne doivent pas s'imposer aux familles**

##### **1. Le RPDA ne saurait répondre à des considérations purement économiques et matérielles**

Bien que la DMS en maternité soit en baisse en France (elle est passée de 5,5 jours en 1997 à 4,4 jours en 2009 d'après la source Eco-Santé de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE), la France se distingue toujours du reste des pays de l'OCDE par une DMS supérieure (la DMS en maternité étant de 3,2 jours en moyenne dans les pays de l'OCDE). Diminuer cette DMS en recourant au RPDA pour se rapprocher de la moyenne des pays de l'OCDE présente deux intérêts majeurs. D'une part, cette diminution répond au problème d'engorgement des maternités : c'est le cas de Lorient où le nombre d'accouchements en hôpital public a explosé suite à la fermeture de la maternité privée de la ville. Le recours au RPDA a mécaniquement diminué la DMS et désengorgé la maternité publique qui ne pouvait absorber le flux de patients supplémentaires. D'autre part, le RPDA via la réduction de la DMS accélère le turnover dans l'occupation des lits et donc accroît la rentabilité économique des établissements de santé. En effet, pour une même durée, il est plus intéressant d'un point de vue économique pour un établissement d'accueillir successivement deux patientes plutôt qu'une seule. Ce deuxième intérêt est illustré par le RPDA à Saint-Brieuc. S'il existe une tradition dans le département de retours rapides à domicile, majoritairement demandés par les familles, l'Assurance maladie et l'ARH s'intéressent au dispositif depuis moins d'un an. Ces acteurs ont décidé de formaliser le RPDA à Saint-Brieuc sous forme de conventions et de le développer davantage, ce qui n'est sans doute pas anodin dans un contexte de déficit important de l'Assurance maladie et des établissements de santé. L'Assurance maladie s'intéresse à l'enjeu économique du RPDA. En effet, en améliorant la prise en charge post-partum des mères se sentant quelque peu isolées au moment de la sortie de l'hôpital (d'après une étude de 2008 de la DREES, 20% des mères portent un jugement négatif sur la préparation de la sortie de la maternité et du retour à domicile), elle espère assurer une meilleure allocation des ressources. L'Assurance maladie expérimente actuellement à Annecy, Rennes et Versailles la prise en charge à 100% de l'accompagnement par une sage-femme à domicile

en sortant de la maternité quelque soit le jour de la sortie<sup>17</sup>. L'idée est de convaincre les professionnels de santé et les familles de l'intérêt de la prise en charge à domicile et de la faisabilité du RPDA. L'Assurance maladie attend clairement « un retour sur investissement » en finançant cet accompagnement à domicile, avec lequel, elle pourra répondre aux revendications tarifaires des sages-femmes libérales qui bloquent actuellement l'expérimentation.

Cependant, si diminuer la DMS en maternité participe de la bonne gestion des finances publiques et répond à des demandes urgentes de files d'attente à absorber, une réduction drastique ou systématique de la DMS peut comporter de graves conséquences : cela peut conduire à faire sortir des patients à l'état instable, susceptibles de bénéficier d'une prise en charge inadaptée à domicile et de devoir être réhospitalisés. Compte-tenu du caractère crucial des événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale pour l'état de santé de l'enfant et de sa mère, il convient donc d'être prudent et ne pas appliquer de manière trop « laxiste » les critères d'admission en RPDA. D'autre part, ce dispositif mis en place au CH de Saint-Brieuc ne concerne que 5 à 10% des mamans tandis qu'il atteint 36% avec un objectif de 40% à Lorient. On peut, donc, s'interroger sur l'application homogène de ces critères. Par ailleurs, la borne basse pour toucher le forfait maternité ayant été supprimée (il est désormais possible de toucher le forfait à J0 ou J1 via le GHM « accouchement par voie basse, très courte durée<sup>18</sup>), rien n'empêche financièrement les maternités de faire sortir les mamans avant J2, ce qui peut être à l'avenir facteur de risque. Bien qu'aucune maternité en France ne pratique les sorties à J0, l'opportunité de le faire n'est pas exclue et implique d'être vigilant.

## **2. Le RPDA ne doit pas être imposé de manière technocratique mais démocratique**

Selon le Médecin Inspecteur de Santé Publique représentant l'ARS et en charge du dossier « périnatalité », « *notre système ne sait répondre que par des réponses de structure. Or, il faut penser dispositif et intérêt. Il faut passer d'une culture de structure à une culture de projet* ». Pour réussir un projet comme le RPDA, on ne peut ni imposer une structure déjà

---

<sup>17</sup> Voir Annexe 13 : Plaquette d'information de la CPAM sur l'expérimentation de l'accompagnement à domicile par une sage-femme

<sup>18</sup> Voir Annexe 14 : Dernière version des GHM concernant les forfaits maternité

pensée et identique pour tous les territoires, ni s'appuyer sur une seule structure porteuse du projet comme un établissement de santé par exemple. Le système de santé français étant par avance déjà très hospitalo-centré, confier la mise en place du RPDA aux seuls hôpitaux alimenterait la méfiance des professionnels de santé libéraux, notamment des sages-femmes, des médecins généralistes et des pédiatres attachés à leur autonomie. Cela serait contre-productif dans la mesure où le RPDA ne peut fonctionner sans coordination entre l'ensemble des professionnels de santé de la périnatalité. Plutôt qu'une vision imposée par l'ARH, par un établissement de santé, par l'URCAM qui maîtrise le financement des réseaux de périnatalité, par le Conseil Général qui décide des orientations sociales sur son territoire ou encore par les autorités de santé qui imposent les critères d'admission au RPDA, il conviendrait mieux de veiller à une appropriation par les acteurs eux-mêmes du dispositif de RPDA. Si au travers de tous les témoignages que nous avons recueillis, la totalité des personnes interrogées a souligné l'absolue nécessité de mobiliser l'ensemble des professionnels de santé pour faire aboutir le dispositif, la plupart ne pense pas à associer les représentants des usagers et des familles à la réflexion. Cela est contraire aux préconisations des missions de périnatalité et à la circulaire du 30 mars 2006 de la DHOS relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. Or pour que le RPDA fonctionne, il convient de n'oublier aucun acteur du dispositif, qu'il s'agisse de professionnels de santé ou des familles.

Cependant, il s'agit de ne pas surestimer cette logique technocratique dans la mesure où l'ARS a « peu la main » sur le RPDA : la planification en matière de RPDA est très limitée. Par exemple, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) III de Bretagne 2006-2010<sup>19</sup> n'évoque que brièvement le « retour modulable à domicile » et reprend les recommandations de la HAS sans apporter d'éléments supplémentaires. Par ailleurs, l'ARS, pas plus que les hôpitaux ne peuvent contraindre les professionnels de santé libéraux à s'engager dans le RPDA. Il n'est donc pas possible à l'heure actuelle d'imposer un mode de fonctionnement pour le RPDA. Il faut partir des territoires, de leurs spécificités, de leurs ressources en matière de démographie médicale et des caractéristiques du bassin de population pour inventer un modèle de RPDA propre à chaque territoire. En ce sens, le rapport de la Commission Régionale de la Naissance de Bretagne, souligne combien il est important de ne pas freiner les initiatives locales en recherchant à tout prix une cohérence globale du dispositif. Pour s'adapter aux caractéristiques propres du

---

<sup>19</sup> Voir Annexe 15 : Cible 2010 du SROS pour la répartition par territoire des sites de périnatalité

territoire, il semble préférable que le RPDA fasse l'objet d'une expérimentation préalable, comme ce fut le cas à Lorient et Calais, même si Saint Briec et la Roche-sur-Yon ont réussi à implanter le dispositif de RPDA sans y recourir. Le plan périnatalité 2005-2007 souligne néanmoins, l'importance de l'évaluation du comportement des usagers à l'aide d'enquêtes menées auprès d'échantillons représentatifs. Partir des ressources et des besoins existants et répondre aux difficultés du territoire constituent donc l'un des enjeux organisationnels du RPDA.

Bien que chaque territoire possède ses spécificités et qu'il apparaisse difficile d'envisager un procédé de RPDA identique pour tous, dans sa conception et dans sa mise en œuvre, un minimum de régulation et d'homogénéisation des pratiques en matière de RPDA et plus généralement de périnatalité, est souhaitable. En effet, en dépit des multiples incitations dans ce sens des rapports publics et de la saturation des maternités de niveau III, la prise en charge de la femme enceinte n'est toujours pas en adéquation avec le niveau de risque de sa grossesse. Il n'existe pas de culture commune et d'homogénéisation des pratiques professionnelles en matière d'orientation voire de réorientation de la patiente. Or le RPDA nécessite de savoir adapter à tout moment la prise en charge de la grossesse au type de risques, qu'elle soit physiologique ou pathologique. Pour pouvoir assurer une prise en charge sécurisée et de qualité, il convient d'adopter un suivi de proximité et très encadré. D'après les témoignages des familles ayant bénéficié du RPDA, le suivi et la préparation de la sortie ne sont pas toujours satisfaisants. Ils ne nous semblent pas en l'état actuel des choses de nature à rassurer une mère initialement peu à l'aise avec le RPDA. Par ailleurs, une régulation s'impose pour veiller à la continuité de la prise en charge hospitalière et de ville. La continuité du parcours de soins est loin d'être efficiente, en témoigne le mémoire d'une sage-femme pour l'obtention de son diplôme de cadre<sup>20</sup>. Une prise en charge bien organisée est pourtant l'un des leviers de la réussite du RPDA. Cependant, même une organisation très efficiente ne peut pas forcément pallier aux problèmes démographiques.

---

<sup>20</sup> BATTUT (A.), *Les sorties précoces postnatales à domicile : un partenariat hospitalo-libéral*. Mémoire. Ecole des cadres de sages-femmes. Dijon. 2006-2007. 123p.

### **3. Prendre en compte les problèmes démographiques et l'organisation des professionnels de santé pour qu'ils ne soient pas un frein au développement du RPDA**

Le RPDA repose essentiellement sur le maillage territorial des sages-femmes libérales, des médecins pédiatres libéraux et des médecins généralistes. La démographie des sages-femmes est complexe à étudier de façon objective car il est difficile de croiser la démographie libérale et la démographie salariée. Toutefois, l'inégalité régionale est clairement établie et on peut affirmer qu'il existe une contrainte démographique liée à une inégalité géographique de la répartition des sages-femmes, en particulier en libéral<sup>21</sup>. Cette contrainte est totalement identique pour les médecins généralistes et pour les pédiatres libéraux<sup>22</sup>. La répartition sur le territoire des femmes en âge de procréer<sup>23</sup>, et les différentes habitudes de prise en charge médicale de la naissance, que ce soit en termes de durée moyenne de séjour en hospitalisation ou en nombre de césariennes, sont aussi à considérer. Ces études mettent en évidence un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins relatifs au RPDA. Mais, comment anticiper les besoins à venir dans un contexte de regroupement des populations dans les zones urbaines et de l'évolution en besoins de sages-femmes hospitalières ? Comment proposer un dispositif qui s'appuie sur les médecins libéraux dans un contexte de risque de désertification médicale<sup>24</sup> en sachant que seuls 10% des médecins s'installent en libéral ?

Du point de vue des logiques professionnelles et dans la conception française médicalisée de la grossesse, on note que le risque domine la prise en charge médicale et ce, d'autant plus aujourd'hui dans un fort contexte médico-légal. Certaines sages-femmes, qui ont construit leur métier sur la notion d'accompagnement, de respect de la physiologie, ont des difficultés à se reconnaître dans cette définition. Elles revendiquent une autonomie professionnelle et un rôle à jouer prépondérant dans le suivi des grossesses normales. Ainsi, certaines valorisent une plus grande implication des familles et une médicalisation maîtrisée, voire amoindrie de la naissance (position, lieux de naissance...). La prise en

---

<sup>21</sup> Voir Annexe 16 : Densité et effectif de sages-femmes en France

<sup>22</sup> Voir Annexe 17 : Densité des médecins généralistes et des pédiatres libéraux pour 100 00 habitants

<sup>23</sup> Voir Annexe 18 : Répartition des femmes de 20 à 39 ans sur le territoire

<sup>24</sup> Pour l'exemple, voir, en Annexe 19, l'extrait du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006 – 2010 – Volet « Périnatalité » de l'ARH de Bretagne

compte des différents lieux et modes d'exercice (hospitalier public, privé ou en libéral, PMI ou fonctions d'encadrement) modifient aussi les rapports sociaux de façon notoire.

Pour des raisons qui ne sont pas forcément des réponses à leurs revendications, la loi Hôpital Patients Santé Territoire offre désormais aux sages-femmes une véritable ouverture professionnelle, leur permettant pour la première fois d'intervenir en dehors du cadre de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites.

Les motivations des sages-femmes à s'installer en libéral et en moindre nombre en PMI sont à interroger. Ces professionnelles veulent conserver leur activité mais sans les contraintes des gardes, avec un intérêt marqué pour les horaires de jour, en semaine et dans le respect de la vie familiale. Toutefois, leur insécurité professionnelle est différente entre une activité de suivi de couches à domicile et celle de la préparation à l'accouchement ou de la rééducation en cabinet.

Il faut aussi veiller à ne pas gommer le sujet polémique des doulas<sup>25</sup> qui, s'il est méconnu, n'en existe pas moins et répond certainement à une carence de réponse d'accompagnement des futurs parents. En réponse, faut-il augmenter le numerus clausus des sages-femmes ?

## **B. Mais favoriser une conception partagée de la maternité.**

### **1. Le « retour du balancier » entre grossesse hyper médicalisée et grossesse plus « naturelle »**

Durant des millénaires, les femmes accouchaient à domicile, entourées de personnes plus ou moins expertes mais exclusivement féminines. Au XIXe siècle, le développement de l'obstétrique, de l'hygiène et de l'anesthésie change les conditions d'accueil dans les hôpitaux pourtant ils restent un endroit effrayant pour la plupart des gens et les accouchements restent plus dangereux à l'hôpital qu'à domicile. En 1856, des statistiques établissent que la mortalité en couches à la maternité de Port-Royal à Paris est 19 fois plus forte qu'en ville (5,9% contre 0,3%). Le XXe siècle conduit définitivement l'hôpital à être le lieu majoritairement privilégié par les femmes pour mettre leurs enfants au monde, induisant au fil des années une médicalisation totale de ce moment. Le courant hygiéniste

---

<sup>25</sup> Les doulas sont des accompagnantes du couple dès la grossesse, pendant l'accouchement et après la naissance. Elles ne sont ni sages-femmes ni médecins et l'accompagnement qu'elles assurent est non médical. Cette profession est non réglementée en France.

apparu dans les années 1930-1940 influence largement l'hyper médicalisation de la naissance en introduisant une norme concernant les besoins vitaux de l'enfant. Les soins aux nouvelles générations deviennent une priorité nationale pour relancer la natalité. Il devient impératif de réduire la mortalité infantile (en 1920, un enfant sur deux admis à l'hôpital n'en sort pas vivant). Alors que l'hospice traditionnel était voué à l'assistance des femmes les plus démunies, l'hôpital se transforme en un établissement moderne doté de spécialistes de la naissance qui devient un acte standardisé calqué sur le modèle de la croissance économique post seconde guerre mondiale. Une puériculture scientifique apparaît et l'aspect affectif et émotionnel de la naissance est mis de côté. La tendance des trente glorieuses est au volontarisme et au désir de se détacher du déterminisme naturel et social apportant aux accouchées des progrès médicaux indiscutables en termes de contrôle de la douleur et des infections puerpérales. L'accouchement se déshumanise et s'aseptise. A l'aube des années 1980, une nouvelle écologie de la naissance émerge et prône un retour au « naturalisme » et remet en cause les dogmes médicaux. L'hôpital est alors rejeté par certaines femmes qui vivent la technique hospitalière comme une « dépossession de leurs corps et donc de leur maternité ». Il se crée de nouveaux lieux de naissance et de nouvelles techniques (accouchement dans l'eau, sophro-relaxation...) en rupture avec l'hôpital traditionnel. Le retour à l'allaitement est une conséquence de ce mouvement (un label « hôpital ami des bébés » est créé par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNICEF pour les hôpitaux préconisant l'allaitement).

## **2. Inscrire le RPDA dans un véritable projet de naissance**

Aujourd'hui, de plus en plus de femmes souhaitent se réapproprier la naissance de leurs enfants. Ce nouveau besoin a entraîné une ré-humanisation progressive des soins autour de la naissance et des premiers jours de vie. Le retour précoce à domicile après accouchement (RPDA) devient une composante à part entière de ce désir de vivre autrement la maternité et de concevoir la grossesse comme un phénomène naturel et non pathologique en y incluant les aspects psycho-émotionnels de cette période si particulière. Notre société change et les usagers, engagés par les dispositions législatives (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et de la qualité du système de santé) revendiquent que leurs souhaits en terme de prise en charge soient respectés. Le RPDA s'inscrit totalement dans le projet de naissance que les mères ou les couples peuvent formaliser par écrit afin de favoriser la négociation et la communication avec les équipes soignantes de la maternité

qu'ils ont choisis. Ainsi, ils inscrivent la naissance de leur enfant au sein de leur vie conjugale et familiale. Ce concept demeure très récent en France mais se développe progressivement. Les couples qui intègrent le RPDA dans le projet de naissance en permettent plus facilement la réalisation car l'anticipation du dispositif est une condition majeure de sa réussite.

### **3. Veiller à répondre une réelle demande des familles**

Le retour précoce n'est vraiment sûr que s'il a été librement choisi ou consenti par les parents. Aussi, doit-il impérativement répondre à une demande des mères sous peine d'être mal vécu et potentiellement néfaste s'il est contraint. En effet, nous connaissons aujourd'hui l'importance des premiers jours de vie et leur influence concernant l'établissement du lien mère-enfant. En cas de RPDA consenti de façon éclairée, ce lien d'attachement précoce en sera facilité car le retour de la mère dans un environnement connu et familial aidera à son instauration. Il permet alors une optimisation du rapprochement de la mère et de son bébé, une récupération plus rapide de la mère et une arrivée plus sereine de l'enfant dans son environnement familial. En revanche, un retour précoce forcé risque de susciter un état anxieux chez les parents qui sera éventuellement délétère pour le nouveau-né.

---

## Conclusion

---

A l'issue des lectures, des rencontres et de leur analyse, nous avons effectivement constaté un écart entre les préconisations rigoureuses des autorités sanitaires et leur déclinaison sur le terrain. En effet, les établissements se sont appropriés les recommandations tout en intégrant leurs contraintes au dispositif.

Il nous semble que certaines conditions soient incontournables pour mettre en œuvre un RPDA. Donner la parole aux femmes enceintes et à leur entourage, repérer les situations à risques médicaux et psychosociaux, organiser en amont et développer une culture de travail en réseau constituent le socle primordial d'un dispositif réussi.

Les conditions de son succès reposent, pour les familles, sur une information anticipée, une absence de pression pour un choix réellement libre et éclairé, et un accompagnement adapté à l'environnement familial et social. Pour la structure, le RPDA doit représenter une véritable politique de service, où les professionnels sont motivés et s'engagent dans un travail de partenariat, et non dans une politique de gestion des lits. Les motivations qui ont conduit certains établissements à mettre en place un RPDA nous questionnent quant à la possibilité pour les familles d'opter pour cette possibilité dans le cadre d'un véritable libre choix. Imposer des nouvelles règles de fonctionnement pour des contraintes uniquement structurelles remet en cause l'éthique et les déontologies professionnelles. Dans les limites d'un cadre où le RPDA est sécurisé et bénéfique, il faut laisser les initiatives se faire et valoriser l'évolution des mentalités.

Actuellement, il n'y a pas de véritable politique de santé publique autour du RPDA en France. Il se pose la question de la pertinence d'en construire une : une nouvelle politique périnatale l'intégrant permettrait de réellement instaurer une prise en charge différenciée et graduée entre les grossesses à haut risque, pathologiques, suivies en structures hospitalières, et les grossesses normales, physiologiques, dont le suivi pourrait être confié aux seules sages-femmes.

La question centrale est de savoir si, aujourd'hui, il faut structurer la maternité ou accompagner la parentalité. Le RPDA est au carrefour de plusieurs influences. Au niveau politique, il est en cohérence avec la mise en œuvre d'une action de proximité et la prise en compte des territoires de santé. Sur le plan économique, il fait face à la rationalisation des dépenses de l'assurance maladie. Son déploiement prend en compte les évolutions réglementaires des professions et les Schémas Régionaux de l'Organisation des Soins. Enfin, il doit répondre aux attentes des usagers, demandeurs de prises en charge diversifiées.

A l'issue de ce temps d'échanges, notre groupe s'est positionné, de façon consensuelle sur la question de la généralisation du dispositif. Si nous sommes d'accord pour offrir la possibilité du RPDA à toutes les familles, nous sommes opposés au fait de l'imposer si ce n'est pas une démarche personnelle et construite avec elles. Il ne nous semble pas opportun d'encourager les sorties avant J2, pour encadrer les risques de complications, et pour laisser suffisamment de temps à la préparation de l'accompagnement.

Enfin, et dans une vision plus large, nous avons remarqué qu'il n'y a pas d'état des lieux des recommandations de la HAS de 2004. Recenser et analyser les dispositifs existants permettrait de mieux cerner les leviers et les écueils. Par ailleurs, différentes études ont montré que sans préparation et sans soutien à domicile, la satisfaction est diminuée et les risques probablement accrus. Une étude épidémiologique permettrait d'objectiver la réalité de ces risques.

---

## Bibliographie

---

### - Rapports et recommandations

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Service des recommandations professionnelles. Service Evaluation économique. *Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile - Recommandations pour la pratique clinique*. St Denis : ANAES; 2004. 145p.

BERLAND (Y.), *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*. Paris : Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. 2003/10, 58p.

BREART (G.), PUECH (F.), ROZE (J.C.), *Mission périnatalité, Vingt propositions pour une politique périnatale*, Paris : Ministère chargé de la santé 2003, 24p.

Commission Régionale de la Naissance de Bretagne, *Enquête périnatale en Bretagne, constats et prospectives. Rapport d'étape*. Octobre 2009.

Haute Autorité de Santé, *Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Informations lors de l'orientation et de la réorientation*, Décembre 2009 50 p.

Haute Autorité de Santé, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, Recommandations*, Mai 2007, 39p.

Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. *Plan périnatalité 2005-2007 humanité, proximité, sécurité, qualité*. Paris : Ministère chargé de la santé. 2004. 42p.

Organisation mondiale de la Santé (O. M. S.). *Rapport sur la santé dans le monde : 2005 : donner sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). 2005.261p.

SICART (D.), *Les professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2009*. Série Statistiques. DREES. Avril 2009, n°131, 77p.  
(consultable sur le site <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/seriestat131.htm>)

### - Article

COLLET (M.). *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement*. Etudes et Résultats. Septembre 2008.N°660. 6p.

DELABRE (M.), DESCAMPS (I.). *Le retour précoce à domicile après accouchement. Soins Cadres de Santé*. 2009/02;(69): p.37-38.

Groupe d'Etudes en Néonatalogie de l'Île de France. *Approbation du compte-rendu du 05/06/2007. Le suivi des nouveau-nés après la sortie de la maternité.* G. E. N. – I. F. 2007, n°6.

LEVY (G.), BENBASSA (A.), CHASSARD (D.), MERCIER (F.), COHEN (H.), FILLETTE (D.), PUECH (F.), FAVRIN (S.). *Mortalité maternelle en France 2001-2006. Considérations cliniques et recommandations.* Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2010/01/19;(2-3):19-24.

McLANNES (L.), *Giving birth in Sweden, The scandinavian insider*, february 2008 (consultable sur le site <http://sosmag.se/index.php/living-here/comments/giving-birth-in-sweden/>)

MOREL (M. F.), *Histoire de la naissance en France (XVIIIème – XXe siècle), Actualité et dossier en santé publique.* Décembre 2007- Mars 2008 ; n° 61/62, p. 22-28.

NGUYEN (F.), *Le projet de naissance*, Actualité et dossier en santé publique, Décembre 2007- Mars 2008 ; n° 61/62, p. 38-39.

RAGNAR (I), TYDAN (T.), OLSSON (S.), *A survey of maternity care in Sweden*, British Journal of Midwifery, April 2003, 11 (4); p. 238 – 242.

#### - **Mémoire**

BATTUT (A.), *Les sorties précoces postnatales à domicile : un partenariat hospitalo-libéral.* Mémoire. Ecole des cadres de sages-femmes. Dijon. 2006-2007. 123p.

BLAIS (M.). *Mise en place du retour précoce à domicile après accouchement au CHD de La Roche sur Yon.* Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. Université de Nantes. Nantes. 2007.

DE LA BOURDONNAYE (A.), *La sortie précoce : un nouvel enjeu en périnatalité.* Mémoire. Ecole des cadres de sages-femmes. Dijon. 2001-2002.65p.

#### - **Textes législatifs et réglementaires**

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires publiée au journal officiel n° 0167 du 22 juillet 2009

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (Article 84)

Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

Agence Régionale de l'Hospitalisation Bretagne. (A.R.H.). *Schéma régional d'organisation sanitaire - 2006 - 2010.* Rennes.

Arrêté n° 2009/119 portant révision du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010.

Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

- **Sites web**

Atlas de la démographie médicale en France :

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medecale-2009-de-serieuses-menaces-sur-l-acces-aux-soins-898> [Visité le 19/05/2010]

Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) :

<http://www.irdes.fr/EspaceAccueil/AnciensGraphiquesDuMois/TousLesGraphiques.html>  
[Visité le 19/05/2010]

Point d'information de la CNAM du 13 avril 2010, Maternité, *La CPAM accompagne les mères de la grossesse à la naissance.*

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/DP\\_maternite\\_PIM.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_maternite_PIM.pdf)  
[Visité le 19/05/2010]

- **Ouvrages :**

BADINTER (E), *Le conflit*, Paris, Flammarion, 2010, 256 pages.

HASSANI (A.), LETORET (A.), MORELLEC (J.), *Protection maternelle et infantile. De la promotion de la santé à la protection de l'enfance.* Berger-Levrault. Coll. Les Indispensables. Paris. Novembre 2009. 502p.

---

## Liste des annexes

---

- **Annexe 1** : Planning des entretiens réalisés par le groupe
- **Annexe 2** : Questionnaire servant de base aux entretiens menés auprès des réseaux périnataux et des professionnels de santé
- **Annexe 3** : Questionnaire pour les entretiens auprès des familles ayant bénéficié du RPDA
- **Annexe 4** : Questionnaire soumis à la CPAM de Rennes
- **Annexe 5** : Répartition des maternités publiques en Bretagne
- **Annexe 6** : Les réseaux de périnatalité en Bretagne
- **Annexe 7** : Grille d'évaluation pour une admission en HAD obstétrique en post-partum utilisée au CH de Gérardmer
- **Annexe 8** : Logigramme d'orientation en post-partum au CH de Lorient
- **Annexe 9** : Protocole d'accord sur l'organisation de sorties anticipées de la maternité du CHBS
- **Annexe 10** : Fiche de liaison pour une surveillance post-partum du CH de Gérardmer
- **Annexe 11** : Projet thérapeutique post-partum du CH de Gérardmer
- **Annexe 12** : Evaluation du niveau de satisfaction des bénéficiaires du RPDA au CH de Lorient
- **Annexe 13** : Plaquette d'information de la CPAM sur l'expérimentation de l'accompagnement à domicile par une sage-femme
- **Annexe 14** : Dernière version des GHM concernant les forfaits maternité
- **Annexe 15** : Répartition par territoire des sites de périnatalité – Bretagne / Cible 2010
- **Annexe 16** : Densité et effectif des sages-femmes
- **Annexe 17** : Densité des médecins généralistes et des pédiatres libéraux pour 100 000 habitants
- **Annexe 18** : Répartition des femmes de 20 à 39 ans sur le territoire
- **Annexe 19** : Extrait du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de la Bretagne 2006-2010

<b>Annexe 1 : planning des entretiens réalisés par le groupe</b>			
	<b>DATE DU RENDEZ-VOUS</b>	<b>LIEU</b>	<b>PERSONNES QUI Y VONT</b>
<b>mercredi 5 mai 2010 - matin</b>	11H30 – 12H15 Cadre Sage-femme maternité de LORIENT	Rendez-vous téléphonique	Tout le groupe Référent téléphone : Romain
<b>Vendredi 7 mai - matin</b>	9H30 - 12H Réseau Périnatal 22 SAINT BRIEUC Rencontre avec la présidente du réseau et la coordinatrice administrative du réseau périnatal des Côtes d'Armor	Sur place à Saint Briec	Barbara Manon Mélissa Sophie
<b>Vendredi 7 mai - après-midi</b>	17h30 – 19H Ecole de sage femme de REIMS Rencontre avec la Directrice et avec des sages-femmes libérales	Sur place à Reims	Marc
<b>Lundi 10 mai - matin</b>	9H – 12H Réseau périnatal 22 VANNES Sage femme référent du réseau périnatale du Morbihan	Sur place à Vannes	Christiane
<b>Lundi 10 mai - après midi</b>	14h30 - 15h30 Cadre Sage-femme CH Calais	Rendez-vous téléphonique	Tout le groupe Référent téléphone :Marc
<b>Mardi 11 mai - matin</b>	10H30 - 12H Centre hospitalier de SAINT-BRIEUC Gynécologue et cadre sage-femme ayant participé à la mise en place du RPDA à Saint-Brieuc	Sur place à Saint-Brieuc	Barbara Laurianne Marc Murielle
<b>Mardi 11 mai - matin</b>	10H30 – 12H30 CPAM 35 - RENNES	Sur place à Rennes	Manon Mélissa

<b>Mardi 11 mai - matin</b>	11h30 – 13H Gynécologues et puéricultrices à la PMI de SAINT-BRIEUC	Sur place à Saint-Brieuc	Sophie Romain
<b>Mardi 11 mai - matin</b>	8H45 – 11H Centre hospitalier départemental de la ROCHE SUR YON Rencontre avec deux gynéco- obstétriciens	Sur place à la Roche-sur-Yon	Christiane
<b>Mardi 11 mai - après midi</b>	14H – 15H30 Rencontre avec deux familles ayant bénéficié du RPDA YFFINIAC et PLEDTRAN	Sur place à Yffiniac  Sur place à Plédran	Barbara Marc  Manon Mélissa
<b>Mardi 11 mai - après-midi</b>	17H - 18H30 Rencontre avec notre animatrice du groupe de MIP à la PMI de SAINT- BRIEUC	Sur place à Saint-Brieuc	Barbara Murielle Laurianne Manon Marc Mélissa Romain Sophie
<b>Mercredi 12 mai - matin</b>	9H30 - 11H30 Médecin inspecteur de santé publique à l'ARS de Bretagne	A l'EHESP	Tout le groupe
<b>Lundi 17 mai matin</b>	10h – 11H30 GERARDMER Rencontre avec un attaché d'administration hospitalière et un médecin coordonnateur de l'HAD obstétrique	Sur place à Gérardmer	Sophie
<b>Lundi 17 mai après midi</b>	13H - 14h30 – SAINT DIE Rencontre avec une cadre de santé, référente du RPDA	Sur place à Saint-Dié	Sophie

Point de départ : Votre structure est-elle dotée d'un dispositif de RPDA ?

⇒ *Question attendue : oui + suppléments*

### **CONTEXTE de mise en œuvre du RPDA**

*Objectifs*

- **Pourquoi** avez-vous mise en place un RPDA ?

Quelles étaient vos motivations ?

Ont-elles évolué depuis la création ? (date)

*Pistes à proposer en cas de réponse incomplète :*

- Motifs financiers ou diminution de la DMS ?
- Fermeture de sites, nécessité d'une restructuration ?
- Démographie des professionnels de santé, manque de personnel ?
- File d'attente trop importante ?
- Innovation ? autre mode de prise en charge demandé par la famille ?
- Demande des parturientes ?
- Demande sociale ? favoriser la parentalité ?
- Resituer la naissance dans son aspect physiologique ?

### **CREATION DU DISPOSITIF :**

Comment avez-vous élaboré ce dispositif ?

*Question ouverte*

- **Qui** est à l'**origine** de la création du RPDA [promoteur] ?
- Quel rôle pour les **tutelles** (ARS/ARH, CG, DDASS, DRASS, CPAM, CAF) ?
- Avez-vous mené une **expérimentation** au préalable?
  - Quel site pilote ?
  - Quelle montée en charge ?
- Quelle **étude de besoin** ? quel diagnostic a servi de base au projet ? comment la demande a-t-elle été détectée ?
- Comment **structure-t-on** un projet de RPDA ?

⇒ Avez-vous constitué un comité de pilotage ? si oui, quelle est sa composition ? interdisciplinarité ? partenariat ?

⇒ Comment passe-t-on d'une culture interprofessionnelle « en tuyaux », très hiérarchisée à une culture de travail transversale, en réseau ?

⇒ Quelles sont les erreurs à ne pas faire et les démarches indispensables ?

⇒ Quels ont été les éléments moteurs ?

- Quel **calendrier** a été adopté dans la création et montée en charge du dispositif ?
- Ce projet était-il intégré au projet de pôle s'il existe ?
- Quelle **structure juridique** pour le RPDA ?
  - Articulation RDPA / HAD ou autre structuration ?
- Avez-vous appuyé votre projet sur les **recommandations de la HAS** ?
  - Quelles adaptations ? (+ / - d'exigences)

- Est-ce que la présence de maternité d'un certain niveau à une certaine distance favorise le RPDA ? Inversement, l'absence de maternité de niveau x à moins de y kms est-il un obstacle ? quelle articulation de la RPDA avec les décrets de 1998 ?

## **MODALITES du fonctionnement actuel**

Concrètement comment se déploie le dispositif ?

- **Organisation** du RPDA
  - Comment cela se passe concrètement ?
  - Comment le réseau s'organise autour de la mère et de l'enfant ?
  - Comment le RPDA s'articule-t-il avec les partenaires ?
    - Comment le réseau périnatalité a-t-il intégré cette offre de soins supplémentaire ?
- **Critères motivant la sortie** sur les critères d'éligibilité des familles au RPDA (médicaux, sociaux, psychos, organisationnels, familiaux) → *essayer de récupérer de la documentation*
  - Quels sont les critères dans votre structure ?
    - Qui vérifie que ces critères sont bien remplis ?
    - A quel moment l'équipe se réunit pour décider si la famille peut intégrer le RPDA ?
    - Quelle équipe ? Y a-t-il vraiment un staff pluridisciplinaire ? Y a-t-il une RCP ?
    - Qui prend la décision finale d'acceptation ou de refus de RPDA ?
    - Quand il n'y a pas de réserves médicales, comment intègre-t-on les critères sociaux, familiaux ? quelle place pour la PMI, les acteurs sociaux ?
    - Y a-t-il eu une réflexion éthique sur les critères ? Ces critères vous semblent-ils acceptables d'un point de vue éthique ? sont-ils trop restrictifs ?
    - Ces critères vous semblent-ils réalistes à mettre en œuvre ?
    - A-t-on vraiment les moyens de les vérifier ?
    - Sont-ils adaptables en fonction de chaque situation ou d'application stricte ?
    - Ou est-ce que les professionnels appliquent strictement ces critères compte-tenu des impacts médico-légaux ?
    - A votre avis, faut-il en proposer d'autres et si oui, lesquels ?
  - Qui concrètement s'engage dans la RPDA : populations favorisées ? avec un niveau d'étude important ?
- **Déroulement pour la famille / Parcours de soins pour la famille**
  - Quand le dispositif est-il évoqué pour la première fois ? par qui ?
  - Comment est-intégré l'EIPP ?
  - Comment est respecté le choix de la patiente ?
  - Question de la continuité du consentement ? comment est pris en compte le revirement éventuel de la patiente ?
  - Comment se déroule le suivi avant et après la naissance ? quels temps forts ? quels intervenants ?
  - Existents-ils des protocoles ? des contrats ? un modèle de projet de naissance ?
- **les moyens**
- Quels dispositions en matière de transports des patientes si retour à l'hôpital ?

- Quel cahier des charges ?
- Etant donné les **inégalités territoriales** particulièrement forte en France en termes d'offre de soins, n'est-ce pas irréaliste d'envisager une généralisation du RPDA à tout le territoire y compris aux zones rurales et de désertification médicale ? (pour Dr JOSEPH, Réseaux et PMI)

## LES PROFESSIONNELS DE SANTE

- **Quels acteurs** participent au RPDA ?

Professionnels	ETP
>Gynécologues/obstétriciens >Pédiatres libéraux, hospitaliers en particulier néonatalogues, de PMI. >Sages-femmes (libérales, territoriales = PMI, exerçant en établissements publics ou privés) >Puéricultrices >Psychologues >Médecins anesthésistes > Anesthésistes réanimateurs, SMUR, SAMU, urgentistes. >Médecins généralistes. >Diététiciennes. >Médecins de rééducation fonctionnelle. >Radiologues et échographistes. >Biologistes, généticiens et foeto-pathologistes. >assistantes sociales, kinésithérapeutes. > Psychologues, psychiatres, pédopsychiatres. > Consultants en addictologie.	
Les structures : >Etablissements de santé publics et privés dont CPP, hôpital local, CAMSP, HAD. >Services médico-sociaux départementaux : PMI, ASE, services sociaux polyvalents départementaux, centres de planification familiale, SAMU social, > Etablissements sociaux : centres maternels, CHRS	
Les acteurs sociaux : >Services d'aide au domicile en particulier technicienne en intervention sociale et familiale. > Services sociaux et travailleurs sociaux. >Aides ménagères	

- Comment les **professionnels de santé se coordonnent-ils** ?
- Y a-t-il un professionnel coordonnateur ? Comment est-il choisi ? (*recueillir fiche de poste*)
- Sont-ils suffisamment associés tôt au projet de RPDA, concertées et informées en amont ?
- 
- Quelles modalités **de transmission de l'info** entre les professionnels de santé ?
  - Quelle **implication** pour les professionnels de santé ?
    - ⇒ **Résistances** des cultures professionnelles? des pratiques professionnelles ?
- 
- Quelle **formation** spécifique pour les professionnels de santé ?
  - **Lien** des professionnels de santé avec **les réseaux** périnatal ?
  - Plus spécifiquement pour les sages-femmes
    - ⇒ Quelle responsabilité pour les sages femmes libérales dans le RPDA ?
- Paient-elles des assurances très chères ?
- Sont-elles prêtes à travailler en libérale ? pour le RPDA ? quels avantages et quelles contraintes ?
- La démographie et le statut influencent-ils sur la mise en place du RPDA ?
- ⇒ La sage femme assurant le suivi avant et après la naissance doit-elle être la même ?
  - ⇒ La patiente peut-elle être suivie en établissement avant la naissance et à domicile après ?
- 
- Quelle place pour les usagers ?
  - Pour les associations familiales ?

## FINANCEMENT

- Comment sont construites les enveloppes pour financer le RPDA
  - Etant donné l'échec d'un financement propre, peut-on cependant envisager un financement spécifiquement dédié au RPDA dans l'enveloppe AM avec des recettes précises? (*CPAM*)
  - Quel est le bilan dépenses–recettes d'une RPDA ? Est-ce rentable ? (*CPAM*)
- [cf poser des questions sur le kit naissances]
- Le RPDA est-il plus coûteux pour les familles que la prise en charge ordinaire ?
  - Effets de seuil ? transferts des charges financières sur les classes moyennes ?
  - Comment les aides ménagères, les TISF sont-elles prises en charge ? sur quelle quotité de temps ?
  - Y-t-il eu un durcissement des conditions d'éligibilité à ces aides ?
  - Le RPDA a-t-il un retentissement financier sur la structure qui le supporte ?

**EVALUATION** = Avez-vous évalué votre dispositif ? (question ouverte)

**Si oui :**

- En quoi a consisté l'évaluation ?

Quel est son contenu ? Avez-vous des données chiffrées/qualitatives sur :

- Le nombre de patientes ayant bénéficié du RPDA / activité totale d'accouchement ?
- Le nombre de patientes ayant refusé le RPDA ? étude de la répartition territoriale ?
- Le nombre de patientes ayant changé d'avis ? une idée des motifs ?
- Le taux de satisfaction ?
  - Des usagers du RPDA ?
  - Des professionnels ayant participé au RPDA ?
  - Quel pourcentage de retour des questionnaires de satisfaction ?
  
- Avez-vous identifié des obstacles, des freins ?
  - Lesquels ?
  - Quelles solutions avez-vous identifiées ?
  - Avez-vous corrigé le dispositif en cours de route ?
- Avez-vous identifié des points forts ?

**Si non :**

- Envisagez-vous une évaluation ? Pourquoi ?
  - Si oui, quand ?
  - Avez-vous un retour tout de même ? si oui, de quelle manière ?
  - Avez-vous un moyen de recueillir la satisfaction ou le mécontentement des patientes ?

\* \* \*

- Avez-vous mis en place un **plan de communication** autour du RPDA ? si oui lequel ?
  
- Quels **retentissements de cette mise en place** du RPDA sur l'évolution des pratiques professionnelles ?
  
- Quels **conseils** donneriez-vous à une région, un établissement, des sages-femmes qui souhaiteraient mettre en place un système de RPDA ?
  
- Voyez vous d'autres choses à nous préciser ?

<b>Annexe 3 :</b> <b>Questionnaire pour les entretiens auprès des familles ayant bénéficié du RPDA</b>
---

- À préciser : 1<sup>er</sup> enfant ou pas. (uniquement à partir du 2<sup>ème</sup> enfant ?)

### **I Informations sur le dispositif**

- Pourquoi avez-vous choisi ce mode de prise en charge ?
- Comment avez-vous été informé de la possibilité d'un RPDA ? Par quels professionnels ? où ? par qui ?
- Connaissiez-vous le dispositif auparavant ?
- À quel moment de votre grossesse, le RPDA vous a-t-il été proposé ? (ex. : déclaration de grossesse, entretien du 4<sup>e</sup> mois...) ?
- Aviez-vous des inquiétudes ? des angoisses ? des attentes particulières ?
- Avez-vous reçu une information :
  - Complète ?
  - Écrite ?
  - Compréhensible ?
  - Vous a-t-elle satisfaite ?
- Quelles informations vous ont été demandées ?
- Votre famille a-t-elle été associée au projet ? Si oui, comment l'a elle vécu ? y a-t-il eu des encouragements, des résistances ?
- Vous êtes vous réellement senti libre dans votre choix ?
- Avez-vous signé un support formalisant votre consentement ?
- Quels ont été les engagements mutuels pris entre l'établissement et votre famille ?
- Avant votre accouchement, avez-vous rencontré les professionnels qui allaient vous prendre en charge ?
- Y a-t-il eu une visite à votre domicile avant votre accouchement ?

### **II La mise en œuvre du RPDA**

- Comment le projet a-t-il été mis en œuvre concrètement après l'accouchement ?
- Quelles étaient vos motivations pour accepter le RPDA ?
- Rétrospectivement, les raisons qui vous ont poussé à accepter ce projet ont-elles évolué au cours de la grossesse ?
- Comment s'est déroulée votre prise en charge ?
- À votre sortie de l'hôpital, avez-vous eu des contacts réguliers avec un professionnel ?
- Avez-vous reçu des documents attestant des soins reçus à l'hôpital ?
- Avez-vous été pris en charge par l'HAD ou une sage-femme libérale ?
- Avez-vous eu recours à une aide ménagère ?
- Est-ce que ce dispositif a facilité l'organisation familiale ?
- Y a-t-il eu une visite post-séjour et l'examen du bébé au huitième jour ?
- Avez-vous bénéficié d'une information sur les soins et l'allaitement avant de sortir de l'hôpital ? Et après ?
- Vous sentiez-vous sécurisée et sereine en sortant de l'hôpital ?
- Avez-vous eu la sensation d'avoir bénéficié d'un suivi personnalisé ?
- Ce projet a-t-il eu un coût financier ? Si oui, en aviez-vous conscience ?
- Diriez-vous que ce dispositif a facilité ou compliqué l'établissement de votre relation avec l'enfant ? la relation parents-enfant ? La relation entre le nouveau-né et ses frères et sœurs ?

### **III Conclusion de l'entretien**

- Quelle est votre appréciation globale sur le dispositif ? (Evaluation de 1 à 10)
- Avez-vous répondu à un questionnaire de satisfaction ?
- Quels points pourraient être améliorés ?
- Est-ce que vous conseilleriez et renouvelleriez ce mode de prise en charge ?
- Avez-vous des documents, que vous avez reçus, à nous fournir ?

**Annexe 4 :**  
**Questionnaire soumis à la CPAM de Rennes**

**I/ L'ASSURANCE MALADIE ET LE RPDA AU NIVEAU NATIONAL**

- 1) Quel est le lien de l'AM avec le RPDA ?
- 2) Depuis quand la CNAM soutient-elle le RPDA ?
- 3) **Pourquoi l'AM** s'est-elle récemment engagée dans une **politique de soutien fort en faveur du RPDA** aujourd'hui ?
- 4) **Le choix de soutenir le RPDA** pour une caisse de SS est-il un **choix très local** ou y a-t-il une demande au niveau de la CNAM ?  
Y a-t-il une forte impulsion en faveur de la RPDA au niveau national ?  
Si oui quels sont les leviers d'encouragement au niveau national ?
- 5) Le RPDA fonctionne très bien en Bretagne, des CPAM d'autres régions se heurtent-elles à des obstacles particuliers empêchant la mise en place dans leur département du RPDA ? lesquels et pourquoi ?
- 6) Nous avons entendu parler **du kit naissance** : pouvez-vous expliquer en quoi cela consiste + quel est son utilité ?
- 7) **Quel suivi** de la femme enceinte engagée dans un processus de RPDA est pris en charge par l'AM ?
  - A) Combien de visites après la naissance ?
  - B) Trouvez-vous satisfaisant l'absence de visite après le 12<sup>e</sup> jour ?
  - C) Envisagez-vous un jour de financer une visite au 15<sup>e</sup> jour, qui sembler manquer d'après les pédiatres ?
  - D) Un suivi poursuivi au-delà du premier mois succédant à l'accouchement ne vous semble-t-il pas nécessaire pour prévenir les difficultés psychologiques ou sociales ?
  - E) Est-ce que la fréquence et la durée du suivi du RPDA vous paraît-elle vraiment adaptée pour prendre en charge des situations de précarité ?
- 8) Quelle est la **structure juridique** qui vous paraît la plus optimale pour le RPDA : SFL / SF salariées d'un hôpital / HAD ?
  - En termes de coût, quelle est la solution la plus coûteuse pour l'AM ?
  - La modalité retenue dépend-t-elle du contexte local ?
  - Les CPAM ont-elles la possibilité d'imposer une structure juridique plutôt qu'une autre si elle est viable, et moins coûteuse socialement ?
- 9) Dans le cas où la pol de la RPDA serait impulsée par la CNAM, les caisses locales ont-elles des marges de manœuvre sur l'organisation (le nombre et la qualité des professionnels à recruter)

### II/L'ASSURANCE MALADIE ET LE RPDA AU NIVEAU LOCAL

10) En tant que caisse locale d'AM, **quels sont vos liens avec le RPDA** mis en œuvre en Ile et Vilaine et plus généralement en Bretagne?

Existe-t-il des liens formalisés par des conventions par exemple ?

11) Quelle est **votre action** en matière de RPDA ?

12) Pouvez-vous **influer** sur les orientations actuelles et futures du RPDA ?

13) Par rapport à la création du RPDA en Bretagne / en Ile-et-Vilaine :

- A) Depuis quand la CPAM 35 est-elle associée au RPDA ?
- B) Avez-vous été promoteur du projet ?
- C) Avez-vous été associé au projet ? (participation à un comité de pilotage)
- D) Quelles sont les étapes / quel est le calendrier de votre intervention ?
- E) Avez-vous soutenu des expérimentations ?
- F) Avez-vous participé aux études sur le recensement des besoins et sur le diagnostic de la situation ?
- G) Participez-vous aux évaluations des projets ?

14) Est-ce que l'appui (autre que financier évidemment) d'une CPAM dans un projet de RPDA est important pour que le projet réussisse ?

### III / LES FAMILLES

15) Avez-vous des liens (autres que financiers) **avec les familles** ?

Etes vous parfois amenés à les rencontrer dans le cas d'un RPDA ?

16) Associez-vous **les assurés** (directement engagés dans un RDPA ou non), **les associations d'usagers, familiales** dans les réflexions que peut avoir l'AM sur le RPDA ?

17) Participez-vous aux **commissions nationales (CNN) / régionales (CRN)** de la naissance, dont le but est d'associer les usagers ?

#### **IV / LES PROFESSIONNELS DE SANTE**

18) Quel lien avez-vous avec le **réseau périnatal** ? quelle est votre place au sein du réseau ?

19) Etes-vous en contact avec les professionnels de santé qui composent le réseau périnatal ? si oui par quel moyen de transmission ?

20) comment travaillez-vous avec eux ? les connaissez-vous directement, les rencontrez-vous ?

##### o **Les SFL**

21) A) Comment sont rémunérées les SFL ?

➤ 20B) Comment sont cotés leur intervention ?

➤ 20C) Comment se font-elles régler leurs honoraires ?

➤ 20C) Y a-t-il un secteur conventionné et non conventionné pour les sages-femmes comme pour les médecins ?

➤ 20 D) Beaucoup de SF pratiquent-elles les dépassements d'honoraires ?

22) Beaucoup de SFL se plaignent du fait que dans leur intervention, seuls sont reconnus leurs « **actes techniques** » et pas leur fonction de prise en charge globale, d'**accompagnement** : pensez-vous faire quelque chose pour répondre à ce manque de reconnaissance ?

23) L'AM **incite-t-elle les SF à s'installer en libéral** ? A participer au RPDA ?

⇒ Si oui comment et si non pourquoi ?

24) Pour les mères bénéficiant **de l'AME ou de la CMU**, est-il plus difficile pour la SF de se faire payer dans des délais raisonnables ?

D'après certaines SF, il semblerait que ce soit un problème, quelles solutions leur apportez-vous ?

y-a-il un phénomène d'éviction par les SFL des femmes enceintes bénéficiant de la CMU ou de l'AME comme on peut le voir chez certains médecins libéraux ?

25) Y a-t-il des études permettant de **comparer le coût d'une SF libérale et d'une SF salariée** d'un établissement pour l'AM ?

##### o **Les médecins**

26) Rencontrez-vous une certaine réticence de la part du corps médical lorsque vous soutenez un projet de RPDA ?

Etes vous amenés à essayer de les convaincre d'adhérer à la démarche et si oui comment ?

##### o **Autres professionnels**

27) Prenez-vous en charge l'intervention des TISF ou d'autres intervenants au domicile de la mère ?

28) Le RPDA a-t-il ou peut-il modifier substantiellement les pratiques des professionnels de santé ?

## **V / LES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS**

29) Avez-vous des liens avec les Directeurs d'hôpitaux en matière de RPDA ?

30) Avec les DDASS / DRASS / ARH nouvellement ARS en matière de RPDA ?

31) Travaillez-vous avec les CAF sur le RPDA ?

## **VI / FINANCEMENT**

32) Comment sont construites les enveloppes pour financer le RPDA ?

33) Faut-il selon vous un financement propre pour prendre en charge la politique de la périnatalité et sur quelle base ?

34) Pouvez-vous nous parler des tentatives de mise en place d'un financement propre ?

35) Quel est le bilan dépenses–recettes d'une RPDA ? Est-ce rentable ?

36) Le RPDA génère-t-il un surcoût pour les familles par rapport à la prise en charge ordinaire ?

Effets de seuil ? transferts des charges financières sur les classes moyennes ?

37) Comment les aides ménagères, les TISF sont-elles prises en charge ? sur quelle quotité de temps ?

38) Y-t-il eu un durcissement des conditions d'éligibilité à ces aides ?

39) Le RPDA a-t-il un retentissement financier sur la structure qui le supporte ?

## **VII / BILAN - CONCLUSION**

40) En tant qu'AM, le RPDA est-il **une solution d'avenir pour vous** ?

41) **Communique**-t-on assez d'après vous sur le RPDA ? L'AM pourrait-elle s'engager dans une campagne de communication sur le RPDA ?

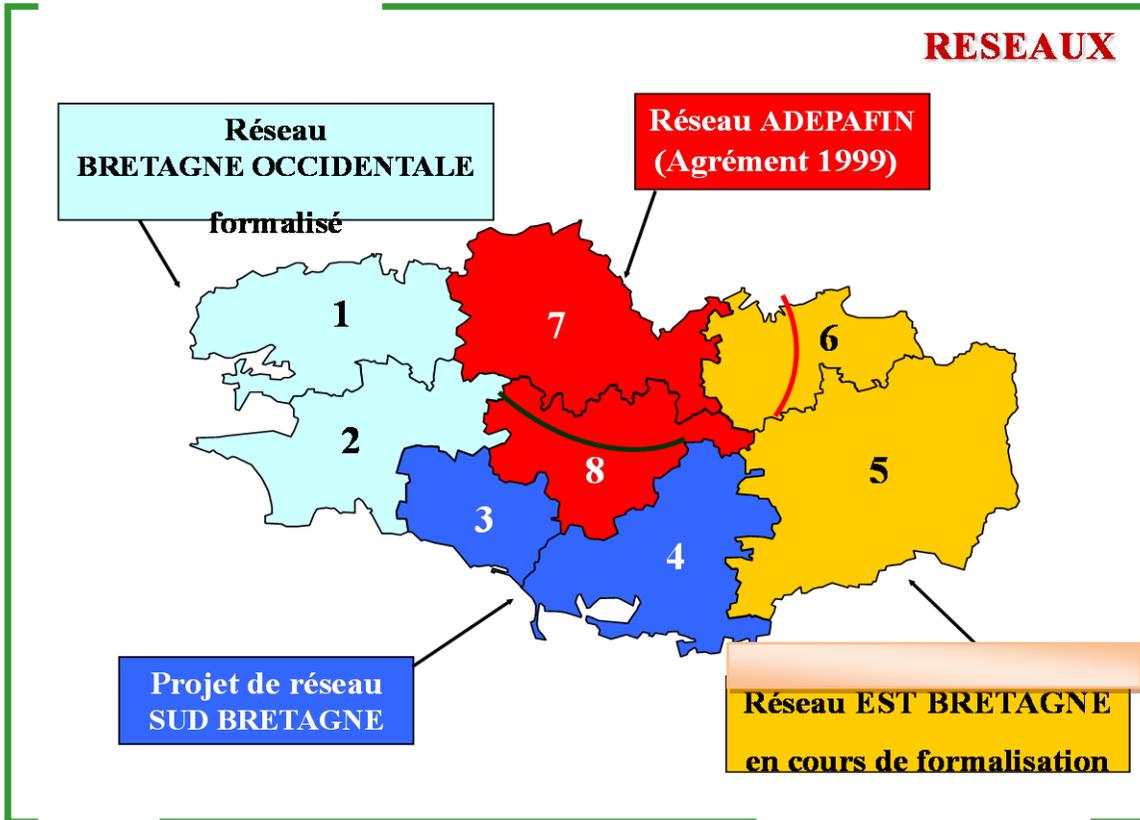
42) Etant donné les **inégalités territoriales** connues en France en termes d'offre de soins, pourrait-on imaginer une généralisation du RPDA à tout le territoire y compris aux zones rurales et de désertification médicale ?

43) **Quels conseils** donneriez-vous à une CPAM dans un autre département qui souhaiterait participer à un projet de mise en place d'un RPDA ?

44) Voyez-vous d'autres choses à nous préciser ?



**Annexe 6 : Les réseaux de périnatalité en Bretagne**



4 réseaux de santé périnataux inter-sectoriels sont formalisés et financés sur la dotation des réseaux :

- le réseau ADEPAFIN des Côtes d'Armor sur les secteurs sanitaires « St Brieuc/ Guingamp/ Lannion » et « Pontivy/ Loudéac »,
- le réseau de Bretagne Occidentale, associant les structures de périnatalité des secteurs sanitaires « Brest/ Morlaix » et «Quimper/ Carhaix »
- le réseau« Bien naître en Ile-et-Vilaine » regroupant les structures privées et publiques des secteurs sanitaires « Rennes/ Fougères/ Vitré/ Redon » et « St Malo/ Dinan » (à l'exception du C.H de Dinan membre de l'ADEPAFIN)
- le réseau « Périnat 56 » associant les structures des secteurs « Lorient/ Quimperlé » et « Vannes/ Ploërmel/ Malestroit »)

**Annexe 7 : Grille d'évaluation pour admission en HAD obstétrique en post-partum  
utilisée au CH de Gérardmer**

Logo CH de Gérardmer

Service d'Hospitalisation à Domicile

CH de Gérardmer

**GRILLE D'ÉVALUATION POUR ADMISSION EN HAD OBSTETRIQUE EN POST  
PARTUM**

NOM ET PRENOM : .....

SERVICE : .....

DATE D'ÉVALUATION : .....

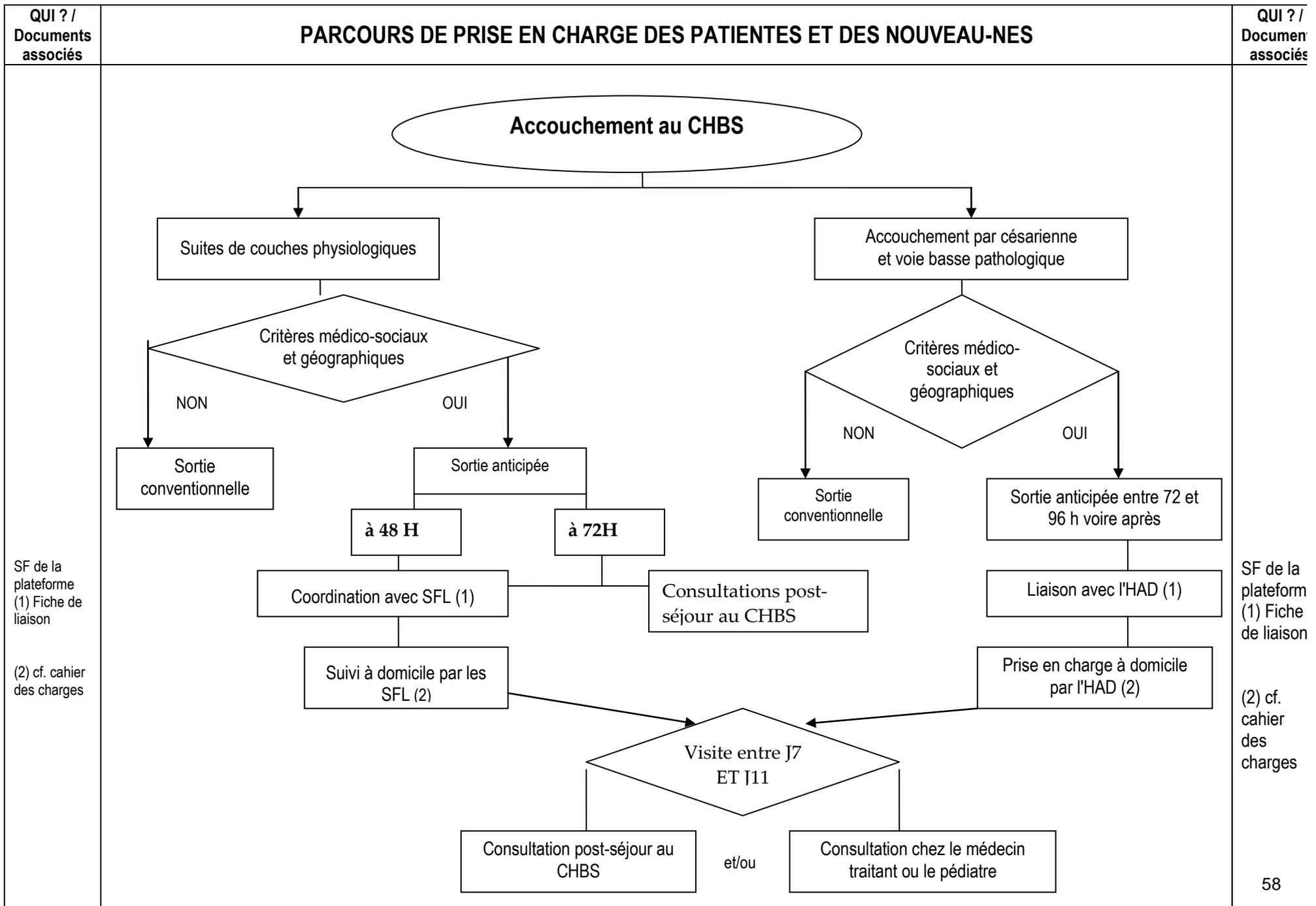
NOM DE L'ÉVALUATRICE : .....

<b>Critères d'admission</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>
Post partum physiologique, en absence de sagefemme libérale pouvant le prendre en charge		
Post partum pathologique : accouchement par césarienne, problème de cicatrisation (paroi, épisiotomie compliquée, thrombose, hématome), pathologies infectieuses, et pathologies à risque de compliquer le post partum, pathologies vasculaires systémiques, risques de dépression maternelle, risque de décompensation d'un problème psychopathologique connu, grossesses pathologiques déjà prises en charge dans l'antepartum par l'HAD, difficultés de mise en place de l'allaitement, difficultés psychologiques et /ou sociales, en lien avec la PMI, grossesses multiples avec nécessité de conseils en puériculture, surveillance d'un ictère néonatal, sortie d'enfant qui n'a pas repris son poids de naissance, ou surveillance d'une courbe pondérale		
Accord de la patiente		
Nécessite au moins une visite par jour à domicile		
Domiciliée sur le territoire concerné par l'HAD		
Absence de barrière linguistique totale		
Patiente non isolée socialement		
Présence d'un téléphone à domicile		
Patiente apte à observer les prescriptions médicales		
Patiente affiliée à la sécurité sociale, ou bénéficiaire de la CMU		

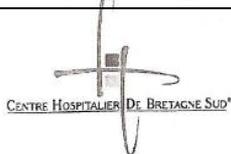
Avis de la sage femme : favorable

non favorable

Signature :



## Annexe 9 : Protocole d'accord sur l'organisation de sorties anticipées de la maternité du CHBS



### PROTOCOLE D'ACCORD SUR L'ORGANISATION DES SORTIES ANTICIPEES DE LA MATERNITE DU CHBS

Suite à la cessation de l'activité obstétricale de la clinique du Ter, après celle du centre hospitalier de Quimperlé, la maternité du Centre Hospitalier de Bretagne Sud (CHBS) prévue, dans les nouveaux locaux du Scorff, pour 2.300 accouchements va devoir travailler à partir d'août 2009 sur une base de 3.200 accouchements annuels, soit la totalité des accouchements du territoire sanitaire n°3. Des aménagements vont permettre de réaliser les accouchements dans des conditions satisfaisantes, mais les 37 lits d'hospitalisation en maternité ne permettront pas d'assurer les durées d'hospitalisations habituelles dans cette discipline.

Un projet d'hospitalisation courte a dû se mettre en place dans des délais brefs. Il s'appuie sur les 2 dispositifs suivants :

- des sorties anticipées de maternité à partir de 48 h et de 72 h après la naissance
- une hospitalisation à domicile pour les suites de césarienne entre 72 et 96 h

Les contraintes liées à la fermeture d'un établissement n'ont pas permis la montée en charge progressive du dispositif et c'est en quelques jours que les partenaires du réseau périnatalité 56 (CHBS, HAD Aven, Professionnels libéraux) vont devoir se fixer comme objectif l'organisation d'au minimum 1.200 hospitalisations courtes, soit 4 à 5 femmes concernées chaque jour par l'un des deux dispositifs.

Les grandes lignes du projet, les rôles des différents partenaires, la cartographie des territoires et des zones d'intervention des sages femmes libérales (SFL) et les outils de liaison ont été définis.

#### L'accord porte sur les points suivants :

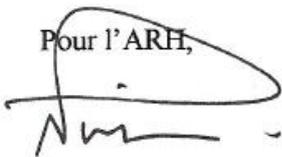
1. Les SFL assureront la prise en charge des femmes et des nouveau-nés à partir du 3<sup>ème</sup> jour au domicile des accouchées pour toute femme répondant aux indications de sorties anticipées dites « physiologiques »
2. La participation des SFL est conditionnée à la signature d'une charte de fonctionnement entre le CHBS, le réseau périnatalité et les SFL définissant les modalités pratiques d'organisation du suivi des femmes et des nouveau-nés.
3. Un temps de coordination sera reconnu pour permettre l'organisation de la continuité des prises en charge 7 jours sur 7, la prise de contact initiale, la transmission des informations entre le CHBS et les SFL, la traçabilité des interventions, conformément au cahier des charges.
4. L'HAD Aven à Etel assurera les **prises en charge en suites de couches pathologiques** entre 72 et 96 h, sur prescription émanant des praticiens du CHBS, et assurera la coordination de la prise en charge comme pour toute activité d'HAD. Elle s'appuiera sur les professionnels libéraux (médecins généralistes, SFL et infirmiers) qui auront signé une convention de partenariat et sur son équipe de professionnels (qui interviendra en tant que de besoin. Le CHBS mettra à disposition le temps de sage-femme nécessaire pour assurer la continuité des soins.

.../...

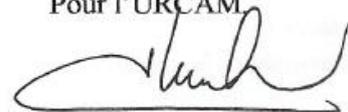
5. Le développement de l'HAD et son fonctionnement se feront exclusivement sur la base des recettes prévisionnelles tirées de son activité
6. La mise en place du dispositif de **sorties anticipées physiologiques** s'appuiera sur :
  - une fonction de coordination hôpital-ville qui sera prise en charge et assurée par le CHBS au sein du réseau de périnatalité Périnat 56.
  - la mise en place d'un forfait de « santé publique » versé aux SFL et destiné à indemniser la continuité de la prise en charge d'une population sur un territoire donné, la traçabilité des suivis réalisés au moyen d'un retour de fiches de liaison pour chaque patiente ainsi que la participation des professionnelles à l'évaluation du dispositif.
7. La mise en place de ce forfait est une mesure exceptionnelle liée au contexte particulier de la restructuration hospitalière sur une zone donnée. Il ne saurait se cumuler avec la mise en œuvre effective des négociations conventionnelles nationales actuellement en cours portant sur la reconnaissance et la valorisation de ces prises en charge liées à des sorties précoces, et en tout état de cause, ne saurait excéder une période de six mois à compter de la date de sa mise en œuvre effective.
8. Le montant global de ce forfait sera de 13 000 euros, calculé sur une mobilisation de deux SFL par WE et jour férié, soit une indemnité par SFL d'environ 215 euros par WE et 125 euros par jour férié. Cette somme sera prise en charge par la Mission régionale de santé, sur le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins.
9. Le réseau périnatalité 56 constituera en son sein une instance de pilotage et d'évaluation du dispositif qui devra fournir un bilan d'étape à 3 mois et un bilan final à 6 mois. Il coordonnera le suivi de l'organisation et du bon fonctionnement du dispositif (traçabilité et gestion des dossiers, signalements des dysfonctionnements et des incidents, organisation de formations et des échanges de pratiques...)  
Il validera les principes de fonctionnement du dispositif et définira les indicateurs d'évaluation avec les représentants de l'ARH et de l'URCAM
10. En fonction des premiers éléments d'évaluation, le réseau devra inscrire le projet dans un objectif d'amélioration des conditions de prise en charge du post-partum. Le développement de l'allaitement maternel, la prévention des troubles de la relation mère enfant, le développement de la parentalité, le dépistage et la prévention des troubles du développement de l'enfant devront en constituer ses objectifs principaux.

Le ..... 25 SEP. 2009

Pour l'ARH,



Pour l'URCAM,



Pour le réseau Périnat56,



D'André

Pour le CHBS,



Pour l'HAD

Le Directeur,  
Médecin coordonnateur

Dr Jean SPALAÏKOVITCH





Centre Hospitalier de Gérardmer  
HOSPITALISATION À DOMICILE

Téléphone : 03.29.41.24.10

Fax : 03.29.42.09.33

Site : www.chgerardmer.fr

FICHE DE LIAISON POUR UNE SURVEILLANCE  
POST PARTUM

ETAT CIVIL

Mère:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Telephone : \_\_\_\_\_

Enfant:

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Obstetricien :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Telephone : \_\_\_\_\_

Pediatre:

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Telephone : \_\_\_\_\_

Medecin traitant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Telephone : \_\_\_\_\_

DEROULEMENT DE LA GROSSESSE

Deroulement de la grossesse :

Gr Rh.: \_\_\_\_\_ Toxo : \_\_\_\_\_ Rub. : \_\_\_\_\_

Hepatite : \_\_\_\_\_ Strepto b. : \_\_\_\_\_ Syphilis: \_\_\_\_\_

HIV : \_\_\_\_\_ HTA: \_\_\_\_\_ Diabete : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Aide à l'expulsion \_\_\_\_\_  Délivrance \_\_\_\_\_

PerijAG \_\_\_\_\_  Episiotomie / suture \_\_\_\_\_

Allaitement \_\_\_\_\_

Autres: \_\_\_\_\_

**RÉSUMÉ DES SUITES DE COUCHES / MÈRE**

<input type="checkbox"/> Utérus _____	<input type="checkbox"/> Périnée _____
<input type="checkbox"/> TA moyenne : _____	<input type="checkbox"/> Jambes _____
<input type="checkbox"/> Traitement : _____	<input type="checkbox"/> Bromokin : _____
<input type="checkbox"/> Allaitement : _____	
Consignes particulières : _____	
_____	
_____	

**RÉSUMÉ DES SUITES DE COUCHES / NOUVEAU NÉ**

Poids de naissance : _____	Poids de sortie : _____	
Apgar : _____	GS : _____	Lait : _____
Traitement : _____	Ictère : _____	Vitamine K : _____
Test de Guthrie effectué le: _____	<input type="checkbox"/> à faire : _____	
Consignes particulières : _____		
_____		

**REMARQUES, CONSIGNES PARTICULIERES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Annexe 11 : Projet thérapeutique post-partum du CH de Gérardmer**



**Centre Hospitalier de Gérardmer  
HOSPITALISATION À DOMICILE**

ETIQUETTE

**☎ : 03.29.41.24.10  
Fax : 03.29.42.09.33**

Annexe 1 : planning des entretiens réalisés par le groupe

A élaborer par le médecin prescripteur de l'HAD en collaboration avec la sage-femme d'HAD

**Motif d'admission** : surveillance post-partum à J \_\_\_\_ ou C \_\_\_\_

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Diagnostics associés : \_\_\_\_\_

Résumé de grossesse/ Particularités : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Résumé d'accouchement : \_\_\_\_\_

Résumé de suites de couches : \_\_\_\_\_

**Prescription médicale** : \_\_\_\_\_ Indice de Karnofsky : \_\_\_\_\_ %

1. Soins spécifiques : \_\_\_\_\_

2. Examens complémentaires : \_\_\_\_\_

3. Traitements : \_\_\_\_\_

4. Durée de la prise en charge : tous les jours pendant \_\_\_\_\_

**Intervenants nécessaires** : \_\_\_\_\_

**Nom du médecin prescripteur** : \_\_\_\_\_ autorise l'admission

en hospitalisation à domicile de : Mme \_\_\_\_\_ née le \_\_\_\_\_

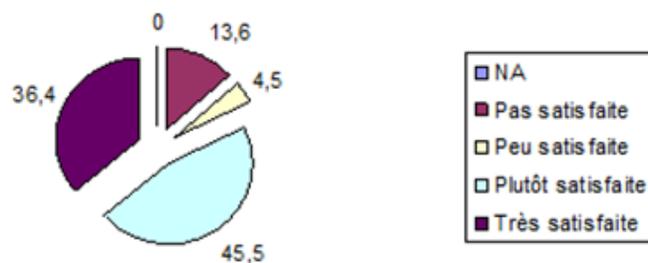
en transport assis  couché  ou enfant : \_\_\_\_\_

né le \_\_\_\_\_

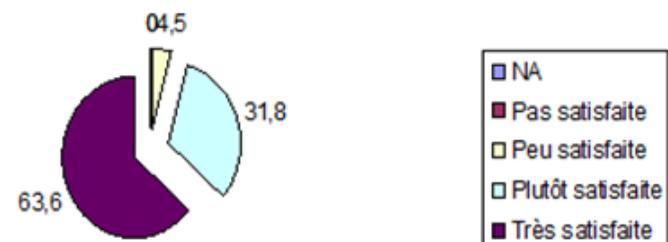
Le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

# Satisfaction HAD

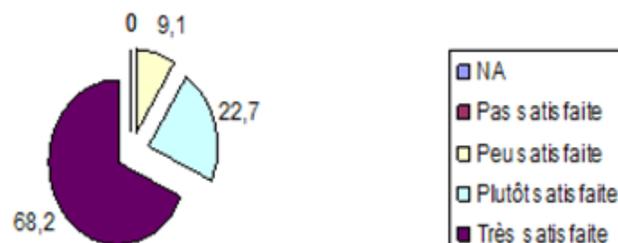
Degré de satisfaction organisation de la sortie



Degré de satisfaction durée des visites



Degré de satisfaction fréquence des visites

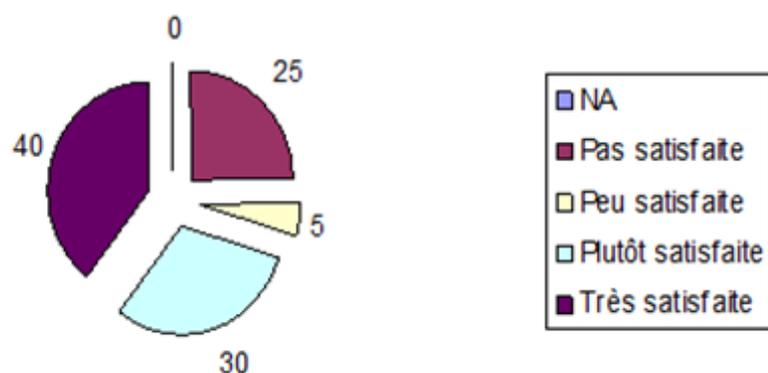


Degré de satisfaction qualité du soutien concernant l'allaitement

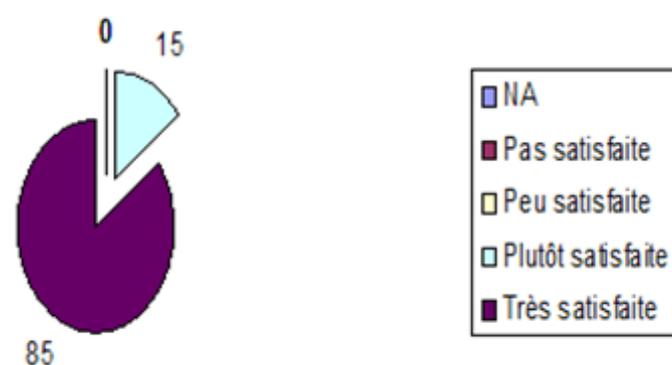


# SATISFACTION SORTIE 48 H SFL

Degré de satisfaction organisation de la sortie



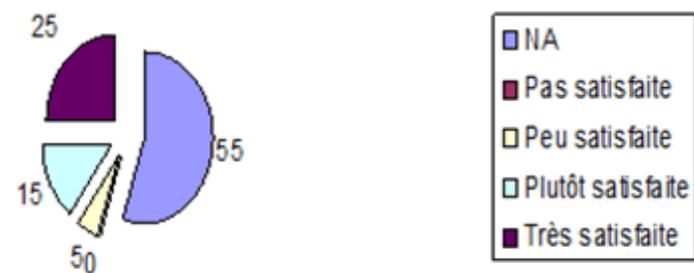
Degré de satisfaction durée des visites



Degré de satisfaction fréquence des visites

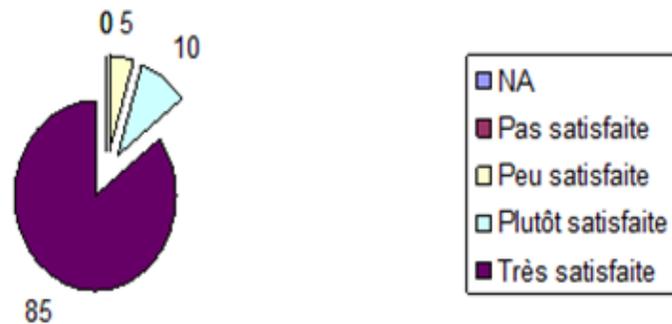


Degré de satisfaction qualité du soutien concernant l'allaitement



# SATISFACTION SORTIE 48 H SFL

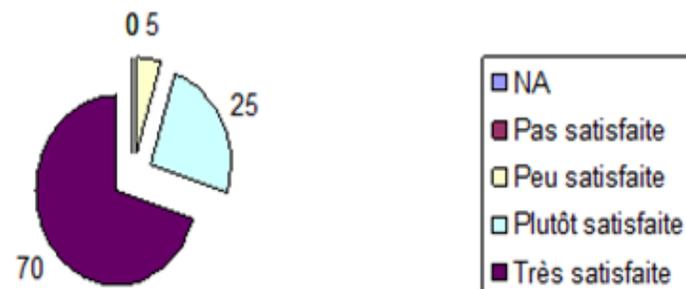
Degré de satisfaction qualité des soins vous concernant



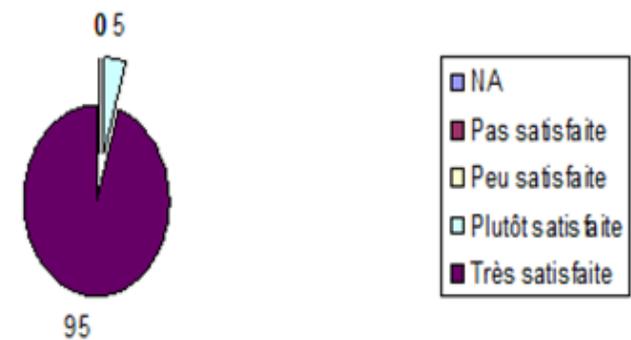
Degré de satisfaction qualité des soins concernant votre enfant



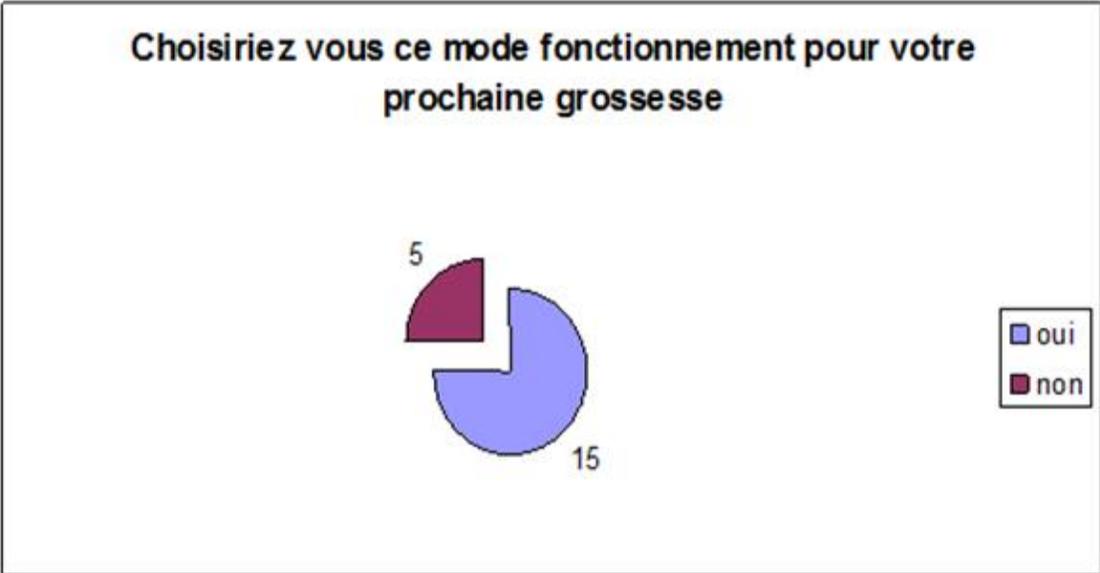
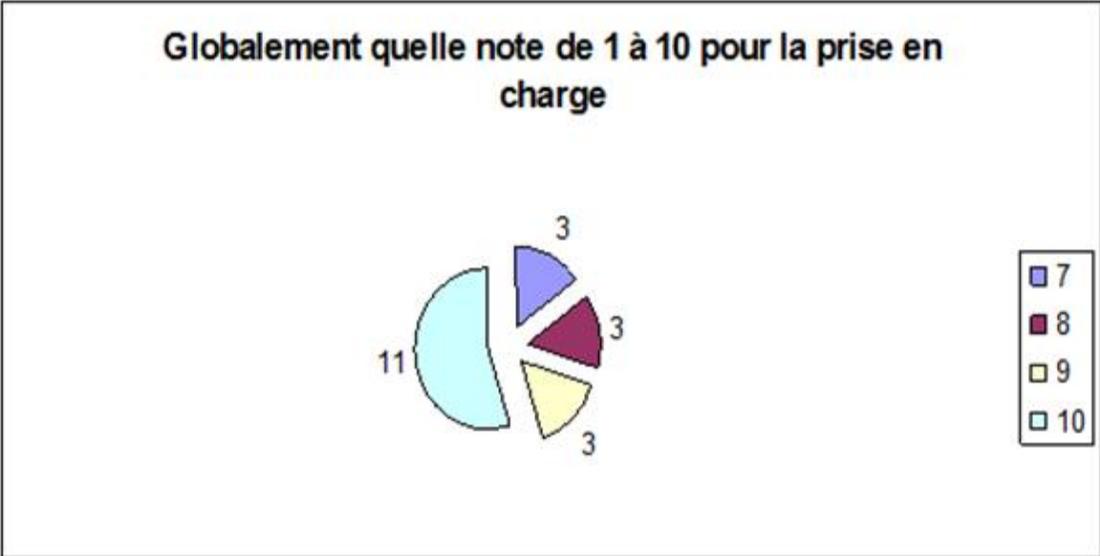
Degré de satisfaction qualité de l'information



Degré de satisfaction sur l'aspect relationnel



# SATISFACTION SORTIE 48 H SFL

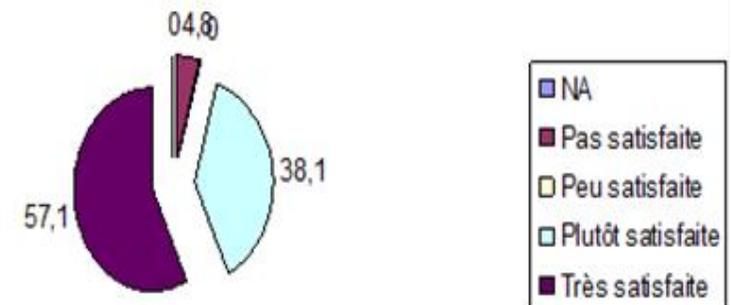


# SORTIES 72 HEURES SFL

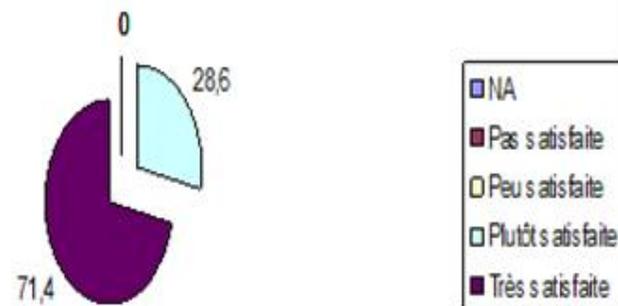
Degré de satisfaction organisation de la sortie



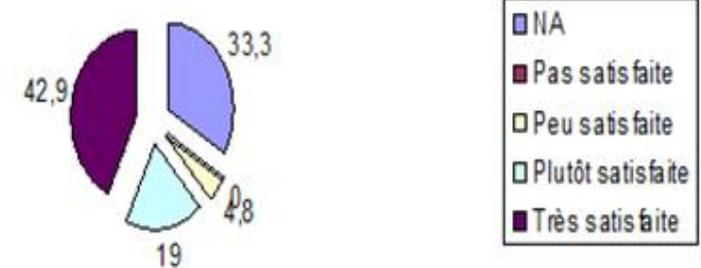
Degré de satisfaction durée des visites



Degré de satisfaction fréquence des visites



Degré de satisfaction qualité du soutien concernant l'allaitement



## “ Comment bénéficier de ce service ? ”

Vous souhaitez bénéficier de l'accompagnement à domicile par une sage-femme ?

### ■ Une conseillère de l'Assurance Maladie s'occupe de vous

Après la naissance de votre enfant, la conseillère vous rend visite à la maternité.

Elle vous remet une liste de sages-femmes pour vous permettre de choisir celle que vous souhaitez.

Elle prend contact avec la sage-femme que vous avez choisie et organise pour vous sa première visite à votre domicile.

### ■ La conseillère est votre interlocutrice privilégiée pour votre retour à la maison

Elle vous oriente vers les organismes en fonction de vos besoins : aide à domicile, services sociaux...

Elle vous assiste pour toutes questions liées à ce service.

Elle prend contact avec vous à l'issue de l'accompagnement à domicile pour s'assurer de votre satisfaction.

Bien sûr, pour toute question ou problème d'ordre médical, prenez contact avec les professionnels de santé qui vous suivent.



Chamms - Février 2010

## L'accompagnement à domicile

# “ Bébé est né, Je rentre à la maison ”

## l'Assurance Maladie m'accompagne



Nouveau service proposé, à titre expérimental,  
par l'Assurance Maladie



## Bébé est là !

C'est votre premier jour, vos premières heures, ensemble ...

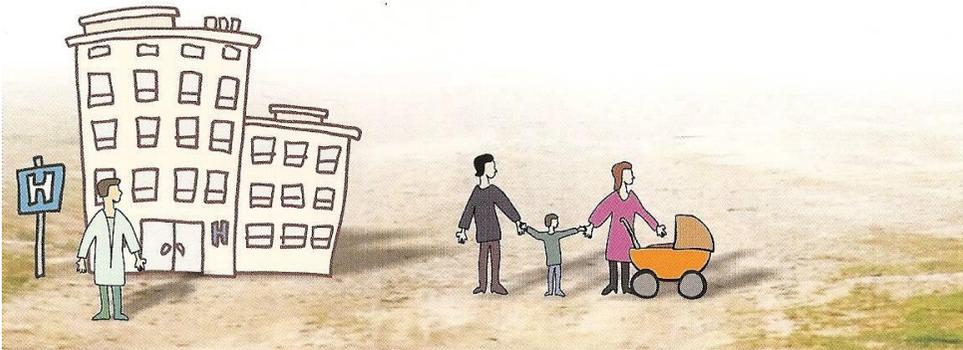
Vous faites connaissance. Profitez pleinement de ce moment privilégié !

L'équipe médicale qui vous entoure procède à tous les examens indispensables et vous délivre les conseils nécessaires à votre santé, votre bien-être et celui de votre nouveau-né...

## “ Je souhaite être accompagnée à mon retour à la maison ”

- Parce que vous vous sentez mieux chez vous, dans votre univers familial.
- Parce que vous ressentez encore le besoin d'être accompagnée par une professionnelle de santé.

Avec l'accord de l'équipe médicale, vous pouvez quitter la maternité et rentrer chez vous avec votre bébé.



## “ L'Assurance Maladie me propose un accompagnement personnalisé à domicile ”

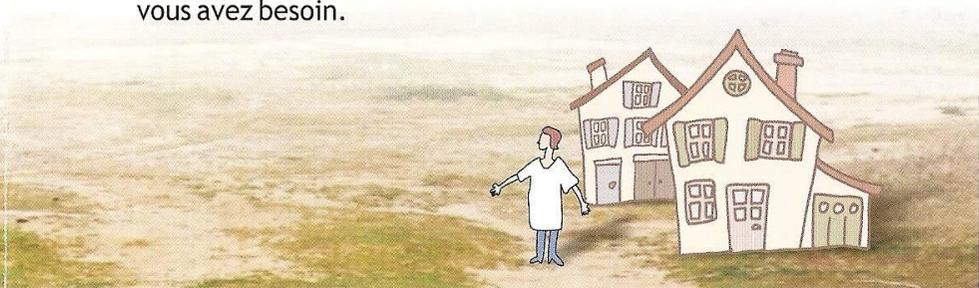
Pour permettre votre retour à la maison en toute sérénité, l'Assurance Maladie vous propose un suivi personnalisé par une sage-femme à votre domicile, **pris en charge à 100%\***.

Une sage-femme assure, chez vous, un suivi adapté à votre état de santé et à celui de votre enfant.

## “ Une fois chez moi, une sage-femme me rend visite ”

Dès le lendemain, et dans les jours qui suivent, la sage-femme vous rend visite chez vous. Elle assure votre suivi et celui de votre enfant :

- Elle s'assure de votre état de santé général, vous accompagne pour la réalisation des soins et le bon déroulement de l'allaitement ...
- Concernant votre enfant, elle vérifie son état de santé (poids, hydratation ...).
- Elle répond à vos questions et vous apporte les conseils dont vous avez besoin.



\*dans la limite des tarifs de base de l'Assurance Maladie (jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après la naissance).

### Annexe 14 : Dernière version des GHM concernant les forfaits maternité

GHM	Libellé du GHM	Bornes basses	Bornes hautes	TARIF (en euros)	FORFAIT EXB (en euros)	TARIF EXB (en euros)	TARIF EXH (en euros)
14C02C	Césariennes avec complications majeures	5	28	5952,82	985,87		386,54
14C03Z	Accouchements par voie basse avec autres interventions	3	17	6370,00		2123,33	667,54
14C04T	Affections du post-partum ou du post abortum avec intervention chirurgicale, très courte durée			858,95			
14C04Z	Affections du post-partum ou du post abortum avec intervention chirurgicale	3	13	3389,02		1129,67	465,10
14C05J	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie, en ambulatoire			684,88			
14C05Z	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie	1	4	1055,26		1055,26	477,84
14M02T	Affections médicales du post-partum ou du post-abortum, très courte durée			586,79			
14M02Z	Affections médicales du post-partum ou du post-abortum	2	9	1495,99		747,99	298,27
14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	2	11	2264,72	1094,92		148,53
14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	3	13	2717,66	452,94		135,86
14Z02C	Accouchements par voie basse avec complications majeures	4	21	3569,34	851,68		318,02
14Z02T	Accouchements par voie basse, très courte durée			1169,75			
14Z03A	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale, sans complications	2	8	1460,55	1036,56		126,28
14Z03B	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale, avec complications	4	19	2849,64	1389,09		278,12
14Z03T	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale, très courte durée			424,00			
14Z04T	Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie, très courte durée			490,40			
14Z04Z	Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie	1	4	1 017,84		1017,84	412,97

## Annexe 15 : Répartition par territoire des sites de périnatalité – Bretagne / Cible 2010

Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bretagne

Octobre 2009

*Répartition par territoire de santé des sites de périnatalité (centre périnatal de proximité, activité d'obstétrique, de néonatalogie, de réanimation néonatale) – Bretagne/Cible 2010*

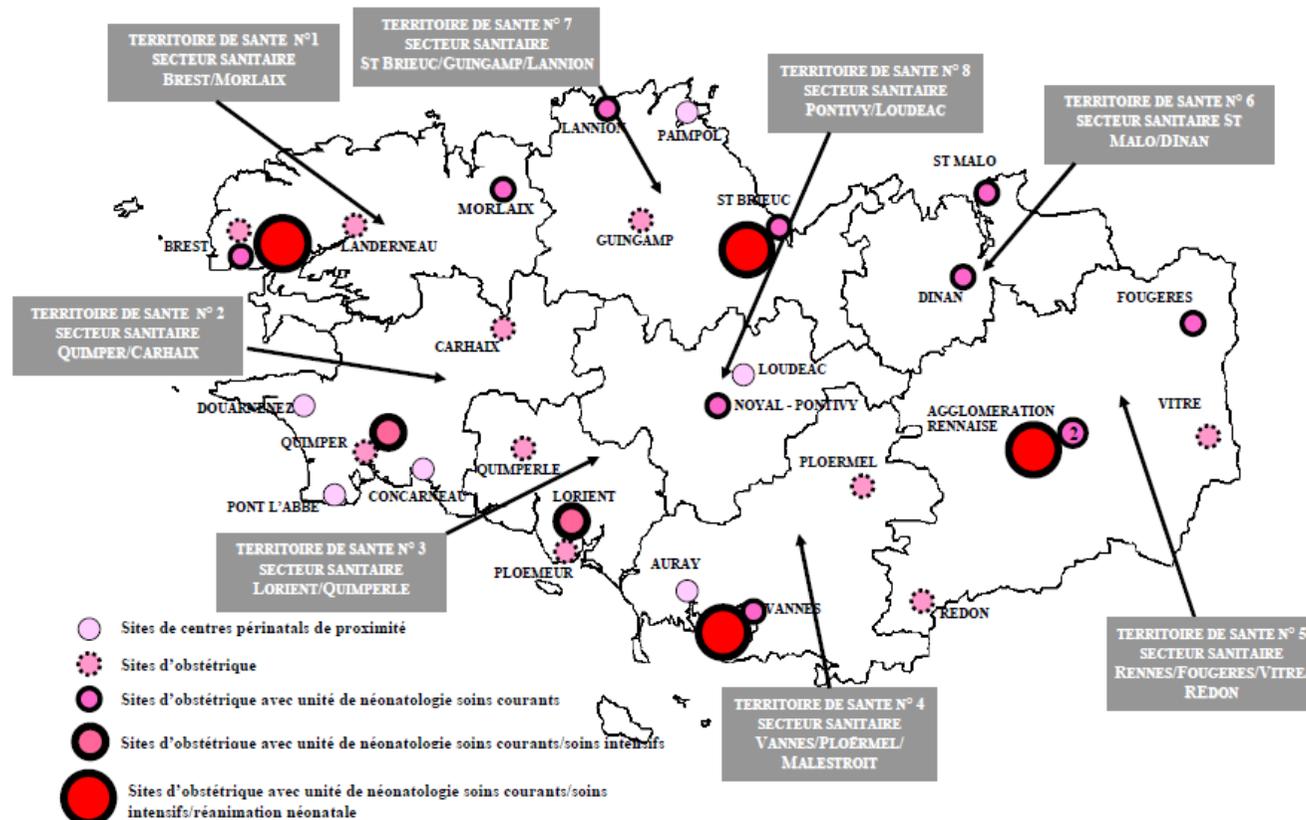


Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006 – 2010 – Volet « Périnatalité »

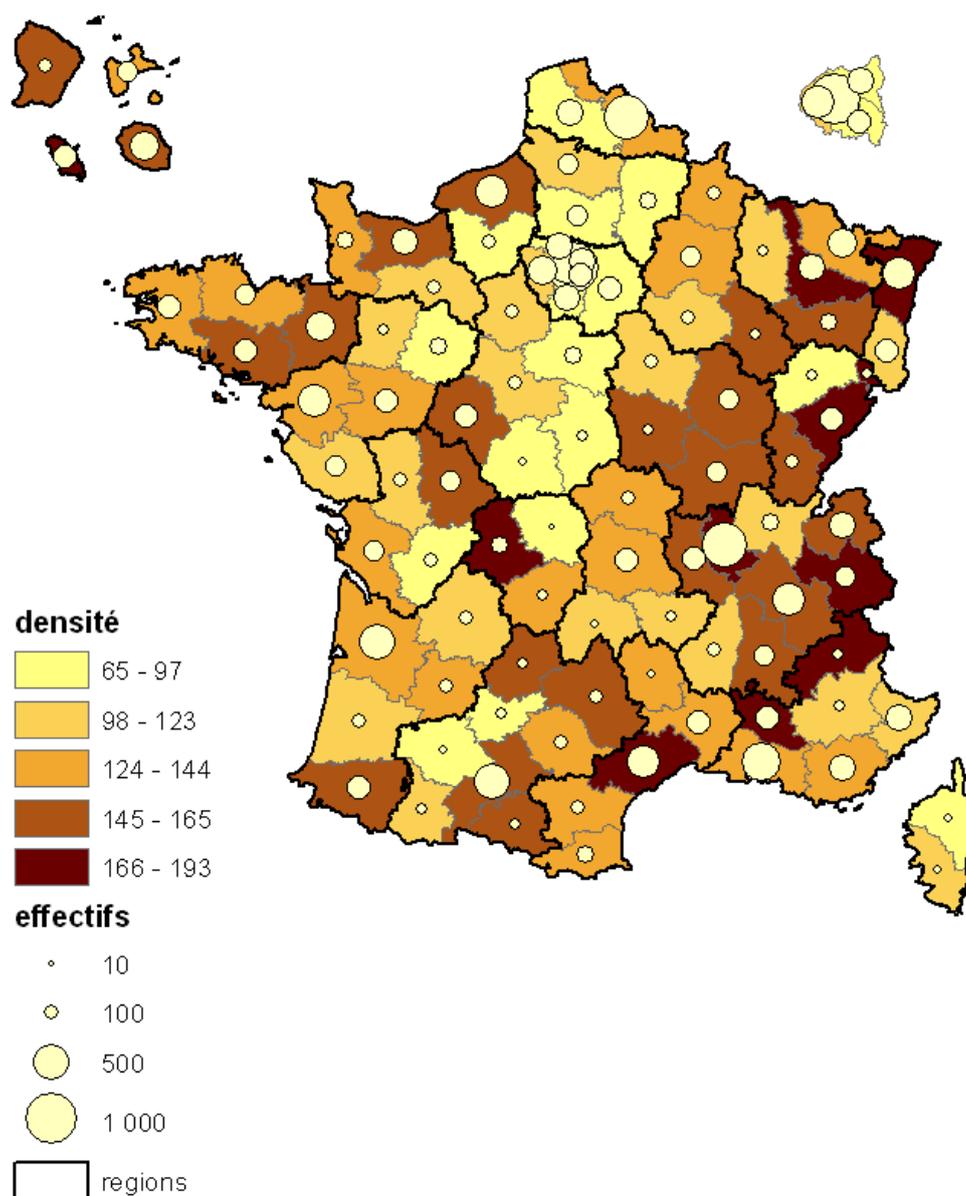
363

## Annexe 16 : Densité et effectif des sages-femmes

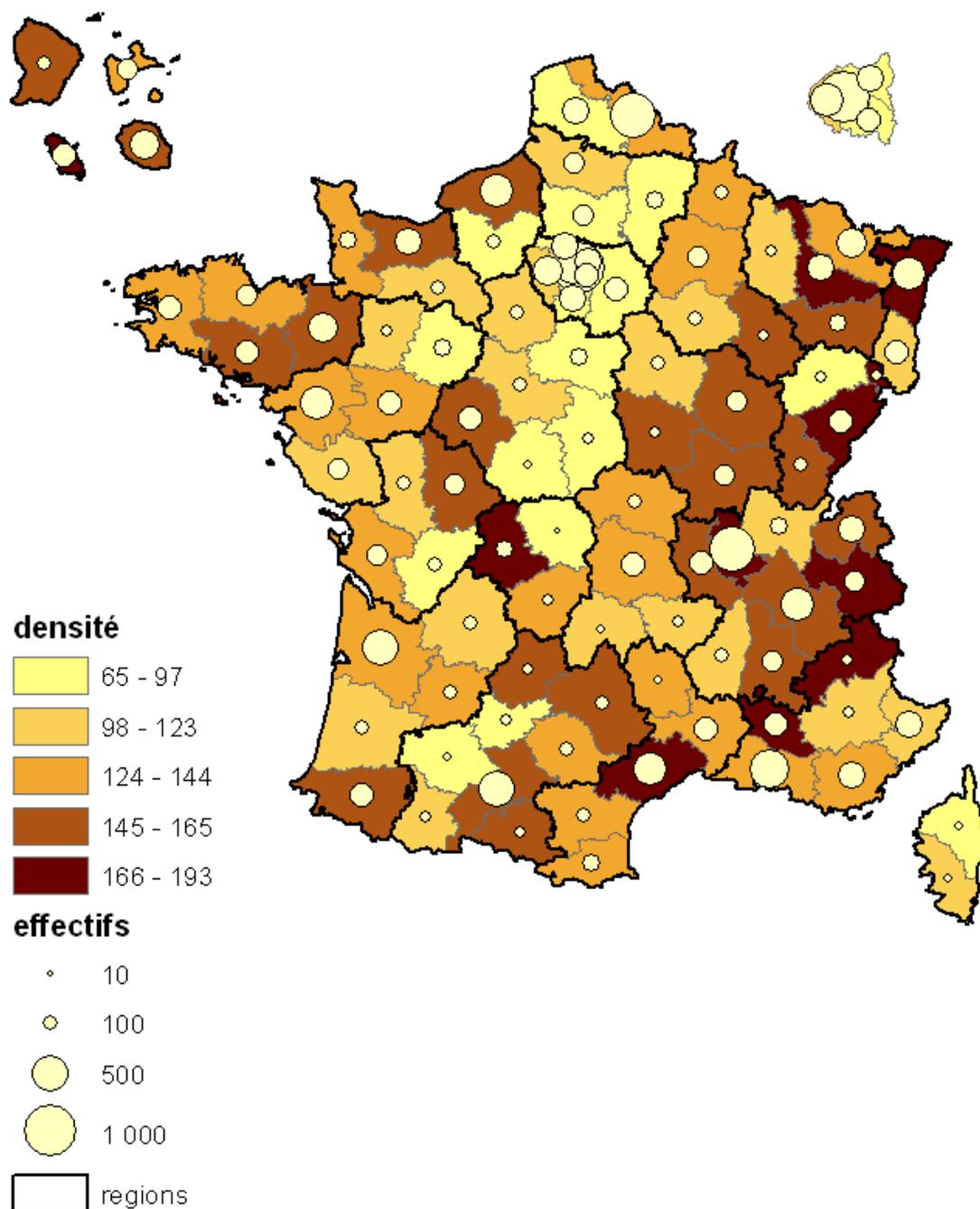
Sources : DREES - Répertoire Adeli, INSEE - estimations de population 2007.

Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

### Densité et effectifs de sages-femmes par département au 1er janvier 2009



## Densité et effectifs de sages-femmes par département au 1er janvier 2009

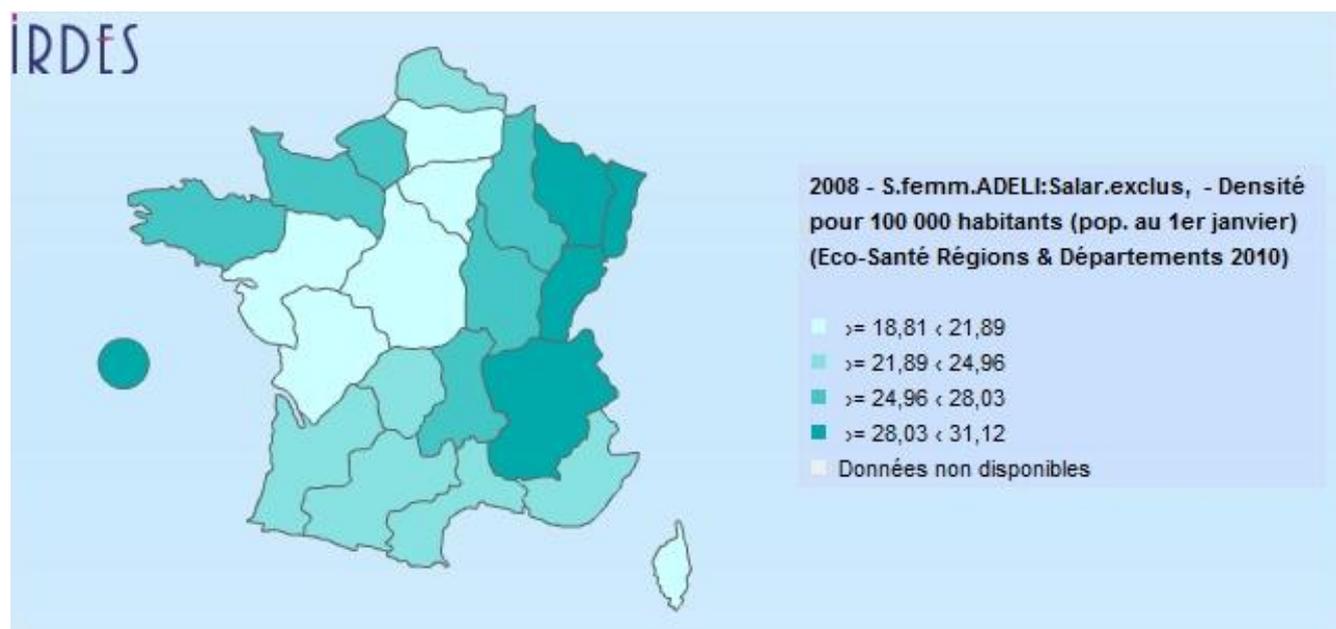
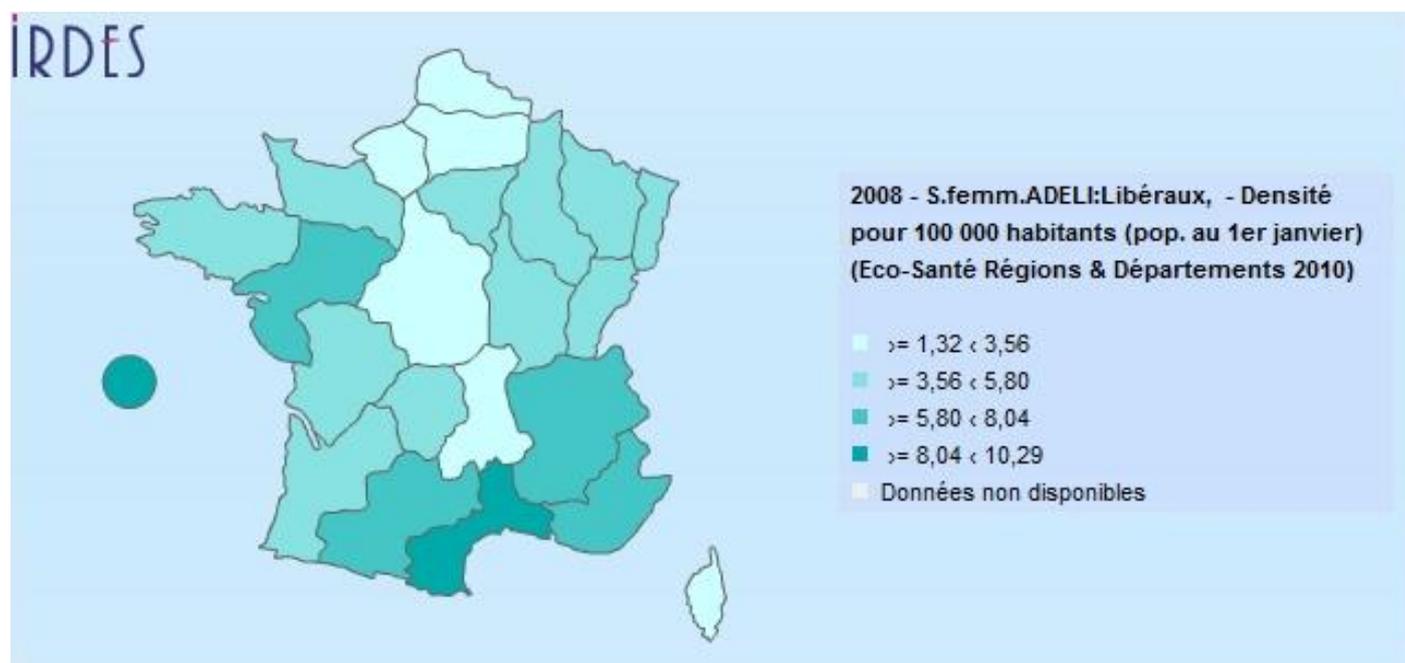


© IGN -DREES 2009

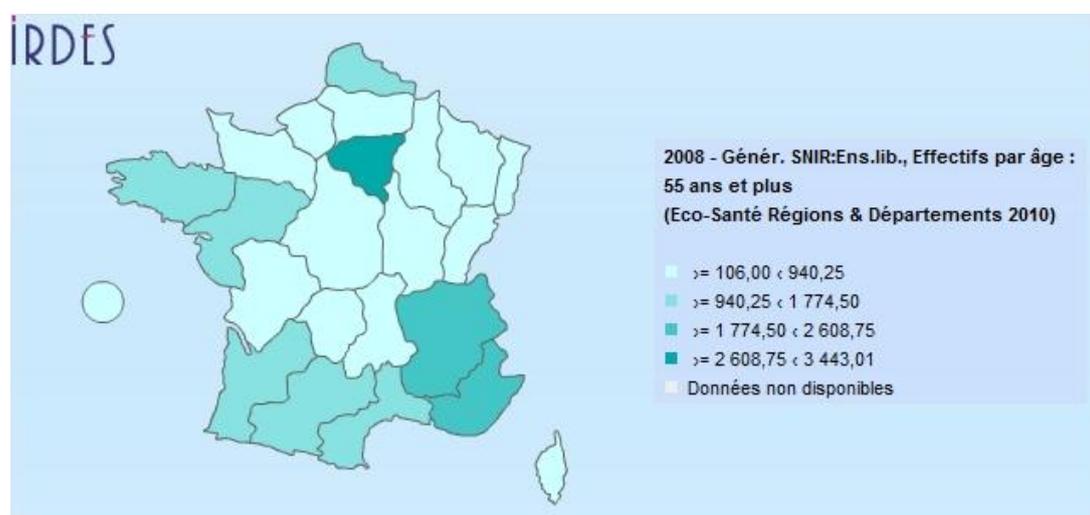
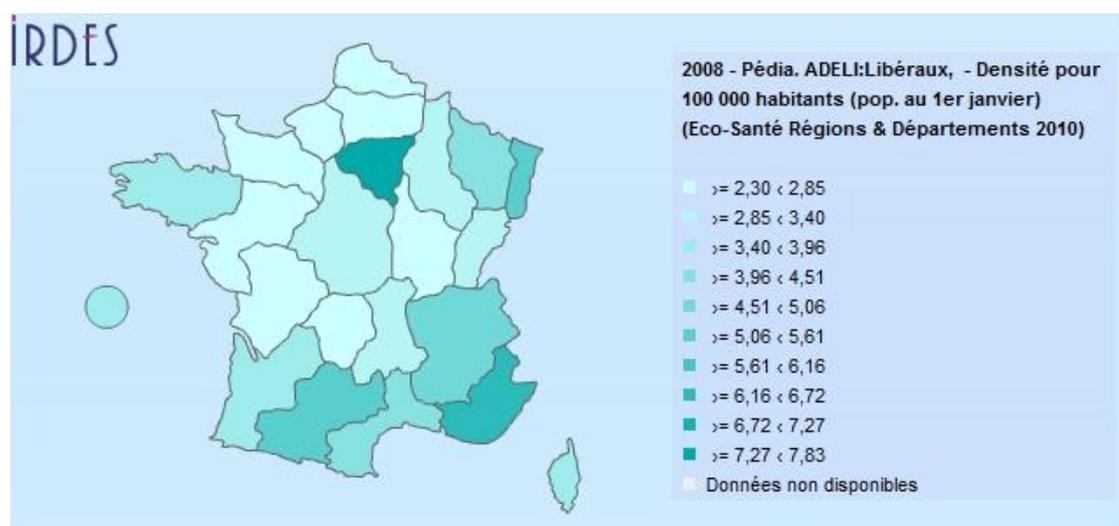
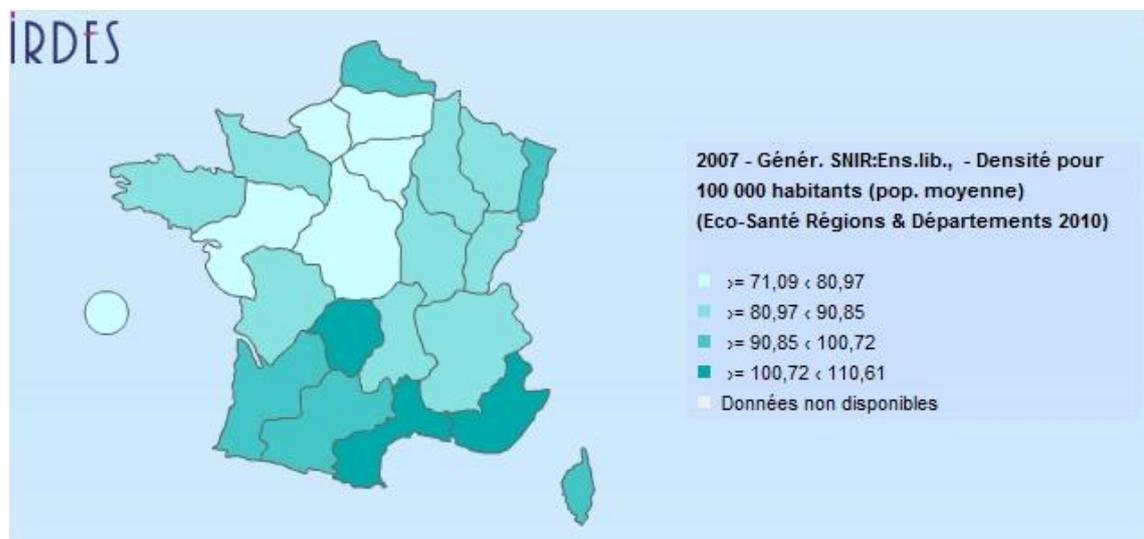
Sources : DREES - Répertoire Adeli, INSEE - estimations de population 2007.

Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

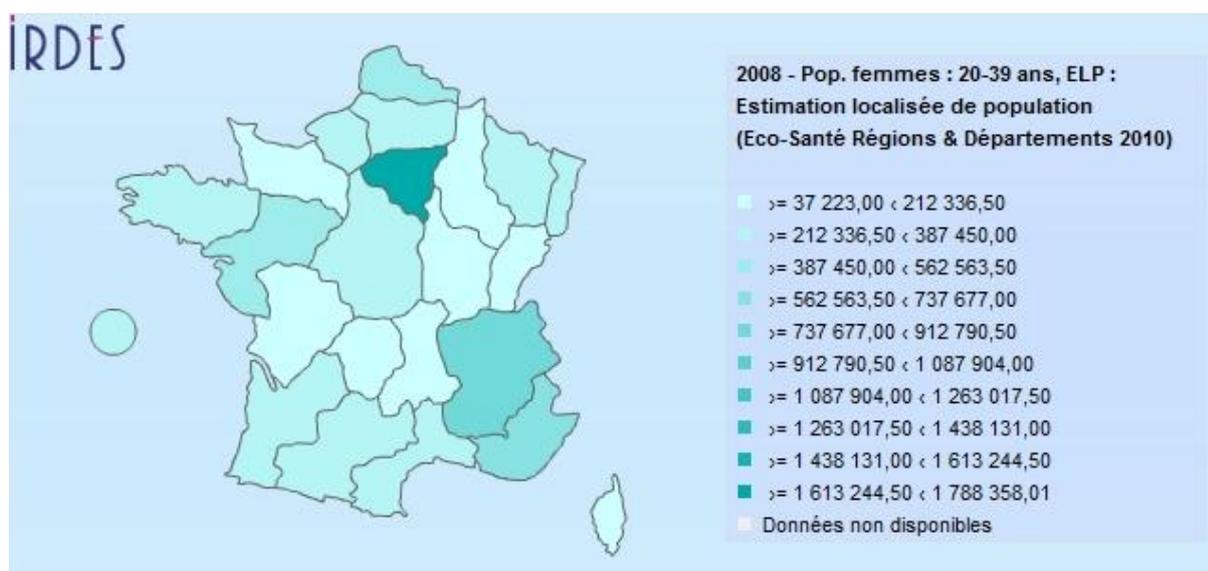
## DENSITE DE SAGES-FEMMES POUR 100 000 HABITANTS PAR MODE D'EXERCICE



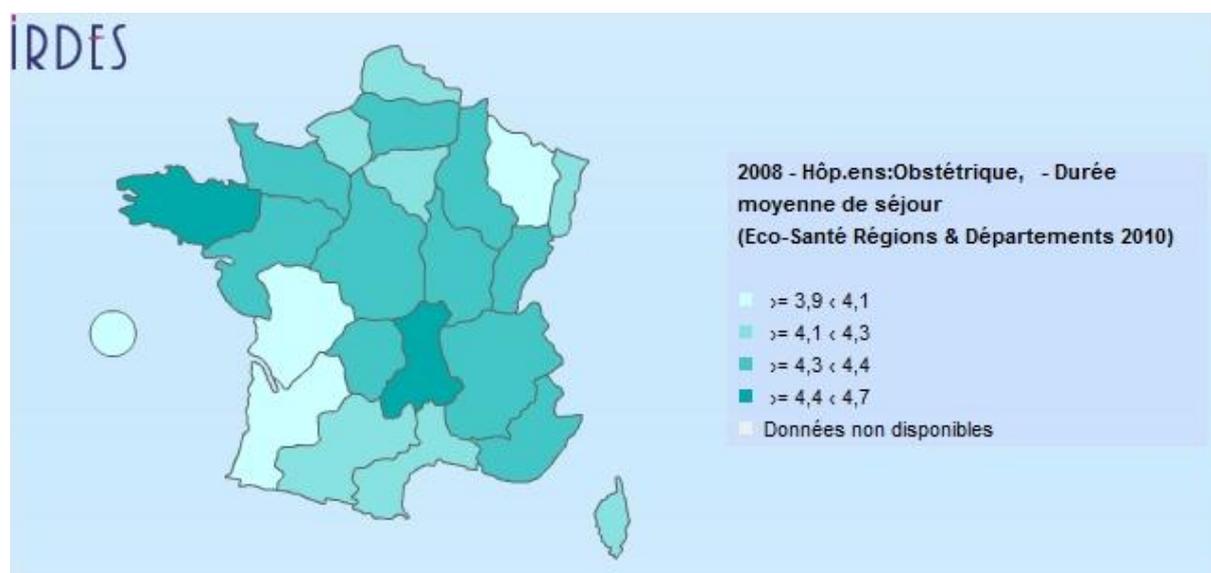
**Annexe 17 : Densité des médecins généralistes  
et des pédiatres libéraux pour 100 000 habitants**



## Annexe 18 : Répartition des femmes de 20 à 39 ans sur le territoire



## COMPARAISON REGIONALE DE LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR D'HOSPITALISATION EN SERVICE D'OBSTETRIQUE



## **1.2. LES ELEMENTS DE PROSPECTIVE**

□□ **Les projections démographiques générales.** L'indice conjoncturel de fécondité s'établissait autour de 1,9 en 2003 en Bretagne. Les projections de naissances réalisées par l'INSEE sur les bassins de proximité envisagent, entre 2002 et 2009 :

- selon l'hypothèse de fécondité basse : un seul bassin à évolution positive (celui de Rennes),
- selon l'hypothèse de fécondité haute : en sus du bassin rennais, les bassins de Vannes, Quimper, Brest et Guingamp sont aussi positifs à un moindre degré.

□□ **Une démographie professionnelle plutôt défavorable à l'avenir.** En ce qui concerne les effectifs médicaux, l'analyse de l'évolution démographique des différents professionnels de la naissance révèle, dans une région pourtant attractive, l'acuité du problème :

- Les gynécologues-obstétriciens : sur les 232 gynécologues-obstétriciens en activité en

Bretagne en 2003, 44,4 % de l'effectif a plus de 50 ans, et 27 % d'entre eux n'ont pas la compétence chirurgicale, ce qui nécessite qu'un chirurgien viscéral assure une astreinte simultanée. Dans les plateaux techniques à faible activité chirurgicale, où les activités chirurgicales sont en nombre limité, le recours fréquent à des remplaçants nuit à la continuité et à la sécurité des soins. En février 2005, sur les 103 postes de gynécologues-obstétriciens recensés dans le secteur public (P.H temps plein, temps partiel, assistant et PAC), 95 sont pourvus, soit un taux de vacance de 7,77 %.

- Les pédiatres : la tranche d'âge des 50/ 59 ans représente 41 % des 248 praticiens en exercice en 2003 et le taux de vacance réel des postes temps plein hospitalier est de 14 %. Les pédiatres néonatalogistes, dont la compétence est requise dans les unités spécialisées, sont peu nombreux, et tout particulièrement dans le secteur libéral.
- Les anesthésistes-réanimateurs : leur démographie est essentiellement caractérisée par une pyramide des âges très défavorable (45,2 % ont plus de 50 ans) et une baisse annoncée des effectifs, dans une spécialité très sollicitée en gardes et astreintes.
- Les sages-femmes : 771 sages-femmes étaient inscrites dans le fichier ADELI en 2003, dont 674 salariées, 29 à exercice mixte et 68 libérales. Après avoir enregistré des besoins supérieurs à l'offre générateurs de postes non pourvus entre 2001 et 2005, la Bretagne devrait, à compter de 2006, pouvoir répondre aux demandes, du fait d'une augmentation des capacités de formation amorcée en 2002.

□□ **L'évolution des attentes des usagers.** Depuis plusieurs décennies, la médicalisation des grossesses a progressé et imposé une surveillance technique systématique, qui ne répond pas aux attentes de toutes les femmes et ne satisfait pas nécessairement tous les professionnels de la naissance. Les femmes souhaitent en effet bénéficier d'une prise en charge personnalisée, incluant la dimension psychologique, affective et émotionnelle de la naissance ; celle-ci doit être coordonnée entre les différents acteurs. Il convient donc, dans la poursuite de la réflexion sur les sites d'accouchements et leur implantation, d'adapter les modalités d'accouchement dans les secteurs de naissance aux besoins et aux souhaits des parturientes.