



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Médecin-Inspecteur de Santé Publique  
Promotion 2000**

*Date du Jury : Avril 2001*

---

## **UN ENFANT SINGULIER, UNE ÉQUIPE PLURIELLE**

**« AIDER À CONSTRUIRE LES COORDINATIONS  
AUTOUR DE L'ENFANT EN NOUVELLE CALÉDONIE »**

**Thierry JUBEAU**

# TABLE DES MATIÈRES

## ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS CE MÉMOIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
---------------------	----------

<b>PREMIÈRE PARTIE : LES PRATIQUES PARTENARIALES EN NOUVELLE CALÉDONIE</b>	<b>8</b>
--	----------

<b>1.1. LE CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA NOUVELLE CALÉDONIE</b>	<b>8</b>
1.1.1. La Nouvelle Calédonie, un espace multiculturel original en mutation	8
1.1.2. Le constat sanitaire	9
1.1.3. Le constat structurel	11
1.1.4. Le constat culturel	12

<b>1.2. LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT</b>	<b>15</b>
1.2.1. La santé des mères	15
1.2.2. La santé des enfants	16

<b>1.3. LA PMI EN NOUVELLE CALÉDONIE</b>	<b>17</b>
1.3.1. Des compétences mal définies mais exercées par les collectivités provinciales	18
1.3.2. La PMI de Nouméa	19
1.3.3. Les collaborations déjà entreprises	20

<b>1.4. LE QUESTIONNAIRE NÉOCALÉDONIEN : ANALYSE DES RÉPONSES</b>	<b>23</b>
1.4.1. Obstacles internes À la DPASS	23
1.4.2. Des convergences internes existent	28
1.4.3. Des obstacles externes à la DPASS	30
1.4.4. La vision des partenaires extérieurs à la DPASS	33
1.4.5. La place de la PMI	36

<b>DEUXIÈME PARTIE : TRAVAIL EN PARTENARIAT ET RÉSEAUX DE SANTÉ EN MÉTROPOLE</b>	<b>40</b>
--	-----------

<b>2.1. PARTENARIATS ET RÉSEAUX EN MATIÈRE DE PMI</b>	<b>40</b>
2.1.1. Les textes légaux et réglementaires	40
2.1.2. L'adaptation aux problèmes rencontrés est liée au contexte d'exercice, aux pratiques développées, et à leurs conséquences	41

<b>2.2. DE L'OBSERVATION DE QUELQUES PARTENARIATS EN MÉTROPOLE :</b>	<b>43</b>
2.2.1. La sortie "normale" de maternité	44
2.2.1.1. Les bases de données	44
2.2.1.2. Des compétences diversifiées autour de l'enfant et de sa mère	50

2.2.1.3.	Des coordinations formalisées pour assurer la qualité et la lisibilité du dispositif.	51
2.2.2.	La sortie "précoce" de maternité	53
2.2.2.1.	Qu'entend-on par "sortie précoce" - un essai de définition	53
2.2.2.2.	Que retirer des exemples étrangers	53
2.2.2.3.	Les enjeux de la sortie précoce	56
2.2.2.4.	Quelle organisation choisir	59
2.2.2.5.	Discussion : les partenariats et le travail en réseau fondent l'action collective autour de la mère et de l'enfant en cas de sortie précoce de la maternité	67
2.2.2.6.	La place de la PMI dans ces dispositifs	71
2.2.3.	Les centres d'action médico-social précoce (CAMSP), une approche pluridisciplinaire du handicap pour accueillir et suivre des besoins différents	73
2.2.3.1.	Définitions	73
2.2.3.2.	Les textes réglementaires	73
2.2.3.3.	La place des CAMSP	74
2.2.3.4.	Le type de population suivie	75
2.2.3.5.	Le fonctionnement : fonctionnement interne et fonctionnement en réseau	77
2.2.3.6.	Discussion	79

## **TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION - QUELQUES SUGGESTIONS POUR LA NOUVELLE CALÉDONIE** \_\_\_\_\_ **81**

### **3.1. INTÉRÊT DES RÉSEAUX POUR LA NOUVELLE CALÉDONIE** \_\_\_\_\_ **81**

### **3.2. LA SORTIE "NORMALE" DE MATERNITÉ : BEAUCOUP D'AMÉNAGEMENTS SONT NÉCESSAIRES** \_\_\_\_\_ **83**

### **3.3. LA SORTIE "PRÉCOCE" DE MATERNITÉ : QUELS CHOIX ?** \_\_\_\_\_ **88**

### **3.4. UN CAMSP EN NOUVELLE CALÉDONIE : QUELLES SONT LES LIMITES POUR UNE INSTALLATION** \_\_\_\_\_ **91**

### **3.5. DES ÉBAUCHES DE PROPOSITIONS GLOBALES** \_\_\_\_\_ **93**

## **CONCLUSION** \_\_\_\_\_ **96**

## **BIBLIOGRAPHIE** \_\_\_\_\_ **99**

## **LISTE DES ANNEXES** \_\_\_\_\_ **111**

Je tiens à remercier :

- le Docteur Arlette DANZON, Professeur à l'École Nationale de la Santé Publique,  
pour ses précieux conseils et sa disponibilité,
  
- le Docteur Michel GERMAIN, Directeur Provincial de l'Action Sanitaire et Sociale, de la Province Sud  
pour ses recommandations et ses conseils,
  
- Madame TONOLI, pour son aide efficace lors de la réalisation de l'enquête à Nouméa,

Et mon épouse Sandrine, pour sa patience et pour avoir porté notre fils Cyril à Nouméa pendant que je m'abreuvais de connaissances à l'École Nationale de la Santé Publique.

## ABREVIATIONS UTILISEES DANS CE MEMOIRE

**A.D.E.P.A.F.I.N.** : Association Départementale d'Étude et de Prévention des Affections Fœtales et de leurs Incidences Néonatales (Côtes d'Armor).

**A.N.E.C.A.M.S.P.** : Association Nationale des Équipes des Centres d'Action Médico Sociale Précoce.

**A.P.-H.P.** : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

**A.R.H.** : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

**A.S.E.** : Aide Sociale à l'Enfance.

**A.U.D.I.P.O.G.** : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie Obstétrique et Gynécologie.

**A.V.B.** : Accouchement Voie Basse.

**B.D.S.P.** : Banque de Données en Santé Publique.

**B.E.S.P.S.** : Bureau d'Éducation Sanitaire et de Promotion de la Santé de la Province Sud de Nouvelle Calédonie.

**C.A.F.** : Caisse d'allocations familiales.

**C.A.F.A.D.** : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile.

**C.A.F.A.S.** : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Soignant (e).

**C.A.F.A.T.** : Caisse d'Allocation Familiale et des Accidents de Travail de Nouvelle Calédonie.

**C.C.A.S.** : Centres Communaux d'Action Sociale.

**C.D.E.S.** : Commission Départementale de l'Éducation Spécialisée.

**C.H.S.** : Centre Hospitalier Spécialisé.

**C.H.T.** : Centre Hospitalier Territorial de Nouvelle Calédonie.

**C.I.G.** : Certificat d'Issue de Grossesse.

**C.L.I.C.** : Centres Locaux d'Information et de Coordination.

**C.M.U.** : Couverture Médicale Universelle (métropole).

**C.M.S.** : Centre Médico Scolaire.

**C.M.S.I.** : Circonscription Médico-Sociale de l'Intérieur.

**C.N.A.M.** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

**C.N.I.L.** : Commission Nationale Informatique et Liberté.

**C.P.A.M.** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

**C.R.A.M.** : Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

**C.R.O.S.S.** : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale.

**C.S.U.** : Couverture Sociale Unifiée de la Nouvelle Calédonie.

**C.S.8.** : Certificat de Santé du 8è jour.

**C.S.9.** : Certificat de Santé du 9è mois.

**C.S.24.** : Certificat de Santé du 24è mois.

**D.A.S.S.-NC** : Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle Calédonie.

**D.D.A.S.S.** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

**D.P.A.S.S. (pour le Nord et les Iles)** : Direction Provinciale des Affaires Sanitaires et Sociales.

**D.P.A.S.S. Sud** : Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale de la Province Sud.

**D.S.U.** : Développement Social Urbain.

**E.G.S.** : États Généraux de la Santé.

**F.N.E.H.A.D.** : Fédération Nationale des Équipes d'Hospitalisation À Domicile.

**H.A.D.** : Hospitalisation À Domicile.

**I.T.S.E.E.** : Institut Territorial de la Statistique et des Études Economiques de la Nouvelle Calédonie.

**I.V.G.** : Interruption Volontaire de Grossesse.

**M.A.P.** : Menace d'Accouchement Prématuro.

**M.D.O.** : Maladies à Déclaration Obligatoire.

**M.S.T.** : Maladies Sexuellement Transmissibles.

**O.M.S.** : Organisation Mondiale de la Santé.

**O.N.D.A.M.** : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

**O.P.A.S.** : Observatoire Provincial de l'Action Sociale.

**P.M.I.** : Protection Maternelle et Infantile.

**P.M.S.I.** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

**P.R.A.C.** : Programme Régional d'Action Concertée.

**P.R.A.P.S.** : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.

**P.R.S.** : Programme Régional de Santé.

**R.C.I.U.** : Retard de Croissance Intra Utérin.

**S.A.** : Semaines d'aménorrhée.

**S.N.M.P.M.I.** : Syndicat National des Médecins de PMI.

**S.R.O.S.** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

**S.T.O.S.** : Schéma Territorial d'Organisation Sanitaire (Nouvelle-Calédonie).

**U.R.C.A.M.** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

**V.I.H.** : Virus de l'Immunodéficiency Humaine.

## INTRODUCTION

Les services de PMI, conçus en 1945 autour d'objectifs natalistes et de protection sociale, dans un contexte de forte mortalité et de morbidité infantiles, ont de nos jours à faire face à une situation sanitaire plus contrastée : les problèmes sociaux s'accroissent, la complexité et la multiplicité des difficultés des publics auxquels s'adressent les services les conduisent à mener des actions plus globales, à mieux organiser les moyens et à développer les partenariats.

Centrer les problématiques sur l'enfant et sa famille et sur les différences individuelles pour conduire les actions est devenu le paradigme des services s'occupant de l'enfance. Cependant, de la théorie à la pratique, il y a un grand écart et malgré les efforts de tous, la mise en œuvre reste difficile et parfois incomplète.

Depuis la promulgation des Lois de décentralisation de 1982 et 1983, l'organisation des missions de PMI relève de la compétence des Conseils Généraux. Le dispositif général demeure orienté et piloté par l'État. Mais, ainsi que le rappelait Michel MERCIER, sénateur et président du Conseil général du Rhône, lors de l'ouverture des journées nationales de PMI<sup>1</sup> à Lyon en 1999, "la multiplication des logiques et des niveaux institutionnels, des structures, des procédures diverses et des intérêts particuliers paralyse l'initiative des acteurs et rend difficile la mise en œuvre d'une logique globale et cohérente". Cela est source d'usure personnelle, de perte d'efficacité des dispositifs et de rejet par les promoteurs de projets associatifs ou privés.

Bien souvent, les compétences de chacun et leurs limites ne sont pas toujours clairement identifiées par les acteurs eux-mêmes, professionnels et usagers. En conséquence, certaines actions sont réalisées de façon redondante et non efficiente dans une zone ou sur une population cible précise, avec une utilisation de sources de financements variées et non coordonnées. On peut ainsi donner l'exemple des actions de prévention financées par les caisses d'assurance maladie ; les promoteurs d'initiatives doivent lire un dispositif qui associe :

- des objectifs nationaux, financés à partir des cotisations d'assurance maladie, sur un mode thématique et cloisonné, avec décision centralisée par la CNAM<sup>1</sup>,
- des objectifs régionaux, dans le cadre d'une enveloppe attribuée à l'URCAM<sup>1</sup>, ou dans le cadre des programmes régionaux de santé,
- des priorités locales, suite à l'analyse des besoins locaux par la CPAM<sup>1</sup>,

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

- les actions conduites par les autres caisses : mutualités, mutuelles ...

Pour Michel MERCIER : "une part de plus en plus importante de l'énergie collective et des financements est ainsi consacrée à franchir des obstacles institutionnels au détriment des actions elles-mêmes".

Cela peut donc rendre difficile la mise en œuvre d'une logique d'action globale et cohérente. L'utilisateur, dans l'attente d'une réponse à ses besoins, ne peut comprendre ces cloisonnements ni la segmentation administrative qui lui est associée.

Il semble donc que la mise en œuvre de partenariats réels, et une meilleure coordination des actions, des acteurs et des institutions serait utile pour améliorer et le rendement, et l'efficacité du système.

En matière de "protection infantile". Une coordination efficace des acteurs, compte tenu de la faiblesse relative des moyens globaux alloués à la prévention, en métropole et plus encore en Nouvelle Calédonie (dans un contexte où l'approche transculturelle et la qualité de l'abord sont primordiaux) paraît être un bon outil pour améliorer l'efficacité des services fournis à la population :

- Si les actions programmées collent aux besoins, aux moyens alloués et au contexte socioculturel, ce qui implique une analyse qualitative et quantitative des besoins.
- Si les coordinations développées n'entravent pas les initiatives de la base, que ces coordinations restent horizontales et les solutions souples.
- Si le consensus est systématiquement recherché autour d'objectifs communs clairs et négociés.
- Si certains obstacles structurels et culturels, chez les professionnels et les patients sont levés.

La PMI, en Nouvelle Calédonie, dans un environnement spécifique et un cadre réglementaire moins précis, rencontre des problèmes semblables et la petite échelle de la Nouvelle Calédonie n'empêche pas la multiplicité des intérêts et la richesse des acteurs. Il semble donc nécessaire d'y développer aussi des approches transversales et partenariales, dans un cadre négocié, autour de la réponse aux besoins des enfants et de leur famille.

Dans ce cadre, l'étude de coordinations, d'expériences de partenariats ou de réseaux et des réponses mises en œuvre sur le terrain par certaines équipes de métropole, semblent utiles pour affiner la programmation et la réalisation des actions en Nouvelle Calédonie et sont l'objet de ce mémoire.

## **Les objectifs de ce mémoire sont :**

### **Objectif général**

À partir de certains modes d'organisation rencontrés en métropole, autour de quelques thèmes choisis, aider à construire des propositions de meilleure coordination des actions de santé infantile néo-calédoniennes en les centrant sur l'enfant.

### **Objectifs spécifiques**

- Décrire l'organisation des services et les pratiques de partenariats déjà ébauchées en Nouvelle Calédonie, ainsi que les problèmes rencontrés.
- Décrire, sur deux thèmes sélectionnés, des pratiques de partenariat et de coordinations développées en métropole et qui sont susceptibles d'être adaptées chez nous.
- Formuler quelques propositions en conséquence en sachant que les modèles d'organisation et de partenariats rencontrés en métropole ne sont pas transposables en l'état chez nous et doivent faire l'objet d'une analyse critique pour une éventuelle adaptation au contexte local (socioculturel, modes d'exercice, ressources humaines et matérielles, réglementations spécifiques...).

### **Au-delà de ces objectifs, ce travail servira ultérieurement pour :**

- Aider à identifier les conditions de mise en place des actions qui découleraient de ces constats.
- Positionner le service de PMI provincial dans un réseau pluridisciplinaire, en intra provincial (services sociaux, aide à l'enfance, centre médicaux ...) et avec les partenaires extérieurs institutionnels, libéraux et associatifs.
- Proposer un calendrier d'actions à réaliser pour mettre en œuvre les modalités d'une réelle coordination.
- Identifier les modalités optimales à retenir, compte tenu de notre contexte, grâce à un fond méthodologique que cette étude aiderait à conceptualiser et qui serait utilisable pour d'autres thèmes (personnes âgées, protection maternelle, médecine scolaire ...).
- Utiliser les réflexions de ce mémoire pour l'élaboration ultérieure d'un schéma provincial ou territorial de la petite enfance : dans ce cadre, l'examen des schémas élaborés dans les conseils généraux ou les DDAS, où les méthodes utilisées pour les PRAPS et les PRS semblent utiles.

Il s'agira de construire des outils d'analyse des besoins, d'identifier et de suivre de façon spécifique des populations à risques, et de prévoir les évolutions dans le cadre d'un échéancier et d'un financement pluriannualisé. Enfin, il faudra motiver les décideurs sur ce thème et celui de la prévention.

## **LA MÉTHODE**

Elle comprend une étude documentaire et bibliographique, et l'exploitation de deux recueils de données :

1. Un questionnaire ouvert, diffusé auprès d'acteurs néo-calédoniens œuvrant autour de l'enfant, qui répondra au premier objectif spécifique et qui est destiné à orienter le choix des deux thèmes observés. Il comprend douze ou treize questions ouvertes (annexe 3), selon le positionnement par rapport à la DPASS, en interne ou en externe.
2. Des entretiens et observations en fonction des deux thèmes choisis et qui correspondent au second objectif spécifique, réalisés auprès d'acteurs de terrain de métropole (annexe 5).

**L'étude documentaire** a porté sur :

### **Des documents néo-calédoniens**

Institutionnels : comptes-rendus des réunions de concertation déjà organisées avec les partenaires pressentis pour des coordinations futures, données statistiques territoriales de l'Institut territorial de la statistique et des études économiques, rapport annuel (situation sanitaire de la Direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle Calédonie), rapports d'activité de la PMI.

Études sociologiques et anthropologiques sur le contexte socioculturel et l'accès aux soins, il s'agit d'enquêtes réalisées en population.

### **Des documents techniques métropolitains**

Documents internes des conseils généraux ou structures visités, documents de réunions de coordination des programmes ou de groupes de travail régionaux ou locaux (ex. : PRS<sup>1</sup>)

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

PRAPS<sup>1</sup>, groupes parentalité...), documents de congrès (ANECAMSP<sup>1</sup>, SNMPMI<sup>1</sup>, congrès des médecins de PMI<sup>1</sup>...).

Une **recherche bibliographique** BDSP<sup>1</sup> et MEDLINE sur les réseaux et la PMI<sup>1</sup>.

**Le questionnaire ouvert et de restitution anonyme** (cf. annexes 3 et 4) adressé par courrier postal ou électronique aux acteurs néo-calédoniens pressentis afin de recueillir leur avis et leur sentiment sur l'état actuel de la prise en charge des enfants, les problèmes rencontrés et leurs suggestions de priorisation et d'amélioration. Cette étude a permis de décrire l'état actuel des partenariats sur le sujet et de définir quelques points de développement potentiels à partir desquels il serait possible de construire des coordinations. Elle permet aussi d'identifier en partie<sup>2</sup> des actions prioritaires pour les acteurs et nécessitant des partenariats, permettant ainsi d'observer en métropole certains thèmes de façon préférentielle, et servir ainsi de socle à des adaptations éventuelles qui découleraient de constats réalisés dans l'Hexagone. Elle a été réalisée avec l'aide d'une personne basée à Nouméa et chargée d'adresser et de recueillir les questionnaires puis d'en enlever les éléments d'identification. À cet effet, ont donc été contactés :

- des médecins et paramédicaux œuvrant autour de l'enfant, publics et libéraux, hospitaliers ou non, spécialistes ou généralistes,
- des acteurs du champ social et médico-social,
- des acteurs associatifs.

À leur retour, ces questionnaires ont été classés en fonction de la dernière question demandant en pré requis le positionnement de l'interlocuteur à l'intérieur ou en dehors de la PMI et de la Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale<sup>3</sup>. Puis l'analyse s'est faite en fonction des réflexions sur l'organisation actuelle au plan des collaborations déjà conduites et des problèmes rencontrés évoqués qui ont permis de renseigner le chapitre 1.3 et de constituer le corps du chapitre 1.4.

Sur 26 questionnaires, 21 sont revenus, ce qui dépasse le résultat attendu, avec un meilleur taux de réponse des intervenants extérieurs à la DPASS (12 sur 13), que de la DPASS elle-même (9 sur 13). Cela objective peut-être l'attente globale de tous les acteurs de la protection infantile et les limites des acteurs spécialisés ou administratifs de notre institution.

---

<sup>2</sup> Un questionnement restreint a été fait avant le départ vers métropole en avril 2000 et a déjà permis d'identifier quelques priorités que ce questionnaire a infirmé ou confirmé, il avait été fait auprès des structures de PMI, des médecins et équipes publics de l'intérieur, et de quelques généralistes libéraux.

<sup>3</sup> Cf. description administrative au chapitre 1.3. : la PMI en Nouvelle Calédonie.

Dans le temps imparti pour ce mémoire, et du fait de l'éloignement, il n'était pas possible d'interroger aussi les usagers, il a donc fallu se baser sur les études réalisées en population et citées dans l'étude documentaire et le chapitre sur le contexte socioculturel.

**Les entretiens semi directifs** avec des acteurs (voir annexe 5) œuvrant dans le domaine de l'enfance et de la parentalité, dans les départements bretons et dans quelques autres départements reconnus pour leurs pratiques innovantes ou leur expérience de terrain. Nous avons aussi effectué dans ce cadre deux stages d'une semaine auprès des services de PMI du Rhône et de la Seine Saint Denis. Ont été rencontrés :

- les médecins et puéricultrices de PMI des départements visités (Bretagne, Maine et Loire, Rhône, Seine Saint Denis...),
- des médecins travaillant en DDASS ou auprès de l'ORS Bretagne et ("spécialistes" de PMI),
- des acteurs professionnels publics et privés ou associatifs travaillant en réseau ou animant des coordinations (réseau Rennes Nord, ADEPAFIN, la Passerelle - Lorient ...),
- quelques spécialistes publics ou libéraux.

Les résultats de ces entretiens ont permis de rédiger la deuxième partie et la base de la grille d'entretien se trouve à l'annexe 6.

Enfin, nous nous sommes rendus au **congrès de l'ANECAMSP<sup>1</sup>** à Tours qui s'est tenu les 16 et 17 octobre sur le thème : "un enfant singulier, une équipe plurielle", titre repris pour ce mémoire.

Ce mémoire s'articule en trois parties :

Dans une première partie, nous présentons le contexte néocalédonien, puis la santé de la mère et de l'enfant. L'analyse du questionnaire ouvert nous permet de décrire les actions de partenariats ébauchés, puis les problèmes ou convergences mis en évidence, vus par la DPASS, et par les partenaires. Les deux thèmes à étudier en métropole apparaissent à la fin de cette partie.

La seconde partie, après un rappel sur les réseaux et les partenariats, de la théorie à la pratique de PMI, se continue sur la présentation des deux thèmes analysés à partir des entretiens, stages et études documentaires réalisés en métropole.

De cette étude, tentant d'identifier les limites et l'intérêt des pratiques développées, nous essayons de tirer, en tenant compte de nos spécificités socioculturelles et de l'adaptabilité des solutions innovantes observées, quelques enseignements pour la Nouvelle Calédonie. Ceux-ci nous permettent de proposer quelques pistes de réflexion pour améliorer les coordinations.

# PREMIERE PARTIE : LES PRATIQUES PARTENARIALES EN NOUVELLE CALEDONIE

## 1.1. LE CONTEXTE GENERAL DE LA NOUVELLE CALEDONIE

### 1.1.1. LA NOUVELLE CALEDONIE, UN ESPACE MULTICULTUREL ORIGINAL EN MUTATION

C'est un espace francophone au cœur d'un océan anglophone, la terre française habitée la plus éloignée de Paris (Nouméa-Paris : 16 732 km) (voir carte en annexe 1).

#### Géographie et climat

La Nouvelle Calédonie (la "Grande Terre", soit 16 890 km<sup>2</sup>) forme avec les Îles Loyautés et l'île des Pins, et une trentaine d'îles et d'îlots, un archipel de 18 575 km<sup>2</sup> réparti sur une zone maritime de 1 740 000 km<sup>2</sup> et étirée sur 1 500 km d'est en ouest et plus de 800 km du nord au sud (94).

La Grande Terre est une île montagneuse, aux reliefs accidentés, avec des plaines étagées à l'ouest couvertes de savanes et bordée de mangroves, et une plaine côtière étroite à l'est bordée de plages et soumise aux alizés. Elle est entourée sur toute sa longueur par le plus grand lagon fermé du Monde : 600 km de long sur 200 km de large, frangé d'îles paradisiaques. C'est un écosystème fragile qui, du fait de son isolement, a développé une faune et une flore uniques au monde. C'est aussi 20% des richesses mondiales en nickel dont l'exploitation crée des risques environnementaux.

Le climat est tropical, mais adouci par les alizés, avec 7 mois avoisinant les 20°C, ce qui a permis d'installer, de façon durable au XIX<sup>ème</sup> siècle, une colonisation européenne. L'hygrométrie y est forte et le régime pluviométrique très diversifié, avec des zones sèches et des zones très humides. Le régime thermique est homogène avec 4 périodes : chaude de novembre à mars (moyennes maximales au-dessus de 30°C, période des cyclones), fraîche en juillet-août (moyennes minimales autour de 15°C), et 2 saisons de transition.

## Un peu d'histoire

Terre isolée mais de peuplement ancien, la Nouvelle Calédonie fut d'abord habitée par des chasseurs cueilleurs austronésiens ou polynésiens supplantés dès 2000 avant J-C par les navigateurs, puis horticulteurs mélanésiens. Les kanaks d'aujourd'hui sont leurs descendants.

L'archipel fut "découvert" par James COOK en 1774, suivi par les santaliers, puis par les missionnaires avant que la France n'en prenne possession en 1853 pour contrer les anglais et leurs missionnaires protestants. Il s'ensuivit une deuxième vague de peuplement "européenne", d'abord par les bagnards (communards puis droits communs) et des condamnés berbères, puis par des colons libres. La découverte des gisements de nickel en 1873 amena l'arrivée de travailleurs asiatiques (tonkinois, indonésiens, japonais...) puis dans les années 1950 à 1970 (le boom du nickel où des fortunes se constituèrent en quelques années), celle de travailleurs tahitiens, wallisiens, antillais.

La Calédonie d'aujourd'hui est un grand "Melting Pot" où coexistent des métissages variés d'où se détachent des kanaks (45 %), les européens (35 %) et les wallisiens (8 %). C'est donc un pays original mais aussi conflictuel, où le passé et la "dette coloniale" marquent encore les esprits. Les "événements" de 1984 et 1988 découlent d'une évolution duale du territoire et de la revendication du peuple kanak à un partage plus fort des responsabilités politiques et économiques.

Les accords de Matignon de juin 1988, signés par les représentants de l'État, Jacques LAFLEUR et Jean-Marie TJIBAOU posèrent les bases d'un développement commun basé sur un rééquilibrage entre les communautés et les diverses zones du territoire. Des accords de Matignon découle la constitution des trois provinces (Sud, Nord et Îles, voir carte en annexe 1) qui sont des collectivités territoriales de la République, dotées de compétences élargies en matière de développement, de réglementation, et d'action sanitaire et sociale.

Les accords de Nouméa, signés en 1998, ont confirmé ces orientations et mis en place les éléments d'une large autonomie du territoire devenu pays d'outre mer (POM). Des accords de Nouméa découlent la création du gouvernement de la Nouvelle Calédonie qui est doté de pouvoirs réglementaires et de décision propres, hors les compétences régaliennes de l'État, dans le cadre d'une large autonomie. La grande majorité des citoyens néo-calédoniens (justifiant de 10 ans de résidence au moins et du siège de leurs intérêts matériels et moraux dans le pays) a confirmé, suite aux dernières élections de 1999, son attachement au maintien de la Nouvelle Calédonie dans la République française.

### 1.1.2. LE CONSTAT SANITAIRE

La Nouvelle Calédonie est caractérisée par une infrastructure sanitaire plus développée que celle de nombreuses autres îles du Pacifique et capable d'offrir en théorie des prestations médicales et médico-sociales d'un niveau proche de ce que l'on pourrait trouver en Europe ou en Australie.

L'état de santé des calédoniens s'améliore, comme en témoignent les principaux indicateurs de santé recueillis depuis 15 ans<sup>4</sup>. Le pays a entamé sa transition épidémiologique, si ce modèle théorique, dans sa simplicité, reste valable. Il coexiste encore certaines pathologies évitables, infectieuses ou liées aux modes de vie traditionnels et qui persistent à un niveau trop élevé par rapport au niveau de développement du système de santé et donc des résultats attendus. Leur persistance se fait avec des niveaux variables selon le type de population et la communauté d'appartenance. Une inégalité se crée entre les diverses populations sur une base plus géographique que communautaire.

Dans le même temps, les modes de vie modernes induisent l'apparition de nouveaux problèmes de santé dus entre autres :

- Aux déséquilibres nutritionnels, dont les conséquences sont particulièrement lourdes en termes de pathologies induites, dont le diabète et les maladies cardio-vasculaires en constant accroissement : les pathologies cardio-vasculaires représentent en 1998 (101, p. 233) 50 % des longues maladies déclarées et le diabète près de 20 %, avec un taux d'accroissement annuel de la déclaration de 10% au moins.
- Aux conséquences de l'irruption de valeurs modernes dans des sociétés traditionnelles régies par d'autres règles que l'économie de marché ou la productivité. Elle se traduit par des phénomènes de migrations internes et de déracinement peu propices à la prise en charge par l'individu de sa propre santé. Celle-ci demeure trop souvent au second plan des préoccupations, après le logement ou la recherche d'un travail.
- Aux divers modes d'addiction survenant soit :
  - Dans un contexte d'inadaptation sociale ou de transgression (alcool, cannabis) avec de nombreuses conséquences en termes de traumatologie (accidents de la route, violences domestiques...) ou sociologiques (maltraitance, carences parentales et de soins aux enfants). Ces problèmes font régulièrement la une des journaux. Ainsi le taux de décès liés à des accidents de la route est-il le double de celui constaté en Métropole, avec dans la majorité des cas, une alcoolisation sous-jacente associée à une vitesse excessive. Par exemple, dans une

---

<sup>4</sup> Rapports annuels DTASS puis DASS-NC n° 1 à n° 15 (1998). On peut ainsi citer l'espérance de vie passée de 66,5 ans en 1989 à 73,3 ans en 1998 avec une forte surmortalité précoce masculine. Et le taux brut de mortalité infantile

commune de 5 500 habitants de la côte Est, j'ai pu noter en 1991 et sur une période huit mois, 11 décès par accident de la route. L'alcool et/ou le cannabis étaient en cause dans tous les accidents. En moyenne, il y a chaque année entre 60 et 70 décès par an (101, p. 314-21) pour 6 observations sur 9 entre 1990 et 1998, avec un minimum de 42 en 1996 et un maximum à 74 en 1990. Ces chiffres ramenés à la population métropolitaine donneraient des projections de 18 à 24 000 décès annuels avec des extrêmes à 12 800 et 28 200.

- Dans un contexte d'activité "sociale" (kava<sup>5</sup>, tabac, alcool) avec des conséquences en terme de pathologies induites ou de carences familiales.

### 1.1.3. LE CONSTAT STRUCTUREL

L'analyse des caractéristiques des groupes les plus atteints et la mise en œuvre de programmes spécifiques de santé publique en direction de ces populations et afin de réduire les inégalités est une priorité des élus traduite dans la déclaration de politique générale du gouvernement de la Nouvelle Calédonie et celles des élus indépendantistes.

Cependant, malgré les efforts de tous, la part accordée à la prévention reste encore trop faible (entre 2 et 3% des dépenses de santé en y incluant le fonctionnement des services de prévention, mais sans y intégrer les dépenses d'intervention sociale) et a même diminué en 1999 par rapport à 1997 au regard des moyens globaux alloués à la santé<sup>6</sup>.

On assiste à un recul relatif des structures polyvalentes publiques de proximité<sup>7</sup>, y compris dans le milieu rural, associé à une progression constante de l'offre libérale dont les praticiens travaillent sur un mode curatif et dans le cadre de suivis individualisés. Cette évolution semble se faire au détriment des actions de santé globales et du suivi collectif des populations. Ainsi, même si l'offre globale s'accroît, certains indicateurs stagnent et le modèle biomédical semble montrer ses limites dans la relation entre les moyens engagés et les résultats obtenus.

Le constat des autorités sanitaires est donc celui de la nécessité d'adaptations du système orientées vers une meilleure organisation et le développement de complémentarités entre les structures d'une part,

---

passé de 11 ‰ en 1969 à 6,9 ‰ en 1998. (pour comparer : Martinique 6 ‰, Polynésie Française 9 ‰ en 1996, Guyane 18 ‰).

<sup>5</sup> Le Kava est une racine aux propriétés apaisantes très riche en alcaloïdes et offerte traditionnellement aux invités à Fidji et au Vanuatu. C'est une mode depuis quelques années et sa consommation s'accompagne d'absence au foyer et d'addictions croisées (alcool, cannabis).

<sup>6</sup> 2,55 ‰ en 1998/comptes de la santé 1998 in la situation sanitaire en Nouvelle Calédonie 1998 - pp. 442 et 461.

<sup>7</sup> Constats d'analyse de documents internes au contrôle médical de la CAFAT (cf. abréviations) et aux rapports annuels d'activité des dispensaires.

et les acteurs de santé entre eux d'autre part. Pour répondre à ces enjeux, un plan ambitieux fut mis en place par les délibérations du congrès n° 490 à n° 495 du 11 août 1994, reposant sur trois piliers :

- a) La mise en place d'une planification sanitaire au niveau territorial, avec pour objectif l'obtention d'une meilleure mise en adéquation entre les besoins des diverses communautés de la Nouvelle Calédonie et la réponse que le système de santé devait leur apporter ; avec un souci de modernisation, d'adaptation, de rééquilibrage et de coordination de l'offre. Cette planification devait intégrer la géographie du territoire et l'isolement fréquent des populations de l'intérieur qui n'aident pas à la mise en place de solutions de proximité, car elles sont techniquement complexes et de coût élevé par rapport aux bénéfices retirés. Récemment, des démarches communautaires locales ont semblé objectiver des pistes prometteuses comme dans l'extrême sud du territoire à Yaté.
  
- b) Le 1<sup>er</sup> plan de maîtrise des dépenses de santé reposait entre autres sur la mise en place d'un dispositif conventionnel, d'un gel des installations sur Nouméa, des incitations à la mise en œuvre de réseaux de soins et à l'installation de professionnels dans les zones sous équipées. Après des résultats encourageants, ce dispositif a montré des limites qui incitent à l'améliorer. Les partenaires impliqués se sont donc attelés à cette tâche depuis 1999. Parmi les obstacles influant sur la dérive des dépenses, le système souffrait en particulier de l'absence de coordinations formalisées entre des acteurs défendant des logiques de groupe d'une part, et de l'absence d'objectifs consensuels et négociés d'évolution autour d'objectifs communs clairement identifiés et affichés d'autre part. La capacité de financement stagnant, il se posait à moyen terme le problème de la viabilité du système de protection sociale.
  
- c) Enfin le Comité de prévention de la Nouvelle Calédonie devait constituer le troisième fondement de ce dispositif, avec pour objectif de coordonner les actions de prévention et l'ensemble des acteurs impliqués sur neuf thèmes prioritaires dont entre autres la tuberculose, l'hypertension artérielle, le rhumatisme articulaire aigu (RAA), le bon usage du médicament ... choisis pour leur forte incidence, leur coût humain et économique, et leur vulnérabilité à une action sanitaire efficace.

#### 1.1.4. LE CONSTAT CULTUREL

L'irruption de la modernité perturbe des organisations et des modes de vie traditionnels et crée des déséquilibres sociaux qui aggravent les inégalités de santé. Parfois, ce sont les institutions elles-mêmes qui aggravent les déséquilibres : l'introduction, par exemple, de prestations sociales en espèces se fait souvent au détriment des solidarités traditionnelles claniques ou familiales.

La dimension océanienne est trop souvent insuffisamment prise en compte par les soignants. La perception de cette dimension par les acteurs reste l'exception : ainsi, une étude de l'usage par les soignants du vocabulaire médical et de sa compréhension par les usagers, réalisée par le bureau d'éducation sanitaire de la Province Sud (BESPS) en 1992, sur le Grand Nouméa, avait objectivé de réels problèmes de communication.

Des éléments intéressants apparaissent dans les études de Christine SALOMON (107) sur les savoirs et pouvoirs thérapeutiques Kanaks, et de Karine FAVIER (100) sur le recours aux soins dans la banlieue de Nouméa. Ces études reposent en grande partie sur la rencontre des usagers dans leur milieu de vie (tribus, squats ou lotissements...), il en ressort que :

- Le cheminement du patient océanien et son environnement spécifique expliquent l'échec de nombreuses démarches de soins curatives ou préventives. La médecine occidentale ou l'action du travailleur social interviennent dans un processus qui a une cohérence en amont et en aval de l'intervention sanitaire et sociale et qui n'est pas toujours connu de l'intervenant. Dans ce processus, interagissent d'autres "praticiens" jugés tout aussi efficaces et plus globaux, car ils restituent l'individu dans son contexte familial, ancestral et environnemental. Dans ce cadre, certains individus peuvent avoir par legs des pouvoirs thérapeutiques qui s'exercent dans des conditions et selon un cheminement précis : la définition et la classification de la maladie et le fait de la nommer conditionnant le chemin thérapeutique à privilégier. Notre médecine occidentale n'est donc souvent qu'une des voies envisageables de traitement, dont la mise en action répond à une démarche précise, voire codifiée par l'usage. La confiance que le patient y place étant souvent conditionnée par le respect de ces usages.
- La formation initiale des soignants, libéraux ou publics, faite en métropole est souvent mise en œuvre ici sans les ajustements et la compréhension nécessaires. Des démarches adéquates nécessiteraient de la part de nos techniciens plus de temps, d'accompagnement, et d'humilité ainsi que l'intégration de schémas de pensée très différents des leurs. Ce constat est bien sur le même que celui qui est fait en métropole au contact des populations de cultures différentes : africains, maghrébins, haïtiens, asiatiques... Cependant et trop souvent, la densité de notre travail nous empêche de prendre en compte ces données de façon efficace. Et si on ne se donne pas le temps, il est difficile de créer un pont en direction du patient, bien souvent paralysé devant le médecin ou le travailleur social et n'osant pas prendre la parole. D'où une fréquente incompréhension entre les deux parties.

- Ces schémas s'appliquent en milieu traditionnel comme dans les quartiers défavorisés ou les squats de Nouméa ainsi que le démontre Karine FAVIER (100). Malgré l'amélioration du niveau de scolarisation, les pratiques traditionnelles persistent toujours, voire se renforcent. La difficulté de l'accès au soin, géographique ou financière en particulier, ainsi que la méconnaissance des circuits de prise en charge sociale conditionne souvent la modalité thérapeutique choisie et le recours à l'une des formes de soin : traditionnel ou occidental. Pour Karine FAVIER. "Quelque soit l'utilisation des structures de soins, la médecine reste la base du mode de pensée et de conception de la maladie, parce qu'elle est essentiellement un mode de relation sociale".
- Il en résulte que la formation initiale reçue par les acteurs de santé de Nouvelle Calédonie devrait être ici, plus qu'ailleurs, ajustée au milieu d'exercice, et que les structures devraient, en termes d'organisation, intégrer ces notions pour adapter les réponses. En ce sens, le travail de proximité, basé sur des approches pluridisciplinaires, avec les ressources de la communauté et une information spécifique des usagers semblait utile à tous les acteurs.

L'interface et le contact transculturels semblaient, pour une compréhension accrue, des éléments essentiels pour que s'instaure un véritable dialogue entre soignants institutionnels ou libéraux d'une part, et patients d'autre part. Les recherches du groupe d'Alban BENSA à Nouméa et celles de Christine SALOMON (107) allaient en ce sens, et il semble intéressant d'étudier d'autres démarches semblables dans le Pacifique ou en métropole pour identifier des outils utilisés ou expérimentés par d'autres équipes de terrain, avec le recul qui est le leur.

- Enfin, il faut noter que le contexte traditionnel océanien rend parfois difficile l'acceptation de certains concepts relevant des droits de l'être humain et des programmes qui en découlent. Ainsi, en matière de maltraitance de l'enfant et de la femme, celle-ci est intégrée à des schémas traditionnels d'exercice de l'autorité (sevrage brutal de l'enfant à la grossesse suivante, initiations sexuelles) que certaines situations de précarité ou d'addiction aggravent. Ces problèmes font régulièrement la une des journaux et ont généré une prise de conscience collective, avec l'aide d'associations, qui permet une levée progressive du voile sur ces situations, non sans risque pour ceux et celles qui dénoncent les faits.

## 1.2. LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

La population de la Nouvelle Calédonie est jeune, et son taux d'accroissement naturel annuel (101), même s'il a constamment diminué depuis 1974 (26,4 ‰) reste élevé (16,5 ‰) avec des variations entre les 3 provinces du fait de modes de vie différents. Le taux de natalité varie entre les trois provinces (province des Îles 25,4 ‰, province Nord 22,7 ‰ et province Sud 20 ‰ à comparer avec les 12 ‰ de la métropole et les 28 ‰ de la Guyane, niveau le plus élevé des DOM. La Réunion étant à 20 ‰ et la Martinique à 15 ‰, niveau le plus bas). Le taux de natalité global néo-calédonien reste donc élevé, à 21,3 ‰ avec une décroissance constante et des variations qui tendent à s'atténuer entre les provinces.

### 1.2.1. LA SANTE DES MERES

Chez les mères, si le suivi des grossesses est globalement satisfaisant (90, 101), il persiste de fortes inégalités liées à la communauté d'origine, à la résidence, et aux conditions socio-économiques. Des problèmes de suivi sont rencontrés auprès des jeunes et très jeunes mères océaniques avec des conséquences majeures en termes de prématurité, de retards de croissance occasionnant une embolisation de l'unique service de néonatalogie par des hospitalisations lourdes et durables, avec des taux de séquelles et de handicaps élevés. Une pré-enquête a été réalisée en 1999 pour délimiter ce sujet et elle a abouti en 2000 à la réalisation de l'enquête EPIGONE, dont l'objectif est d'étudier les facteurs de risques de mauvais suivis des grossesses et leurs conséquences en terme de morbidité périnatale. Cette étude associe plusieurs partenaires dont les hospitaliers et les administrations sanitaires, et un peu les usagers.

Par ailleurs, la mauvaise information et le manque de lisibilité relatif des circuits d'accès aux professionnels, (dont de prise en charge financière), sont trop souvent à l'origine d'échecs en matière de contraception avec pour conséquence un taux élevé d'IVG<sup>8</sup>. Celles-ci étant encore souvent considérées comme un moyen contraceptif. La province Sud, dans ce cadre, a mis en place une campagne d'information de proximité sur la contraception associée à des actions de formation des professionnels et de promotion de certains moyens tels que le DIU. Parallèlement, le Centre de Conseil Familial de la Province Sud (CCF), créé en 1992, outre des missions de soutien familial, développe un réseau extra hospitalier d'accès à l'IVG. Ce réseau sera basé sur un maillage de proximité de tout le territoire, avec la participation des médecins, sages-femmes et assistantes sociales des dispensaires de l'intérieur formés

---

<sup>8</sup> Données situation sanitaire en Nouvelle Calédonie 1998 : le taux d'IVG en 1998 (déclarées ou non) était estimé à 1 pour 2 accouchements (0,50) environ, dont une proportion décroissante se pratique en milieu non sécurisé et/ou hors des critères de qualité recommandés associant visite médicale, conseil psychologique et suivi social avant une intervention en milieu chirurgical (de 75 % environ il y a 4 ans à 40 % actuellement). Ce chiffre est à comparer avec les 0,73 de la Guadeloupe et les 0,20 de l'Alsace par exemple.

à cet effet pour conseiller et orienter les femmes. Des médecins libéraux, formés au "counselling" complèteraient le dispositif sur le Grand Nouméa. Les patientes qui confirmeraient leur volonté seraient orientées vers des spécialistes hospitaliers public et privés qui s'engageraient au respect de bonnes pratiques techniques et de sécurité. En cas de risques particuliers, elles seraient orientées vers le CCF pour un soutien social et psychologique. (Le Congrès de la Nouvelle Calédonie, le 15 décembre 2000, après plus de 20 ans d'effort a voté une loi autorisant l'IVG et qui devrait aider à mettre en place ce dispositif).

Dans l'intérieur, l'isolement géographique et la faiblesse relative des infrastructures sanitaires et sociales compliquent encore les circuits d'accès et rendent difficiles la mise en œuvre des suivis bien coordonnés nécessaires au maintien de la motivation des femmes, qui reculent souvent devant la lourdeur des examens et la difficulté des transports. Et si des coordinations locales efficaces se constituent, leur pérennisation est difficile car les partenaires changent souvent.

### **1.2.2. LA SANTE DES ENFANTS**

Le coût humain et financier de prises en charge trop tardives ou inadéquates reste majeur. Le cas du rhumatisme articulaire aigu (100, p. 183-97) avec 278 cas en 3 ans (186 poussées initiales et 66 rechutes) dont 221 cardiopathies rhumatismales chroniques en est un exemple flagrant avec des parents et des médecins qui, en ne rendant pas toujours les informations nécessaires en temps utile, empêchent de "tracer" le patient. Le dépistage du handicap souffre lui aussi de retards évitables liés à une mauvaise information, à des problèmes d'accessibilité, et à des techniques de dépistage et un suivi ultérieur pas toujours performants. Ce dernier semble souvent la conséquence d'une mauvaise coordination des acteurs concernés (médecins publics, libéraux, travailleurs sociaux).

L'accessibilité géographique, financière, culturelle, et administrative aux prestations de santé n'est pas optimale (88,96). En matière de prise en charge, la réponse est parfois inadaptée. La complexité des couvertures sociales aggrave ce problème. Il existe en effet huit couvertures sociales pour environ 220 000 habitants. Chacune a des conditions d'accès et de prise en charge différentes. Beaucoup de patients cumulant une ou plusieurs de ces prises en charge. Pour 2000, la principale tâche politique dans le domaine social était de simplifier cette couverture en créant une couverture sociale unifiée. Cependant, cette nécessaire simplification se heurtait aux particularités des différents partenaires sociaux, attachés à leur spécificité ou à leurs privilèges. La réalisation d'un suivi conforme de l'enfant relève donc souvent du parcours du combattant qui devient un champ de désarroi pour les usagers cumulant les risques (parents et familles en difficulté, personnes à emploi précaire changeant souvent de couverture...), et souvent mal informés (CSU<sup>1</sup>).

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

Cette couverture sociale unifiée devrait se mettre en place en juillet 2001.

Des dispositifs, visant à favoriser l'accès à la prévention et au suivi, ont été cependant mis en place par les 3 provinces pour les populations défavorisées : les allocations maternelles et infantiles, par le biais d'incitations financières, ont pour objectif de permettre la réalisation de suivis de la grossesse standardisés et conformes aux critères de qualité, et d'induire un suivi post natal de la mère et de son enfant (voir annexe 6).

Deux principes sous tendent la perception des allocations destinées au suivi de l'enfant :

- la réalisation de visites obligatoires à échéances fixes, avec production d'un certificat adressé aux autorités sanitaires,
- des prestations qui doivent couvrir au moins les frais engagés.

La difficulté réside dans les moyens que les provinces peuvent affecter à ces allocations, en comparaison des objectifs du suivi, des contraintes que celui-ci induit pour les parents, et des besoins des enfants. Une réflexion est engagée pour améliorer et uniformiser ces prestations en tenant compte des contraintes.

A ce titre, la principale caisse de la Nouvelle Calédonie, la CAFAT<sup>1</sup>, a mis en place pour ses bénéficiaires, un système plus complet dont il serait utile de s'inspirer en cas de système unifié. Il est cependant plus coûteux et n'est pas accessible aux patients qui en auraient le plus besoin. Ceux-ci sont en effet, les personnes à emploi précaire, qui plus encore que les bénéficiaires de l'aide médicale, renoncent aux soins pour des raisons financières. Ces patients sont souvent rebutés par la complexité des modalités d'accès à la CAFAT, dont ils devraient en théorie relever et basculent par facilité vers l'aide médicale en omettant de déclarer leurs emplois à durée déterminée.

C'est dans ce cadre que se positionnent les actions de PMI, conduites par les services provinciaux.

## 1.3. LA PMI EN NOUVELLE CALEDONIE

### 1.3.1. DES COMPETENCES MAL DEFINIES MAIS EXERCEES PAR LES COLLECTIVITES PROVINCIALES

Les compétences des provinces, collectivités territoriales de la République, découlent directement des accords de MATIGNON, signés en juin 1988, à l'issue d'une période difficile pour la Nouvelle Calédonie, et de la loi organique n°88-1028 du 9 novembre 1988. Les orientations globales de cette loi ont été confirmées par les accords de Nouméa de 1998 concrétisés par la loi organique n°99-209 du 19 mars 1999. Dans ce cadre, les provinces se sont vues attribuer des compétences d'action sanitaire et sociale sans que le contenu précis des interventions qui en découlent soit totalement clarifié et exhaustivement listé, ce qui peut prêter à confusion entre les différentes collectivités du territoire. Les compétences provinciales ont plutôt été définies en miroir de celles attribuées au gouvernement et aux institutions du "Pays de Nouvelle Calédonie". Ces dernières sont listées et font l'objet de transferts de moyens lorsque les compétences étaient auparavant exercées par l'État. Elles incluent donc depuis 1999 la protection sociale, l'hygiène publique et la santé, le contrôle sanitaire aux frontières.

Les provinces sont chargées de la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale : l'objectif du législateur étant de permettre à chacune des provinces de développer une spécificité d'action en conformité avec ses orientations politiques, "Indépendantiste" pour le Nord et les Îles, "Loyaliste" pour le Sud en 2000.

L'interprétation large qui est actuellement donnée à la notion d'action sanitaire fait que, dans le cadre de la Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale (DPASS), le service d'action sanitaire provincial a des compétences élargies qui sont celles d'un conseil général de métropole (PMI, planification familiale, tuberculose et MST...) assorties de compétences en matière de médecine scolaire et préventive, d'hygiène collective, de promotion de la santé et de réponse aux urgences épidémiologiques qui, en métropole, sont exercées par les DDASS. Par ailleurs, le service d'action sanitaire gère des formations polyvalentes assurant dans l'intérieur et le Grand Nouméa une offre à la fois curative et préventive tout en assurant aussi la continuité des soins et les urgences. Ce service participe également aux commissions conventionnelles médicales issues du plan de maîtrise des dépenses de santé au titre de l'aide médicale provinciale.

La construction des PMI provinciales s'est donc faite dans ce cadre et à partir de services polyvalents issus de la médecine "coloniale" dont la PMI s'est peu à peu extraite, en dehors d'une réglementation spécifique. Seule la province Sud a développé une structure de PMI spécialisée sur Nouméa, l'activité de PMI dans l'intérieur de la province Sud et les autres provinces demeurant intégrée dans les activités curatives et préventives générales des circonscriptions médico-sociales publiques.

**Un rôle curatif et social traditionnel et bien reconnu:** il s'ensuit que l'activité de PMI a pris une orientation spécifique différente de celle qui a été impulsée par les lois de 1945 en métropole. Cette orientation rencontre des enjeux propres au territoire, dont les aspects socioculturels développés dans le premier chapitre. En particulier, elle assume une mission de "soins curatifs sociale" qui fut pendant bien

longtemps sa raison d'être, du fait de l'absence quasi totale d'offre libérale sur ce créneau jusque récemment. Pour Nouméa, cette offre ne fut en effet solvabilisée que par l'ouverture partielle de l'aide médicale aux médecins libéraux au début des années 1990. Dans l'intérieur, c'est l'extension de leurs implantations, conséquence de l'instauration d'un gel des installations sur Nouméa, qui a ouvert le choix avec cependant le constat d'une perte d'information sur les suivis réalisés.

De l'avis de tous les acteurs, cette "médecine curative sociale", développée par la PMI calédonienne, ne peut être abandonnée vu l'ampleur des problèmes de santé infantile, constatés dans les milieux les plus défavorisés (chef de famille au chômage déclaré ou pas, familles monoparentales, enfants adoptés par les grands parents, emplois précaires ou au noir...). En effet, pour cette patientèle, elle constitue une porte d'entrée aisée dans une structure qui développe maintenant en parallèle à sa mission traditionnelle des missions de prévention dans un cadre qui s'inspire des missions classiques dévolues à la PMI en métropole. Le système permet donc de faire bénéficier ces personnes d'actions d'éducation et de prévention individuelles et collectives, puis de les suivre ou de les orienter vers la prise en charge la plus adaptée à leur état, libérale ou spécialisée. Cette orientation, donnée par la hiérarchie provinciale, et sur le constat fait par les équipes des difficultés rencontrées quotidiennement, s'est mise en place depuis 4 ans à Nouméa. Elle reste pour l'instant un voeu pieux hors Nouméa, essentiellement par manque de temps et de puéricultrices qualifiées.

### **1.3.2. LA PMI DE NOUMEA**

L'ouverture d'un centre de PMI spécialisée date de 1969. Ce centre a ensuite officiellement été créé sous l'impulsion des pédiatres du centre hospitalier territorial (CHT) par un arrêté du conseil de gouvernement du territoire du 24 mars 1981. Il était alors rattaché à la division d'hygiène sociale du territoire. C'est lors de la provincialisation en 1990, qu'il a été décidé d'intégrer cette formation au sein de la DPASS, ce qui fut confirmé par un arrêté provincial du 6 mars 1992.

Elle associe 4 centres :

- le centre de PMI du centre ville,
- le centre de PMI de Kamere,
- le centre de PMI de Montravel,
- le centre de PMI de Saint-Quentin.

Ces centres sont articulés en réseau et bénéficient de vacations d'assistantes sociales. Une permanence d'accueil y a été instaurée pour les personnes des quartiers d'implantation. Hors la PMI du centre ville, située face à l'hôpital et à côté du pôle préventif de la DPASS (centre médico-scolaire, centre de conseil familial et centre médical polyvalent de Nouméa) ce sont des quartiers défavorisés.

La PMI comprend 2 secteurs bien individualisés : la protection maternelle et la protection infantile. Compte tenu du champ d'étude délimité pour ce mémoire, nous ne nous intéresserons surtout qu'à la seconde.

**La protection infantile** a pour mission d'organiser :

- des consultations médicales et de prévention médico-sociale au profit des nourrissons et des enfants de 0 à 6 ans,
- un suivi à domicile des enfants requérant une attention particulière,
- des actions d'information et de formation auprès de publics cibles : associations de femmes, assistantes maternelles, assistantes sociales...
- un travail de réflexion sur les outils de suivi de l'enfant en association avec les pédiatres hospitaliers.

Elle participe aussi au dépistage et à l'orientation des enfants handicapés et à de nombreuses actions en relais des services hospitaliers.

Malgré le volet curatif, il s'agit donc des compétences à minima d'un service de protection infantile, telles que ces tâches sont définies en métropole. En effet, de nombreux axes restent à développer en terme de prévention et d'accompagnement : suivi des assistantes maternelles et des structures d'accueil de la petite enfance, centralisation des certificats obligatoires de suivi de l'enfant, coopérations avec l'ASE.

Enfin, cette PMI développe d'autres missions propres à la Nouvelle Calédonie :

- Ponctuelles dans le cadre de la prise en charge de l'urgence épidémiologique (elle réalise les enquêtes sur les MDO en populations infantiles).
- Et surtout, de la médecine curative de proximité en complément de l'offre libérale et là où celle-ci est carencée ou ne peut s'exercer.
- Enfin, une expérimentation des bilans de maternelle est en cours avec la collaboration du centre médico-scolaire sur la zone de Kamere.

### **1.3.3. LES COLLABORATIONS DEJA ENTREPRISES**

Elles sont réalisées en interne et en externe à la DPASS.

**a) Les collaborations internes** (voir organigramme de la DPASS) : malgré de nombreux efforts, elles restent en deçà des potentialités.

En l'état actuel, elles se font avec :

Les circonscriptions médico-sociales de l'intérieur et des îles (CMSI) : La PMI de Nouméa ne joue actuellement qu'un rôle de conseil des professionnels et de relais éventuel pour des patients se déplaçant de l'intérieur vers Nouméa. Des protocoles sont en cours de constitution pour harmoniser le suivi des enfants et l'on essaie dans les CMSI de positionner des personnes ayant subi une formation en PMI, en attendant de placer partout des puéricultrices.

Pour les circonscriptions médicales du Grand Nouméa un travail d'harmonisation des pratiques a débuté de façon à offrir aux familles de l'agglomération qui y recourent un suivi standard.

Le centre médico-scolaire (CMS) : ce centre assure actuellement les bilans de maternelle. La réflexion sur des coordinations avec la PMI est bien entamée, avec des protocoles de liaison autour de dossiers communs de suivi en cours de constitution, ce qui assurerait la continuité du suivi des enfants de la PMI de la naissance jusqu'au collège, pour les enfants cumulant les risques médicaux ou sociaux, s'ils sont bien identifiés par les professionnels. Une coopération sur les bilans de maternelle a débuté, afin d'associer les puéricultrices aux dépistages réalisés par la médecine scolaire dans ces classes. Il est prévu que plus tard, la visite d'incorporation et celle de 3 ans en petite section, soient réalisées par la PMI, soit isolément, soit de façon mixte avec le CMS ; les suivis étant assurés dans le milieu naturel des enfants par la PMI, si nécessaire.

Le service social et les assistantes sociales polyvalentes de secteur, sont surtout sollicitées lorsque les équipes de PMI identifient des situations à risques et lors des visites à domicile réalisées en équipes. Malgré les efforts, il s'agit d'une collaboration à minima. Des permanences communes sont cependant organisées sur Nouméa, et des personnels d'accueil formés à l'orientation vers la PMI ou le secteur social.

Le travail avec l'ASE se fait autour des signalements et parfois dans le cadre de procédures judiciaires. Ce service reste cependant assez imperméable à la notion de mise en œuvre de protocoles communs formalisés malgré de nombreuses réunions et un accord de principe.

Le travail avec le service chargé du contrôle de conformité des installations accueillant les enfants (et les personnes âgées) est bon et s'oriente vers l'information en commun des assistantes maternelles et la réalisation d'une réglementation provinciale, destinée à mettre de l'ordre dans les modes de garde tout en rendant la formation des assistantes maternelles obligatoire. C'est l'ébauche espérée d'un travail plus conséquent sur les modes de garde et d'accueil.

**b) Les collaborations externes** : elles se sont rapidement développées depuis 1997 quoique restant imparfaites.

En l'état actuel, elles se font avec :

Le centre hospitalier territorial (CHT) : Dans le cadre de protocoles de liaisons formalisés avec les services de maternité, de néonatalogie et de pédiatrie, des visites périodiques de puéricultrices responsables en fonction de leur zone d'exercice sont organisées. Des dossiers communs existent. Les agents de la PMI de Nouméa assurent aussi pour le CHT des liaisons avec les CMSI de l'intérieur. L'implantation d'une antenne de PMI y est envisagée vu l'existence d'un site de PMI propre à cet endroit et du volume des accouchements réalisés chaque année (>2600 en 1998). Le CHT assure aussi la formation continue du personnel de PMI. Enfin, les néonatalogistes assurent des consultations délocalisées dans certaines de nos formations de l'intérieur et envisagent d'y assurer aussi des formations continues délocalisées aux gestes de l'urgence.

Les praticiens libéraux : Les collaborations sont encore trop rares et se sont instaurées autour de cas individuels et de haltes garderies parapubliques. Cependant, l'attitude actuelle oscille entre le militantisme coopératif, l'indifférence bienveillante et le mépris à peine caché. Il n'y a aucune collaboration avec les cliniques privées qui ont assuré pourtant près de 1 000 accouchements en 1998, nombre croissant régulièrement (600 accouchements en 1990).

Les travailleuses familiales, les CCAS ou DSU sur certaines zones sont des partenaires autour d'actions spécifiques occasionnelles (programmes, animations), plus que des partenaires permanents.

Les caisses : Un protocole d'accord a été signé avec les caisses pour la prise en charge des vaccins réalisés en PMI, ce qui en limitera le coût pour les caisses et améliorera la couverture vaccinale tout en évitant aux parents, surtout issus des milieux défavorisés, de multiples pérégrinations sources d'abandon et de non-vaccination. Un projet d'agent référent de caisse a aussi été lancé : il serait contacté de façon préférentielle lorsqu'un problème aigu de prise en charge se pose afin de trouver des solutions rapides ponctuelles.

Les usagers : Un travail de formation de relais est entamé dans les populations les plus concernées, malheureusement limité par le manque de personnels affectés à ces tâches. Les associations de femmes et les CCAS sont des interlocuteurs privilégiés pour la réalisation de ce travail. En Nouvelle Calédonie, l'usager n'est pas encore suffisamment impliqué dans la conception et la réalisation des actions de santé hors certaines initiatives comme celles de YATE déjà citée.

Enfin, une infirmière cite les délégués médicaux et les "représentants des laits pour nourrissons" comme des interlocuteurs privilégiés.

Pour l'instant, ces collaborations relèvent plus d'une démarche provenant de la PMI de Nouméa, soutenue par la hiérarchie, que d'une volonté propre des autres acteurs hors certains pédiatres et néonatalogues hospitaliers. Globalement, la PMI a identifié de nombreux partenaires avec lesquels il lui semble qu'elle pourrait utilement travailler, mais cette collaboration rencontre de nombreux obstacles.

## **1.4. LE QUESTIONNAIRE NEOCALEDONIEN : ANALYSE DES REPONSES**

L'analyse des réponses du questionnaire adressé aux acteurs néocalédoniens a permis de cerner les éléments suivants :

### Pour la DPASS

#### 4.1. Des obstacles internes à la DPASS

- Vus par la direction
- Vus par le personnel

#### 4.2. Des convergences internes à la DPASS

#### 4.3. Des obstacles externes à la DPASS vus par notre structure.

### Pour les partenaires de la DPASS

#### 4.4. La vision des partenaires vis à vis des actions de PMI et de l'organisation du système.

#### 4.5. Le positionnement de la PMI, vu par les acteurs externes à la DPASS.

### **1.4.1. OBSTACLES INTERNES A LA DPASS**

**Les obstacles internes à la DPASS** semblent importants, structurels et difficiles à corriger.

- A) **Tels qu'ils sont vus par la direction.** Pour cette partie, sont associés aux questionnaires des comptes-rendus de réunions). Ce sont des obstacles de gestion ou dus aux professionnels eux-mêmes.

### **Obstacles de gestion**

La décentralisation des activités et la mise en œuvre des actions est freinée par les possibilités actuelles de la structure et la faible réactivité de l'administration provinciale. Il faut de 2 à 4 ans pour que les demandes en personnels justifiées soient honorées, et de 1 à 2 ans pour que les demandes de moyens le soient. Ce problème est majeur et retentit sur les possibilités de restructuration fonctionnelles envisagées pour les services. Les procédures administratives nuisent à la réactivité et sont souvent à la source d'une certaine démotivation, même si les professionnels ont leur part de responsabilité.

### **Obstacles dus aux professionnels**

Pour évaluer les actions et le fonctionnement : la population des quartiers de Nouméa, où des structures délocalisées se sont installées, croît rapidement. Ces populations sont peu médicalisées, souvent peu suivies en milieu libéral et au plan préventif, ont de faibles ressources financières et sont parfois découplées de leur environnement naturel, voire en rupture avec celui-ci. Si le besoin, traduit par une demande en croissance rapide semble évident, son analyse est difficile à faire. En effet, et par culture, les professionnels ont des difficultés à recueillir des données susceptibles de permettre des évaluations. Si les recueils existent, ils ont du mal à accepter le changement des pratiques pour rendre ces recueils plus performants.

L'épidémiologiste inter provinciale travaille en rencontrant des difficultés sur l'amélioration de ces recueils. Ces évaluations sont cependant nécessaires pour justifier les demandes de moyens auprès de l'administration. Cette carence explique, mais en partie seulement, les problèmes de gestion sus - cités. La réticence porte aussi sur la critique où les contrôles éventuels qui pourraient découler de l'évaluation. En particulier le regard qui serait posé sur les pratiques et l'organisation, et les propositions d'ajustements qui pourraient en découler.

La prééminence des médecins dans les initiatives, culturelle ou due à leur pouvoir hiérarchique sur les autres personnels fausse parfois l'orientation des actions et la mise en œuvre d'une réelle démarche pluridisciplinaire : le problème est "médicalisé". Ainsi, certaines initiatives d'infirmières de terrain, ou de membres d'associations, quoique pertinentes ne sont pas valorisées parce que le médecin pense que son approche à lui est plus efficace. Enfin, les médecins ont plus tendance à commander qu'à déléguer et accompagner.

La formation des personnels relève de modèles métropolitains pas toujours adaptés au contexte océanien et appliqués tels quels. En ce sens, les personnels "locaux" ont souvent des initiatives intéressantes grâce à leur connaissance du terrain.

Absence de culture et de méthodologie de santé publique : relier et coordonner est parfois ressenti comme un obstacle au libre arbitre et à l'indépendance professionnelle, dans un souci de prise en charge d'abord singulière. Cela gêne l'action collective. Par ailleurs, la notion de coopération reste floue et selon les interlocuteurs, donne lieu à une grande variété d'acceptions différentes. Le mot objectif est perçu de façon très variable selon les interlocuteurs.

Le bon vieux cloisonnement du sanitaire et social est également très fort chez nous et le travail de PMI souffre de la carence à la fois en personnels, mais aussi en intérêt du secteur social par rapport à la PMI. Les assistantes sociales des secteurs sont toujours débordées et malgré de nombreuses réunions, peu de progrès ont été faits. Une réflexion sur les pratiques et les coordinations s'est engagée.

Le glissement vieillissement technicité a une incidence majeure en Province Sud : en effet, le coût des personnels qui en découle grève lourdement le budget de fonctionnement et donc la capacité d'investissement. Par ailleurs, certains des personnels mutés dans les services de médecine préventive ne sont pas les plus motivés et sont des personnels en fin de carrière, certes parfois méritants, mais qui en tout cas sont trop souvent moins performants et ont moins de connaissances que de jeunes personnels, ainsi qu'une capacité moindre au changement et à l'intégration de nouvelles procédures de travail. Hors du fait des statuts, ces personnels sont prioritaires et ont ce droit, mais la performance d'ensemble s'en ressent car l'expérience n'arrive pas toujours à équilibrer au plan des résultats, le manque de motivation. Ce problème est moins important dans les autres provinces, même si la motivation de certains fonctionnaires y laisse à désirer. La faible motivation a de fortes conséquences sur l'acquisition de nouvelles techniques ou la capacité à se responsabiliser pour atteindre des objectifs. L'affectation dans un service de prévention est encore trop vécue comme un relais paisible d'une carrière épuisante à l'hôpital ou dans les CMSI.

La difficulté à ajuster sa pratique professionnelle dans un contexte de "fonctionnarisation" sur des bases d'horaires fixes, et de salaire garanti, accrue parfois par une certaine démotivation, lorsque les besoins des usagers et la mise en œuvre d'actions nécessitent au contraire une grande souplesse. La mise en place d'horaires décalés, utiles pour atteindre certaines populations est ainsi très difficile.

**B) Tels que vus par les personnels DPASS** : ce sont des obstacles liés à la gestion, aux rapports interhumains, ou aux actions réalisées.

## **Obstacles dans la gestion du quotidien**

Le manque de temps et de disponibilité eut égard aux tâches à développer et aux moyens alloués est citée par tous les professionnels. En ce sens les acteurs dénoncent la rigidité des procédures de gestion administrative et le manque de réactivité de l'administration, même lorsque les besoins ont été identifiés et retransmis. Par exemple, les procédures de remplacement rapide, de personnels en congés ou partants, sont très carencées et les personnels estiment que l'usure qui en découle est préjudiciable aux bons rapports et aux partenariats avec la direction, entre les équipes et à l'intérieur des équipes. Cela a motivé les 3 ou 4 non réponses de personnels de la DPASS au questionnaire.

Le manque de personnel : il empêche le maillage des territoires et gêne la mise en œuvre d'actions délocalisées de proximité pourtant jugées nécessaires, et celle de programmes pérennes (cité par 7 personnes sur 9). En particulier certaines actions en relais des structures hospitalières ou la bonne réalisation des VAD sont gênées. Ce manque diminue aussi la disponibilité pour le nécessaire travail de contacts, réunions et négociation nécessaire aux partenariats et à leur suivi ou aux simples liaisons internes, voire à un bon travail de réflexion commun autour des patients (études de cas).

Le découplage de l'ouverture de nouvelles structures et du recrutement subséquent des personnels crée de nombreux problèmes opérationnels (cité par la PMI de Nouméa).

La sous qualification des personnels (6 citations sur 9) liée à l'absence actuelle d'un plan de formation continue, de ressources locales de formation et aux problèmes sus - cités, d'une part et à une réticence de certains personnels anciens à se former à de nouvelles techniques d'autre part. Le plan de formation en cours de conception est donc très attendu. La conséquence de la carence est une hétérogénéité des services délivrés à la population.

## **Obstacles dans les rapports interhumains**

L'absence d'une réelle culture collective de PMI de certains personnels des différents services qui y concourent et qui se traduit par un cloisonnement entre ces services œuvrant pourtant sur le même thème, d'où une redondance de certaines actions. L'organisation actuelle cloisonnant l'ASE, la planification, les établissements ... de façon verticale est perçue comme gênante et multiplicatrice de coordinations et de formalisations ou de réunions évitables. Le respect mutuel est défini par tous les répondants comme une valeur nécessaire

de même que la reconnaissance réciproque des pratiques, certains associant une pratique ajustée à la réalité des problèmes, mais manquant de cursus (formés sur le tas), d'autres ayant la formation mais ne s'adaptant que très peu au contexte socioculturel.

Deux actions s'imposeraient donc :

- un plan de formation visant à créer cette culture,
- une refonte organisationnelle plus fonctionnelle avec une fonction de planification centralisée et collégiale interservices de la DPASS.

La compréhension et la prise en compte des besoins des usagers en fonction du contexte socioculturel (++). C'est l'obstacle toujours cité avec une perception de se sentir parfois inapte à ajuster sa pratique en conséquence. Des formations spécifiques et la recherche d'outils sont demandées et jugées nécessaires, ainsi que plus de temps pour mieux écouter et travailler dans la proximité.

Une organisation parfois trop hiérarchisée dans certains endroits, gênant l'initiative ou la réactivité.

### **Obstacles au niveau des actions réalisées**

En soutien des actions provinciales, on constate l'absence d'une politique "nationale" clairement définie et affichée dans le cadre de schémas et d'une réglementation spécifique par exemple et qui permettrait d'avoir une base de travail commune en définissant certaines liaisons comme celles qui doivent joindre protection maternelle et protection infantile, hôpital et PMI, obligations des hôpitaux.

Hétérogénéité des pratiques et références de fonctionnement variables liées à des "leaderships" locaux, pouvant moduler des protocoles, soit dans le sens d'une amélioration, soit dans le sens d'une perte de leur qualité. Cela peut gêner les usagers qui reçoivent des messages contradictoires en passant d'une structure DPASS à l'autre. Cela gêne les professionnels pour définir des plates-formes communes. Par ailleurs, même si on développe les mêmes actions, les partenaires prioritaires que l'on identifie dans chaque zone ne sont pas toujours les mêmes, ce qui peut compliquer les concertations. La dimension affective reste toujours importante.

Difficulté à définir en conséquence des objectifs communs et à planifier les actions en concertation hors intervention de la hiérarchie, d'où une dérive vers la "verticalité" et la non adéquation des objectifs à la réalité du terrain. Ainsi, la conséquence des actions passées et

mal conduites est la recherche d'une autonomie accrue au détriment d'une action coordonnée, cette demande est signalée par 4 professionnels.

Difficulté aussi à envisager l'action collective avec un large panel d'intervenants et de prioriser parmi ses propres activités celles qui permettent de développer les actions collectives. Souvent, les acteurs se rattachent au manque de technique de "communication", d'animation ou de temps, ou à des problèmes antérieurs non résolus. En ce sens, le travail de coordination est perçu comme nuisant à la réactivité.

Les expériences antérieures mal conduites ont un effet repoussoir pour toute initiative nouvelle, la multiplicité des changements d'orientations successifs aussi. Cela induit une sensation d'incapacité à apporter aux usagers une réponse pérenne et ajustée à leurs demandes. Cela décrédibilise les professionnels par rapport aux patients d'une part et par rapport aux autres professionnels qui auraient pu les solliciter. Il ne suffit pas d'initier, mais encore faut-il être capable de pérenniser.

Tendance des professionnels à couver et assister plutôt que responsabiliser et accompagner : elle relève de la formation initiale et d'une certaine culture "coloniale" vis à vis des océaniens et reste très nette à l'égard des populations défavorisées. Elle a pour corollaire une difficulté à partager le pouvoir pour suivre un patient et nuit à des coordinations.

Insuffisance globale des réponses coordonnées de certains services par rapport à d'autres. Pour l'aide médicale et les assistantes sociales des secteurs, l'insuffisance de réactivité et de mise en commun des moyens sur les structures délocalisées de proximité, autour d'actions communes et surtout lors de demandes d'aides est citée par la moitié des acteurs. Il en découle une grande difficulté à définir et surtout à appliquer des lignes de conduites communes.

Une présence plus affirmée, voire autoritaire de la haute hiérarchie est parfois souhaitée pour implémenter ces actions.

#### **1.4.2. DES CONVERGENCES INTERNES EXISTENT MALGRE CES OBSTACLES ET DONNENT QUELQUES ESPOIRS**

À l'examen des réponses au questionnaire portant sur des conduites à tenir : en cas de maltraitance, d'accès aux soins des populations défavorisées, et de dépistage précoce du handicap, on peut cependant noter une très forte congruence "culturelle" des réponses entre personnels. Les mêmes items y sont retrouvés.

La coopération y est toujours évoquée et les partenaires sont bien identifiés. Le message que ces réponses retransmettent traduit une bonne mise en application des messages de campagnes de sensibilisation antérieures, et une lecture assez convergente des problèmes et des solutions. Cela se traduit par des pratiques décrites qui sont proches : écoute, travail de proximité, présence sur le terrain, coopérations, même si parfois la réalité est éloignée du désir exprimé.

De même, les priorités de travail identifiées font ressortir de fortes convergences :

- Agir dans la proximité (locaux en tribus ou dans les quartiers défavorisés, présence et vacations, VAD...), cité par tous les acteurs. Avec pour objectif de bien connaître les gens, de préparer le travail d'autres professionnels (assistantes sociales, aide médicale...). Pour une infirmière, la connaissance du terrain permet d'éduquer et d'éviter les dérives (retards aux consultations, abus de consommation...).
- Agir sur la parentalité et la responsabilisation individuelle le plus précocement possible, dans un souci de réponse globale et préventive précoce, d'où un effort d'éducation et de compréhension des patients, à associer à un effort d'écoute. La difficulté vis-à-vis de certains publics est clairement exprimée : squats (accès, pérennité des actions), wallisiens (fortes barrières culturelles, groupes peu pénétrables...), familles dont le chef de famille a un emploi précaire ou saisonnier.
- Améliorer le suivi sur des thèmes priorités avant de vouloir tout faire, avec une demande sous-jacente de coordination capable de s'imposer sans contraindre. Parmi les thèmes cités :
  - Le dépistage précoce et les suivis coordonnés de certaines pathologies (dans l'ordre : liées à la nutrition et à l'hygiène, handicaps, ORL, le suivi vaccinal),
  - La maltraitance,
  - Les articulations PM - PI (informations sur l'enfant, suivi et dépistages pendant la grossesse, contraception postnatale),
  - L'accès aux soins des populations défavorisées tant physique que financier,
  - La formation des personnels en particulier sur la communication et l'interculturalité, de façon à mieux ajuster les messages et l'accueil pour les rendre plus efficaces.
- Ces demandes sont plus souvent médico-sociales que médicales pures, ce qui traduit une grande évolution dans les mentalités. Un souci de travail en commun avec d'autres professions devrait en découler, qui est souhaité, mais qui pour l'instant, n'est pas suffisamment traduit dans les faits. Ainsi, "l'unité se renforce par le travail commun et la lisibilité des bénéfices pour chacun, et non juste pour quelques uns" signale une réponse.

**Ce constat rend optimiste sur la possibilité de coopérations impliquant nos agents, sous réserve de la représentativité et de la fiabilité des réponses.**

### 1.4.3. DES OBSTACLES EXTERNES A LA DPASS : IMPORTANTS ET BIEN FIXES PAR LES HABITUDES DE CHACUN

Tels qu'ils sont **vus par la direction et les personnels DPASS** (selon les données du questionnaire) ; ils sont variés :

- Obstacles dus à "l'usager" (la famille de l'usager), perçu comme souvent passif, peu impliqué dans sa santé et qu'il faut sans cesse remobiliser. Cela est difficile lorsque la traçabilité du patient reste aléatoire pour des raisons liées soit aux professionnels de santé, soit à la culture océanienne difficile à pénétrer. Il est libre de recourir sans contrainte, hors les patients relevant de l'aide médicale, à tout praticien de son choix sans en avertir les services de prévention. Dans ce cadre, les messages délivrés sont aussi très hétérogènes. Pour beaucoup de familles de patients, l'absence de lisibilité de leurs droits et des recours potentiels grève le problème de même que leurs propres priorités (alimentation, logement...) dans un contexte de difficultés quotidiennes. Une infirmière parle aussi du <<manque de dialogue entre le personnel "qualifié" et les mamans>> soulignant la nécessité de développer les capacités à écouter dans les équipes et un mode de relation plus équilibré et communiquant.
- Avec l'hôpital : Il y a les classiques obstacles structurels (manque de personnels, de disponibilité, priorités du service pas toujours tournées vers l'extrahospitalier, gestion et objectifs internes d'un service hospitalier, conflits intercurrents avec les directions...). Mais certains obstacles relèvent des attitudes (difficultés à changer les pratiques, difficultés à échanger nos techniciens, relatif mépris pour les acteurs de prévention et le travail social rencontré chez certains, tendance à un esprit de "citadelle du savoir médical"...). La discussion n'est pas toujours évidente.

Ainsi, de bonnes initiatives peuvent être prises à l'hôpital, mais sans concertation avec les acteurs extrahospitaliers, ce qui aboutit à un résultat inverse de celui qui était espéré. C'est le cas avec certains dossiers de suivi à vocation territoriale élaborés sans suffisamment de concertation par les hospitaliers et peu utiles aux acteurs du terrain, car ne rencontrant ni leurs possibilités, ni leurs préoccupations. Le résultat obtenu est parfois l'inverse du but recherché : recueil d'information inadéquat, incomplet, des transmissions mal faites, relatif "braquage" des acteurs extrahospitaliers...

La mise en œuvre de procédures de liaison, et de protocoles, dans ce cadre, s'avère souvent longue et difficile, car il s'agit de trouver un équilibre entre rigueur et pragmatisme, entre recherche et intérêt immédiat des populations, entre la clinique pure et le social, entre

logiques européennes et océaniques. Les mentalités sont souvent peu propices à la formalisation de protocoles trop stricts. Un questionnaire affirme ainsi péremptoirement : "il faut que chaque partenaire assume sa responsabilité, se concertent, se respectent et se tolèrent".

Enfin, les directions hospitalières ne sont pas toujours très réactives aux demandes de leurs équipes médicales une fois que celles-ci ont décidé de travailler en réseau (exemple des vacations délocalisées de proximité dans l'intérieur pour la formation des professionnels et le suivi des patients en extrahospitalier). La gestion au court terme passe avant ces actions dont l'impact sur la santé et le coût de la santé est pourtant patent et reconnu. Quand il ne s'agit pas d'éviter des transferts de charges entre payeurs. Cela peut décourager les initiatives des équipes hospitalières.

- Avec les caisses : ils ont été abordés plus avant. La complexité et l'hétérogénéité des prises en charge sociales, et l'absence de lisibilité pour l'utilisateur, créent des problèmes quotidiens qui ont un retentissement majeur sur la qualité et la continuité des suivis, en particulier celui des populations cumulant tous les risques médicaux et sociaux et qui induisent des conséquences majeures en terme de pathologies évitables ou d'affections aggravées. La charge de travail en découlant et qui retombe sur les personnels grève leur temps limité, les décourage et se fait aux dépens d'autres tâches techniques.

La trop faible implication des caisses dans les actions de santé, par le biais de leurs personnels (implication dans des actions de santé globales coordonnées et territorialisées avec les autres partenaires) ou de leurs moyens financiers (programmes de santé en gestion directe ou coordonnée...) est soulignée par nos personnels. Elles restent par ailleurs très dures à mobiliser pour participer à la réflexion sur les actions collectives de promotion de la santé autour de l'enfance.

- Avec les médecins libéraux : malgré des participations ponctuelles (surtout celles de pédiatres) aux actions de suivi coordonnées, ceux-ci, trop imprégnés d'une logique curative individuelle et de paiement à l'acte ont du mal à s'impliquer dans cette logique d'objectifs collectifs et partagés avec le secteur public. Des entretiens antérieurs à ce mémoire, il ressort souvent que leur pratique apporte les réponses et sont suffisantes, et que le colloque individuel suffit à l'enfant et aux familles si on les connaît bien. Cette pensée est retrouvée chez certains praticiens publics. Nos personnels sont en conséquence très gênés par le manque de coordination et de retour d'information sur les suivis initiés. La qualité du recueil des données en est affaiblie et l'amélioration du suivi global ne correspond pas aux coûts engagés. Pour nos confrères, il s'agit de choix d'opportunité et les actions collectives doivent recevoir une juste rémunération, fonction du temps passé.

Bon indicateur, à citer, il est très difficile de les faire participer aux réunions sur ces thèmes "pas de temps, nous on travaille". L'exemple le plus fort fut celui d'un praticien qui refusa de participer à une campagne de vaccination généralisée en arguant que son chiffre d'affaire ne s'en porterait que mieux si la campagne échouait. On entend souvent qu'une telle participation pourrait être améliorée par un règlement sur un fond d'aide, fonction du temps consacré et du nombre de consultations "ratées".

Dans tous les cas, l'absence d'un cadre de rémunération réellement indicatif pour conduire des actions de prévention, se fait sentir. Un cadre éventuel serait assorti de critères de qualité et de sécurité, et d'éléments relevant du réseau, mais sur cet aspect, les praticiens sont partagés, car pour certains cela serait forcément associé à une forme de contrôle qu'ils rejettent par principe.

- Avec le secteur social hors DPASS : nos personnels signalent souvent la pauvreté de leurs liens avec les CCAS et les DSU en place, et la difficulté de se coordonner. Cet axe de collaboration semble cependant utile à développer ainsi que le souligne l'exemple suivant donné par une infirmière : "une famille vit dans une cabane de la zone maritime. Le propriétaire du terrain contacte l'infirmière puéricultrice qui "attrape" l'assistante sociale et le médecin du secteur pour une visite : aucun vaccin n'était fait chez les enfants de 3 ans ! Le CCAS de la mairie, averti, mobilisera une travailleuse familiale pour accompagner le suivi de la famille et transporter celle-ci, lorsque nécessaire, à la PMI. Le CCAS a envoyé le père en formation et a prévu pour la famille une prise en charge alimentaire et vestimentaire, et s'est occupé de l'inscription scolaire des enfants. Le dialogue a pu être instauré et poursuivi grâce à l'excellente connaissance du terrain et des intervenants potentiels par l'infirmière, grâce à sa présence ancienne sur cette zone".

Nos professionnels soulignent l'insuffisante coordination avec des organisations comme les transports urbains, l'urbanisme municipal qui, selon certains professionnels, n'incluent pas assez les problèmes sanitaires et sociaux dans leurs réponses organisationnelles.

- Du fait de la géographie du territoire (voir la carte en annexe 1) : l'étendue et les distances à parcourir, la faiblesse de la densité des populations de l'intérieur de la Grande Terre, l'isolement de certaines communautés humaines rendent complexes beaucoup de solutions préconisées et les renchérissent considérablement, limitant leur réalisme et leur acceptabilité par les décideurs, les professionnels et les usagers. Certaines réponses signalent comme conséquence le retard au dépistage de certaines pathologies, ORL et cardiaques en particulier.

- Du fait de la provincialisation de la santé qui, tout en rapprochant la décision du terrain a complexifié les circuits de prise en charge financière des patients défavorisés relevant de l'aide médicale. Cela a créé des frontières théoriques sur le terrain, traductions de doctrines politiques différentes déclinées en actions sanitaires différenciées, malgré les efforts des techniciens pour coordonner leurs pratiques. La future CSU<sup>1</sup> est censée aider à résoudre ces difficultés.

#### 1.4.4. LA VISION DES PARTENAIRES EXTÉRIEURS A LA DPASS VIS A VIS DE NOS ACTIONS ET DU SYSTEME EXISTANT

Le rendu du questionnaire est anonyme et il est donc bien sûr difficile de retrouver le mode d'exercice du répondant, celui-ci ne sera donc pas précisé.

**A) Les problèmes** : Vus en miroir ou en opposition à la vision de personnels DPASS, les problèmes soulevés par les acteurs externes sont souvent les mêmes, avec une sensibilité différente et une perception plus aiguë de certains de ces problèmes.

- Le problème majeur est celui de l'accessibilité aux soins signalée par tous les acteurs.
  - Absence de lisibilité des dispositifs pour les patients et les professionnels (entre les 3 provinces et les gens qui circulent de l'une à l'autre), absence de transparence des décisions, lourdeur de procédures dont ils se demandent si elles ne relèvent pas de l'obstruction, absence d'incitations fortes pour les patients comme pour les professionnels à faire de la prévention. Certains professionnels demandent des mesures fortes comme la suppression du ticket modérateur et un accès non contrôlé au médecin libéral, sans se poser de questions sur la qualification de leur pratique : curative ou préventive, et donc de l'intérêt et de l'efficacité de leurs actions au long terme dans une optique d'intérêt collectif.
  - Physique : le système de transport par exemple est jugé mal adapté, et les implantations susceptibles d'apporter des réponses ne sont pas toujours aisées d'accès de part des contraintes logistiques ou financières. Certaines visites obligatoires, du fait de la distance, vont trop lourdement grever les budgets ou la disponibilité familiale par rapport au bénéfice retiré. La traçabilité et la continuité des actions est difficile. Par ailleurs, l'organisation de visites délocalisées ne semble guère aisée pour les populations enclavées : quelle périodicité serait optimale ? Quels moyens ? Quelle logistique ? Les propositions sont multiples et variées et plus ou moins réalistes.

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

- Liée au manque de personnels spécialisés : pas de réponse permanente et en tous lieux, ou autorisant la réponse délocalisée ou de proximité adéquate et réactive, aussi bien dans le domaine social que dans le domaine sanitaire.
- Liée à une définition floue des missions de chaque institution, ou des coordinations des différentes pratiques entre elles (publique et libérale, sociale et sanitaire ou éducative). La délimitation plus nette autoriserait la formalisation des modes de coopération et de communication.
- Liée à une carence globale de la citoyenneté et de la responsabilité individuelle
- Liée à des obstacles socioculturels mal compris des professionnels et gênant la compréhension et la communication entre travailleurs sanitaires et sociaux et patients.

**Pour la majorité des acteurs libéraux ou hospitaliers, si on ne résout pas ces problèmes, il semble que la coordination ne serait qu'un vœu pieux ou du moins que sa portée serait limitée.**

➤ Manque de temps et de moyens et/ou d'incitations pour :

- Les libéraux : pour les inciter à rentrer dans une coordination des soins, et comme en métropole, il faut qu'ils s'y retrouvent financièrement. Des demandes auprès des caisses sont pressantes pour reconnaître les activités de prévention. Celles-ci devaient être intégrées dans les objectifs de la future CSU : fond commun de prévention, engagements pluriannualisés, convention d'objectifs et de gestion ... Cette démarche contractuelle vise à inscrire l'action de cette future couverture dans le sens des orientations fixées par les pouvoirs publics tout en garantissant les moyens pour atteindre les objectifs.
- Les hospitaliers : là aussi, des incitations sous forme d'accroissement des effectifs sont un préalable pour gérer le travail propre au partenariat. Le contenu de la demande recouvre celui des personnels DPASS. Il serait nécessaire de vérifier la bonne utilisation des postes qui seraient créés.
- Les travailleurs sociaux et le personnel éducatif : manquent d'effectifs pour faire face aux demandes. Vus par d'autres acteurs, leurs procédures et modes de travail ne semblent pas toujours adaptés.

- La transmission de données est l'obstacle classique que signale une bonne partie des intervenants (il s'agit surtout des problèmes éthiques de protection des données). La lourdeur des recueils prévisibles est aussi un obstacle.
- Le manque de structures de prise en charge spécialisée pour tout ce qui serait dépisté. Ces structures sont des recours naturels pour un réseau : la carence en structures spécialisées en matière de handicap est ainsi fortement soulignée, et plus spécifiquement dans le secteur médico-social ou en termes d'alternatives à l'hospitalisation. Plus généralement, il faut avoir conscience que les capacités actuelles de réponse à un problème mis en évidence sont moindres qu'en métropole. Enfin, les personnes interrogées signalent souvent que le temps et les ressources disponibles pour un partenariat seront toujours limitées, ce qui doit nous obliger à opter d'emblée pour des procédures souples et légères plutôt que des structures trop formelles.
- Variabilité des références culturelles des intervenants entre eux qui semble gêner certains praticiens et pourrait selon eux, empêcher des collaborations efficaces et durables. Sont aussi cités l'inadaptation de certains concepts appris au décours de nos formations et l'insuffisance de contextualisation des actions. Certains praticiens ne veulent pas perdre leur spécificité d'exercice. Cette variabilité semble conditionner une hiérarchisation différente de l'importance des différents partenaires et donc de l'ordre dans lequel on y recourt.

**B) Des convergences nettes apparaissent cependant entre intervenants extérieurs et DPASS :**

- Sur les thèmes d'action prioritaires
  - Éducation et responsabilisation des patients dans un contexte culturel différent qui oblige à définir des approches spécifiques transculturelles et donc à adapter nos messages. Cela confirme les données bibliographiques.
  - Hygiène et nutrition.
  - Dépistage et suivi des pathologies médicales à forte incidence et fort coût humain et socio-économique.
  - La prise en charge des populations défavorisées par des programmes, des organisations et des méthodes spécifiques.
- Pour la mise en place des services de proximité et d'une continuité de la réponse aux besoins : à bien faire connaître aux familles. Cela impliquerait pour certains acteurs un travail de fond pour identifier les outils d'action appropriés, ainsi que des changements de

pratiques des professionnels. Dans ce cadre des actions "territorialisées" et pluridisciplinaires sont souvent citées comme une réponse appropriée avec au minimum des binômes santé-social et des procédures régulières de points en commun. L'objectif est d'éviter l'isolement technique et professionnel.

- La nécessité d'une claire définition des rôles de chacun et d'une simplification de la répartition des compétences. Une liaison claire avec tous les autres services de prévention dont la médecine scolaire est souhaitée. Une harmonisation des pratiques entre toutes ces structures est même suggérée par deux des personnes interrogées.
- L'intérêt d'une base de données, accessible, fournissant les renseignements utiles et des orientations pour ajuster les actions, sans contraindre à un recueil trop lourd.

#### **1.4.5. LA PLACE DE LA PMI SEMBLE MIEUX AFFIRMÉE DANS LES TÊTES QUE SON IMPORTANCE REELLE ACTUELLE**

Il y a des opinions négatives :

- Manque de reconnaissance de l'intérêt de la PMI pour 3 personnes sur 13. Deux autres interviews citent des compétences techniques insuffisantes chez les professionnels de PMI (médecins et paramédicaux), dont les titres ou l'expérience ne semblent pas reconnus.
- Pour d'autres, la démarche de PMI n'est pas assez "neutre", sans que cela ait été explicité. Une personne cite des attitudes trop "moralisantes".
- La PMI est interpellée aussi par certains répondants sur son manque de souplesse et ses horaires trop stricts (voire une fois pour son manque de chaleur), qui "oublie" une certaine frange de la population, malgré la mise en place de vacations délocalisées et de VAD.
- Ces éléments en font donc pour certains un partenaire dont le fonctionnement reste à améliorer dans l'optique d'un travail en commun et d'une adaptation de son fonctionnement aux partenaires d'une part, et surtout aux habitudes des usagers d'autre part, la PMI étant souvent citée comme un service de 1<sup>ère</sup> ligne face à certaines populations.
- Parfois, pour certains intervenants sociaux ou hospitaliers, ses missions restent floues et la réponse sur son rôle évasive.

Globalement, cependant l'image de la PMI est positive et bien marquée :

- Elle est le plus souvent identifiée comme un partenaire fiable autour de laquelle on peut construire des partenariats, voire une structure dont la vocation est bien de **coordonner sans contrôler** un dispositif centré sur la petite enfance et toutes les tâches médico-sociales qui y sont associées. Pour une partie de l'échantillon, elle constitue même un lien indispensable, avec les populations en général. Certains acteurs non institutionnels identifient ainsi les cercles concentriques suivants autour de l'enfant : la famille, la puéricultrice de PMI, le médecin de famille ou public, le travailleur social, les enseignants... lorsque l'implantation est pérenne, que les personnels sont bien identifiés et disponibles.
- Sa place dans le secteur médico-social plus que sanitaire est soulignée sans que son rôle "curatif social" ne soit systématiquement repoussé. Elle est identifiée comme une structure d'orientation, de dépistage et d'éducation comme en métropole : s'agit-il d'un constat ou bien d'une réminiscence de formations initiales faites en métropole ?

Elle est aussi identifiée comme une structure de recours face à certains problèmes dépassant le soin strict, et dont le développement propre est nécessaire sur des actions éducatives, de dépistage systématisé et de suivis extrahospitaliers pour garder le contact avec certaines populations difficiles.

Pour deux répondants, son rôle doit être axé sur l'éducation et la responsabilisation des familles.

Les images sont cependant et souvent des reproductions de ce qui est connu de la PMI de métropole, ce qui souligne l'intérêt de pouvoir compléter cette étude par une enquête auprès des usagers (familles et communautés).

Pour résumer, on pourrait utiliser le tableau suivant :

	<b>Points forts</b>	<b>Points faibles</b>
Les DPASS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- actions de proximité (connaissance du terrain)</li> <li>- possibilité de schéma provincial et de gérer une base de données</li> <li>- réseau et intégration de certains services (PMI-médecine scolaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- quasi absence de culture de santé publique</li> <li>- fonctionnement "administratif" et charges salariales</li> <li>- cloisonnement santé/social de fait</li> </ul>
Les partenaires de la DPASS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétence/technicité</li> <li>- culture associative</li> <li>- réponse souple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- manque de culture de santé publique et d'abord transculturel</li> <li>- obstacles financiers (caisses)</li> <li>- pas de démarche active pour résoudre certains problèmes, ou améliorer le suivi de proximité</li> </ul>

**En conclusion de cette partie, il ressort de l'analyse des pratiques un certain nombre de convergences entre acteurs et des constats que :**

- la coordination des actions autour de l'enfant est perfectible,
- il existe une volonté claire de travailler en partenariat, celui-ci est perçu comme utile, mais peu développé pour la majorité des partenaires (18/25 l'ont exprimé),
- que le partenariat semble être propice à des actions plus efficaces, en particulier dès lors qu'il s'agit d'une prise en charge globale des jeunes patients et de leurs familles,
- que la souplesse et la réactivité doivent être privilégiées pour réaliser des actions en commun,
- que le respect mutuel et la négociation doivent précéder ce travail, et que le dispositif de prise en charge financière doit être adapté.

Si l'on se réfère au modèle polaire qui nous fut présenté à l'ENSP par Patricia LONCLE-MORICEAU (63), la Nouvelle Calédonie possède un profil moyen de réussite de partenariats : pôle hospitalier moyennement motivé car cette motivation y est très hétérogène, pôle politique assez motivé mais peu volontaire pour l'instant et craignant surtout les incidences de problèmes de santé mal pris en compte, pôle préventif motivé et assez coordonné mais doté de peu de moyens (humains, matériels et financiers), caisses et médecins libéraux peu ou pas du tout impliqués pour l'instant (avec quelques exceptions notables cependant !)

Il semble donc utile d'observer en métropole des pratiques de partenariats et de mise en réseau à l'échelle des acteurs et des institutions, compte tenu de l'expérience déjà acquise. En ce sens, le questionnaire a confirmé ou fait ressortir les priorités suivantes à étudier<sup>9</sup> :

- La sortie de la maternité.
- Les pathologies générant des handicaps et la prise en charge précoce de ceux-ci.
- La promotion de la santé et la difficulté à transmettre les messages à des populations dont la culture est différente. Ce dernier sujet étant trop vaste, il ne sera pas étudié dans ce mémoire, mais fera l'objet d'une étude à part, compte tenu de son importance et de sa

---

<sup>9</sup> Un questionnement restreint a été fait avant le départ auprès des médecins publics de l'intérieur et de MG vers la métropole (avril 2000). Il a permis d'identifier quelques priorités que ce questionnaire a infirmé ou confirmé.

complexité. Il faut noter que cet aspect est abordé dans la question 12 du questionnaire néo-calédonien, mais transparaît aussi dans les réponses aux autres questions.

## **DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL EN PARTENARIAT ET RESEAUX DE SANTE EN METROPOLE**

Cf. annexe 8 : Généralités sur les réseaux : du cadre juridique à l'évaluation des réseaux en métropole.

### **2.1. PARTENARIATS ET RESEAUX EN MATIERE DE PMI**

Ils découlent de l'application des textes légaux ou réglementaires d'une part, et de l'adaptation aux problèmes rencontrés dont découle l'évolution des missions d'autre part.

#### **2.1.1. LES TEXTES LEGAUX ET REGLEMENTAIRES**

La loi du 22 juillet 1983 a transféré aux départements les compétences de protection sanitaire de la famille et de l'enfance, dans un souci de mettre en œuvre les actions au plus près du terrain.

La loi du 18 décembre 1989 complète les lois de décentralisation de 1982 et 1983 et donne une dimension clairement communautaire et médico-sociale (prévention médicale, psychologique, sociale et d'éducation pour la santé) aux actions de la PMI orientées vers l'enfant. Elle les inscrit dans un cadre territorial qui est très souvent le quartier en milieu urbain et la circonscription d'action sociale en milieu rural. La notion d'un travail global et d'équipe, en pluridisciplinarité, et en liaison avec tous les partenaires y est précisée. En conséquence, les PMI deviennent des lieux d'accueil et de dialogue où des conseils et une orientation sont prodigués par ou vers les intervenants les plus adaptés. L'action des services est orientée vers le milieu de vie de l'enfant et plus particulièrement vers sa famille. Celle-ci doit être soutenue et accompagnée en continu. Enfin, la loi précise les thèmes prioritaires : dépistage des handicaps, des situations familiales à risques, suivi des établissements accueillant des enfants ... et relaye la loi de juillet 1989 sur la maltraitance.

Les décrets du 14 février et du 6 août 1992 précisent le rôle mené par le département en matière de prévention médicale, sociale et psychologique auprès des familles. Ils fixent des normes de personnels et de moyens pour répondre dans tous les départements aux besoins de l'ensemble de la population, et surtout à ceux des couches sociales vulnérables et des quartiers défavorisés. Pour ces populations, des actions préventives et médico-sociales intégrées sont particulièrement recommandées. Le décret du 6 août recommande aussi la réalisation de concertations élargies afin de déterminer les besoins des populations et les actions à entreprendre. Est clairement affiché un rôle éminent en matière de lutte

contre les inégalités de santé : une action médico-sociale précoce ayant un effet majeur sur la qualité des individus à venir.

La loi du 12 juillet 1992 sur les assistantes maternelles définit le service de PMI comme un service de prévention médico-sociale axé entre autres sur le suivi de la petite enfance, les modes de garde, et la prévention des situations de difficulté (maltraitance, retard scolaire...).

## **2.1.2. L'ADAPTATION AUX PROBLEMES RENCONTRES, EST LIEE AU CONTEXTE D'EXERCICE, AUX PRATIQUES DEVELOPPEES, ET A LEURS CONSEQUENCES**

### **Le contexte d'exercice**

Les services sont maintenant confrontés à des champs d'intervention nouveaux et à des situations, ou des populations beaucoup plus hétérogènes qu'autrefois, ce qui oblige à innover en permanence et à varier les approches. De par sa position, la PMI joue un rôle essentiel dans l'ancrage de proximité de la prévention globale médicale, sociale et psychologue des familles et des enfants de moins de 6 ans avec la réalisation d'actions très diverses, gratuites et ouvertes à tous sans exception.

Cependant, ces actions s'exercent dans un système de santé caractérisé par un cloisonnement des services ayant chacun des compétences limitées et spécifiques, mais imbriquées, avec un contexte juridique complexe et des incertitudes dans l'interprétation des textes autour de quasiment tous les champs d'intervention en santé publique. Cela gêne donc les approches globales.

Le partenariat et la formation continue sont deux moyens de répondre à cet enjeu. Pour Pierre Louis REMY<sup>10</sup>, délégué interministériel à la famille, "ce partenariat ne vise pas à normer mais à travailler ensemble afin de réguler tout en confrontant les pratiques". Mais il reste en permanence nécessaire de s'interroger sur la cohérence du découpage des missions légales entre institutions et des liaisons avec tous les partenaires utiles. La volonté des acteurs, grâce à des valeurs de référence fortes et partagées autour de l'égalité devant la santé, ou le respect de l'homme dans la diversité de ses comportements, traduites au niveau national par des orientations comme la loi de lutte contre les exclusions ou la CMU<sup>1</sup>, semble autoriser un optimisme modéré. Cette volonté pourrait induire un développement des actions, selon la définition donnée par les québécois LEBOTERF et DESSARD<sup>11</sup> : "processus par lequel une collectivité accroît sa capacité d'intervention sur ses conditions d'existence et les transforme en fonction d'un projet... les actions contribuant au développement seront celles qui accroîtront la capacité des

---

10 Intervention orale lors des journées nationales de PMI - Lyon - décembre 1999.

11 Citée par Patricia Loncle dans la référence 63.

<sup>1</sup> Se reporter aux abréviations en tête de document.

acteurs sociaux à se prendre en main, à élaborer et réussir leur propre projet, à analyser et à résoudre les problèmes posés et à intervenir sur les situations qu'ils vivent".

### **Les pratiques développées**

Elles ont dû se recentrer vers un rôle médico-social d'appui à la fonction parentale en tenant compte du contexte d'exercice et de l'environnement socioculturel des familles. En particulier, ce recentrage des actions sur l'enfant et sa famille amène à s'intéresser à la nature et aux modalités d'exercice de la fonction parentale, puis de là aux interrelations dans la famille, puis aux interrelations entre familles et environnements socioculturels d'une part et vis à vis des soignants d'autre part.

Le service gratuit et la proximité ont transformé ces services en points d'accueil privilégiés des populations défavorisées. Celles-ci nécessitent d'être valorisées par la construction d'une relation durable et un investissement en temps et en énergie de multiples professionnels. Hors, une des richesses de la PMI est depuis longtemps la diversité des professions qui y travaillent au contact des patients, à la croisée des institutions de santé, de solidarité et d'éducation. On y trouve des médecins, des travailleurs familiaux... La concertation y est depuis longtemps pratiquée. En ce sens, les schémas mis en annexes 9 et 10, relatifs aux staffs de parentalité et au handicap sont parlants. La mise en place d'actions comme les espaces d'écoute, de mise en relation, et d'appui aux parents nécessite ainsi des partenariats forts entre des acteurs venant de champs différents et au-delà, des structures qui les emploient, gage de cohérence et de moyens humains et financiers pérennes. On tisse ainsi un filet qui protège et rattrape, mais aussi enserme lorsqu'il s'agit de retrouver les patients ou d'évaluer les professionnels. Parallèlement, l'information circule dans le respect de la transparence et de la déontologie, à partir de bases de données.

### **Les conséquences**

Pour les acteurs de certains départements, la PMI de par sa proximité au terrain pourrait devenir un partenaire privilégié dans le cadre de la mise en œuvre des PRAPS. Sur une base territoriale, elle pourrait, en évoluant vers un rôle plus général d'action sanitaire, devenir le service support d'une réponse de proximité aux problèmes d'accès aux soins. Son expérience de travail en réseau avec les autres services publics, les mouvements familiaux, les associations et les familles, les bénévoles, selon des objectifs de soutien et d'accompagnement permettrait d'élargir les publics touchés de façon efficace. De la même façon, les structures territoriales qui les contiennent constitueraient de bons points d'entrée dans le cadre d'un système de "guichet unique". Cela nécessiterait des adaptations du fonctionnement actuel de ces structures et des modifications de l'organisation, les médecins de PMI "purs" s'effaçant au profit de médecins au profil plus mixte et orientés vers la santé publique. Cette évolution se dessine dans le Rhône et serait envisageable chez nous dans les structures délocalisées de proximité de Nouméa.

Par ailleurs, la mise au point d'outils de communication est nécessaire. Le répertoire des aides aux parents de la Seine Saint Denis est ainsi un outil pratique qui démontre l'ampleur des partenariats déjà développés. Dans un souci de lisibilité et de transparence pour l'utilisateur, il cite tous les thèmes d'action possibles et les intervenants concernés ainsi que les modalités de leur mise en partenariat. Les actions sont classées, sur le thème de la parentalité, en lieux d'accueil et d'échanges, modes d'accueil et d'hébergement, aides et interventions à domicile, aides psychologiques, médiations, initiatives de soutien face au handicap, prévention et soin des dépendances et conduites à risques, aides directes autour de la naissance. Pour chacun de ces thèmes, il existe toujours plusieurs acteurs, les services du Conseil général constituant un liant entre toutes ces offres. Un guide de ce type à l'usage des professionnels est également envisagé.

## **2.2. DE L'OBSERVATION DE QUELQUES PARTENARIATS EN METROPOLE :**

- **LA SORTIE DE MATERNITE "NORMALE" OU "PRECOCE"**
- **LES CAMSP**

### **LA SORTIE DE MATERNITÉ : ACCUEILLIR UN ENFANT LORSQUE TOUT SE PASSE BIEN**

Depuis quelques mois, une publicité dans le principal quotidien néo-calédonien rappelle aux usagers que l'hôpital, comme une entreprise, doit rationaliser sa gestion. Voulue par la direction, cette action montre de façon forte une évolution qui s'est traduite ces dernières années par une baisse progressive de la durée moyenne des séjours à la maternité du CHT. Cette évolution peut être expliquée par la saturation du service référent "territorial" que constitue la maternité d'une part, et par l'amélioration des conditions matérielles et médicales de l'accouchement d'autre part.

Cependant, ces impératifs de gestion amènent à passer une barrière, en descendant sous des durées de séjours considérées comme des normes jusqu'à présent. En outre, il semble, d'après l'interrogatoire des professionnels, que cette évolution se ferait avec peu de concertation, et hors mise en place d'une organisation cohérente structurée d'accompagnement des sortantes et de suivi extrahospitalier. Cette carence semble un élément important du constat dressé par l'enquête EPIGONE(89). Les conséquences semblent importantes pour le suivi de l'enfant :

- Dans l'intérieur et les quartiers défavorisés de la périphérie en terme d'initiation du suivi des enfants,

- En terme de retards diagnostiques : déshydratations en cas de gastro-entérites, suivi des courbes pondérales et initiation de l'allaitement, retard vaccinaux ultérieurs...
- En termes de mobilisation de moyens et de temps pour rattraper ou prévenir les conséquences évitables.

Autour de la sortie de la maternité, il semble donc utile d'observer en métropole deux pratiques de partenariats :

**A) La sortie "normale" de la maternité et les modalités d'initiation du suivi grâce aux bases de données existantes, et leur évolution envisagée.**

**B) La sortie précoce de maternité, ses conséquences et l'organisation extra-hospitalière qui doit l'accompagner.**

## **2.2.1. LA SORTIE "NORMALE" DE MATERNITE**

En métropole, la qualité de la prise en charge repose sur :

- Une base de données fiable et réactive.
- Des compétences diversifiées.
- Des coordinations formalisées.

### **2.2.1.1. Les bases de données**

Elles reposent actuellement sur le certificat du 8<sup>ème</sup> jour, mais des évolutions se dessinent autour des bases de données AUDIPOG<sup>1</sup> et des recueils réalisés en Seine Saint Denis.

**a) Le certificat du 8<sup>ème</sup> jour (CS8<sup>1</sup>) reste un document sous utilisé :**

Le remplir est une obligation légale de toute maternité ou praticien ayant en charge le suivi des enfants. Les services de PMI départementaux des conseils généraux ont depuis la décentralisation la responsabilité de la collecte et de l'analyse des données recueillies. Force est de constater cependant que ces tâches sont assurées de façon hétérogène entre les divers départementaux, du fait de moyens, de compétences, de volontés ou d'investissements variables. Très souvent, les données ne sont pas exploitées complètement, et ne servent qu'à renseigner des documents

---

<sup>1</sup> Se reporter aux abréviations en tête de document.

administratifs internes ou nationaux. Quelques départements, comme la Seine Saint Denis ou le Rhône, ont cependant poussé ces analyses selon leurs besoins et dans une optique pragmatique. Or, selon la réglementation, ces données devaient fournir des informations sur l'état de la mère et de l'enfant, pour pouvoir orienter la planification de l'offre, la rationalisation et la sécurisation des filières de l'accouchement, sur une base géographique.

Les fournisseurs de données (maternités, médecins), et cela explique peut-être les remarques précédentes, n'accordent pas toujours l'attention nécessaire au bon remplissage de ces certificats et ceux-ci pèchent souvent par la qualité des données saisies et leur manque d'exhaustivité. La collecte du complément d'information nécessaire devient donc trop souvent une lourde tâche pour des équipes de PMI sous dotées en personnels voire en matériels.

### Quelques idées d'amélioration du CS8

Deux exemples d'utilisation sont donnés par le mémoire du Dr ALLARD (28) et le réseau des Côtes d'Armor.

**Pour le Dr ALLARD**, les données fournies par le CS8 peuvent être travaillées de façon à produire une information opérationnelle pour l'action. Il faut pour cela la rendre simple et accessible, après validation. Pour elle cela peut se faire par le biais d'enquêtes spécifiques ciblées, ou grâce à une utilisation différente des bases de données. Elle préconise donc :

- Un découpage de la base par bassins géographiques définis selon des modalités pratiques : utilisation facile (ex. : base administrative) ou fonctionnelle (selon l'offre).
- Le recueil d'items spécifiques en nombre réduit avec une périodicité d'analyse prédéfinie et la possibilité selon les études de choisir entre divers types d'indicateurs.
- L'ajout aux items recueillis des interruptions médicales de grossesse, des mort-nés, des données de mortalité infantile, des causes de décès et de handicaps précoces avec le cas échéant et dans le respect de l'éthique des possibilités de fusionner les fichiers au niveau de la PMI. Cette fusion pourrait être faite avant la destruction des informations nominatives aux deux ans d'une classe d'âge.

Ce travail constituerait cependant une très forte surcharge de travail pour des équipes sous-dotées en la matière avec un déficit de personnels ou plutôt de personnels formés. Mais, intégrés à des

protocoles standardisés au niveau national, il permettrait selon le Dr ALLARD de constituer des bases de données complètes entre 22 S.A.<sup>1</sup> et 6 ans.

Les efforts nécessaires ont été consentis dans les Côtes d'Armor où la collaboration PMI-ADEPAFIN<sup>1</sup> est un exemple.

### **L'exemple des Côtes d'Armor**

Ce département a défini comme une priorité le recueil exhaustif des données des CS8<sup>1</sup>, CS9<sup>1</sup> et CS24<sup>1</sup>, mobilisant à cet effet une part importante de son énergie et de ses moyens pour recueillir, valider, analyser, relancer afin d'obtenir un recueil exhaustif et de qualité. A cet effet, une épidémiologiste à mi-temps a été recrutée, partageant de fait son activité entre cette tâche et une fonction de coordinatrice du réseau ADEPAFIN, y assurant en particulier les évaluations. Un pont fonctionnel est ainsi créé entre une base de données et un réseau susceptible de mettre en œuvre des orientations issues de l'analyse de ces données, entre une structure de PMI et une pratique hospitalière publique et privée.

Ce réseau peut ainsi déborder de son orientation périnatale stricte pour aborder l'initiation du suivi coordonné des enfants et en particulier des handicapés ou des enfants à risques sociaux et médicaux.

Le partage des données et leur utilisation en commun favorise les échanges de savoir faire. Chacun discute, enrichit et relaye les initiatives de l'autre : protocoles, liaisons, documents... Les problèmes ne viennent plus, selon les Dr PEYNAUD et DROUMAGUET de la PMI, et le Dr BUISSON d'ADEPAFIN, des rapports entre acteurs publics et privés, mais plutôt des transferts d'information entre administrations lorsque ceux-ci sont nécessaires à l'exhaustivité et à l'utilisation de la base de données. Les effets bénéfiques de ce travail de fond sont marqués par l'amélioration nette des indicateurs de résultats, et des indicateurs de moyens comme le taux de retour des certificats correctement remplis qui est très au-dessus de la moyenne nationale. L'impact semble être cependant limité par une certaine usure et un peu de découragement des acteurs devant les formalités de l'intégration au lourd dispositif des réseaux.

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

## b) Les évolutions :

**Le département de Seine Saint Denis** expérimente depuis 1993 un nouveau modèle de certificat dont l'intérêt est qu'il serait obligatoirement rempli à la maternité et transmis instantanément au service statistique du Conseil général.

Le département est parti du postulat que le CS8 associait mal deux objectifs :

- Un signalement individuel, nominatif et obligatoire, jamais évalué, et utilisé pour le versement des allocations postnatales.
- Être un outil épidémiologique nécessitant l'anonymat avec un traitement des données insuffisant et surtout le manque de recueil des données de mortalité entre 22 SA et la naissance. Dans tous les cas, on ne sait pas transformer ces données en données de besoins : en lits de néonatalogie par exemple. Pour cela, le système d'information doit avoir une orientation d'analyse populationnelle et non pas administrative.

L'expérimentation a donc défini des objectifs au recueil :

- En matière d'identification de facteurs de risques médicaux et sociaux et de pathologies, capables d'orienter ensuite les V.A.D.<sup>1</sup> du post-partum par exemple.
- En termes d'évaluation (pour orienter les propositions aux élus) :
  - De toutes les issues de grossesse >22 S.A.
  - Des besoins départementaux pour orienter les actions de prévention.
  - Des actions conduites autour de la naissance.

L'équipe a donc créé un certificat d'issue de grossesse (CIG) qui a ensuite fusionné avec le CS8 pour donner le CSE (certificat de santé expérimental), le CIG n'étant conservé que pour les déclarations de mort-nés et d'enfants décédés avant la sortie de la salle de travail.

L'introduction de ces documents a été assortie d'un gros travail de sensibilisation au remplissage du document dans les salles de travail, avec l'intégration d'un correspondant de PMI dans chaque maternité avec l'accord du chef de service et des personnels, et chargé de vérifier exhaustivité et qualité du remplissage (en particulier pour les enfants transférés pendant le post-partum). Les données sont adressées ensuite le plus vite possible à la pédiatrie, la partie CAF/allocation en étant retirée.

Les données supplémentaires recueillies concernent :

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

- Les facteurs de risques en début de grossesse.
- Les données de suivi de la grossesse et les pathologies rencontrées.
- L'accouchement.
- L'état de l'enfant à la naissance.
- Des items relatifs à la mortalité et au moment du décès, et aussi sur les causes.
- Des données pour évaluer ensuite l'impact du le RCIU<sup>1</sup> ou les pratiques de soins dans le cadre du schéma régional de périnatalité par exemple.

Le Dr BUCOURT et le Dr BREART ont pu ainsi sortir, avec une exhaustivité proche de 100 % :

- Des études de sites de naissance par niveaux (selon le schéma régional).
- Des données socio-démographiques sur les mères.
- Des données utiles à l'orientation des suivis ultérieurs des nouveau-nés et à l'initiative de suivis particuliers.
- Des analyses des pratiques professionnelles, par rapport aux recommandations du SROS Ile de France.
- Des recommandations pour des outils et des pratiques de dépistage précoces.

Le CIG complémentaire aidant à identifier les causes de décès en salle de travail (cf. annexe 13).

Les avantages du système étaient donc liés à ces informations, à leur exhaustivité et à un rendu instantané des données au lieu d'attendre deux ans les exploitations de l'INSEE. Une transmission informatisée était possible dans le respect des recommandations de la CNIL. La maternité et la PMI pouvaient gérer simultanément les documents, selon leurs objectifs spécifiques.

Ce recueil peut être associé au PMSI<sup>1</sup> et permettre une auto-analyse de leur activité par les maternités.

Enfin selon l'avis des chercheurs, il amène à un respect plus aisé des obligations réglementaires des maternités. Cet aspect a été cependant contredit par certains acteurs d'autres PMI et du secteur hospitalier lors de la réunion du comité technique de la naissance d'Ile de France du 29 janvier 2001 : ils soulignaient la lourdeur de la tâche pour eux, charge de travail excessive selon certains services de PMI en regard de leurs moyens, trop d'items pour les maternités.

Le choix du comité est cependant de recommander la poursuite de l'étude et de généraliser ce document en laissant à chaque conseil général une relative latitude d'adaptation en fonction de ses moyens, autour d'une base commune minimum.

**Le système AUDIPOG<sup>1</sup>** est un outil mis au point par le réseau national d'information sur la naissance et une alternative au travail précédent. Il vise selon ses promoteurs à corriger les "incohérences" et les insuffisances du système d'information actuel, et c'est un outil plutôt conçu pour les gynécologues obstétriciens. Selon leur avis, il y a actuellement :

- Incohérence :
  - Du PMSI centré sur les séjours hospitaliers et non sur le suivi des cas. Des CS8 qui ne concernent que les naissances vivantes et qui manquent d'exhaustivité et sont donc d'une fiabilité douteuse pour toute évaluation.
  - Des enquêtes CNAM et INSERM discontinues dans le temps.
  - Et des grilles d'accréditation décrivant les pratiques plus que les populations.
- Insuffisance car la surveillance des indicateurs périnataux doit être continue et non périodique, régionale et pas seulement nationale, et que l'évaluation des pratiques nécessite un enregistrement continu des données de naissance, sur le recrutement, les pratiques et les résultats.

Enfin que le système doit permettre, en étant commun à toutes les maternités, de faciliter la circulation de l'information et l'évaluation des réseaux périnataux. L'objectif est donc de mettre en réseau maternités et néonatalogie, services cliniques et médico-administratifs, publics et privé, en limitant au maximum la charge de travail et les saisies répétitives des mêmes items. Avec 4 sous-objectifs :

- Surveiller les indicateurs en continu et dans une optique populationnelle,
- Évaluer les pratiques médicales,
- Évaluer les politiques et les réseaux de soins périnataux,
- Aider à gérer patientes et services.

dans une optique d'analyse géographique par bassin de population, secteurs de recrutement des maternités ou régions. Autre objectif, fournir les données d'un parcours, et en ce sens, le CSE/CIG est critiqué.

Pour les nouveau-nés, un dossier complémentaire est prévu pour créer une base de données néonatales communiquant avec la base de données périnatales. Un document relatif aux indicateurs retenus est en annexe 16 (document relatif à l'évaluation des réseaux périnataux).

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

### 2.2.1.2. Des compétences diversifiées autour de l'enfant et de sa mère

#### Des collaborations

La PMI a sa place, mais n'est pas seule.

Le constat que j'ai pu faire dans les départements bretons, tant en milieu rural qu'en milieu urbain et auprès des équipes, est celui d'une forte volonté affichée de travailler ensemble, qui se heurte cependant à de nombreux obstacles pratiques : institutionnels, administratifs dus au manque de moyens devant des besoins grandissants.

Le constat fait par les équipes est celui d'une demande accrue d'assistance et d'accompagnement des familles autour de la naissance, favorisée, selon les personnes rencontrées, par "l'intellectualisation" des problèmes, et la rupture des solidarités traditionnelles et des modèles qu'offrait le noyau familial élargi. A ce titre, toutes les populations sont concernées, défavorisées mais aussi "à l'aise", en particulier lorsque l'événement naissance est planifié dans une vie consacrée à l'avancement professionnel individuel.

Ce constat implique la mise en œuvre de collaborations entre professionnels publics et libéraux :

- les médecins qu'ils exercent ou non à l'hôpital, perçus comme des coordonnateurs et non plus comme les centres décisionnels, mais ce rôle peut être attribué aussi à d'autres professionnels disponibles,
- les sages-femmes, aptes à intervenir avant la grossesse mais aussi dans le suivi précoce des enfants (ce sont les seules professionnelles, ainsi que le rappelle la nomenclature générale des actes professionnels, qui interviennent dans les 2 champs et jusqu'à 1 mois).
- les puéricultrices et auxiliaires de puériculture,
- les assistantes sociales et éducatrices spécialisées de jeunes enfants,
- les travailleuses familiales et les aides à domicile pour le soutien matériel indispensable, le cas échéant,
- les psychologues, à deux niveaux, sur les usagers et sur les professionnels, pour améliorer communication et pratiques,

- les personnels administratifs de l'accueil et des secrétariats qui sont souvent les premiers au contact des familles et travaillent dans la proximité, autour de projets globaux ou individualisés sur le patient et sur le thème des contacts humains.

La coordination maternité-PMI, par exemple, doit selon les interlocuteurs rencontrés privilégier entre professionnels :

- Les compétences des personnels et la reconnaissance mutuelle de ces compétences.
- La formation continue (exemple de COGIT-FORM Grand Ouest).
- Les relations directes et personnalisées, favorables à l'émergence d'un langage commun et d'une souplesse d'adaptabilité des procédures.
- Des outils de transmissions bien acceptés et utilisés par tous les acteurs : maternité, PMI, mais aussi médecins traitants avec des rôles définis pour tous et des protocoles de travail et des documents construits en commun.
- Le respect d'une charte.
- Vis à vis de l'utilisateur, l'étude préalable de son environnement (exemple : appuis familiaux) et des facteurs psychologiques individuels est importante.

#### Des personnels de liaison :

Dans ce cadre, un personnel spécifique chargé des liaisons, travaillant en binôme avec un coordonnateur médical, et dont la fonction est pérenne (suppléances) est jugé essentiel. Cette fonction de pivot joue par exemple lorsqu'il s'agit de déterminer les critères d'une visite à domicile, l'adaptation de son contenu à la famille visitée, ou la mise en œuvre du suivi ultérieur et l'orientation vers les aides adéquates. La décision sera orientée grâce aux données fournies par les systèmes d'information. Ce personnel assure aussi la rétroinformation entre les structures. Dans les Côtes d'Armor, sur une base géographique (bassin fonctionnel), ce personnel contribue à l'évaluation des situations par les soignants hospitaliers et informe les familles des différents services extérieurs. Il faut cependant noter que dans certaines régions, il est difficile de trouver un financeur pour cette activité et que les moyens spécifiques de la PMI sont souvent trop limités pour qu'elle repose à titre systématique sur ce seul service.

### **2.2.1.3. Des coordinations formalisées pour assurer la qualité et la lisibilité du dispositif.**

Pour les acteurs que j'ai pu rencontrer dans les différents départements, ces collaborations nécessitent qu'un certain nombre de critères soient rencontrés :

- définition des modalités du travail en commun et des attributions de chacun. Cela sert entre professionnels concernés mais aussi vis à vis du patient lors de l'explication du dispositif d'aide pour la lisibilité,
- formalisation des liaisons entre établissements et équipes, et intégration de ces actions dans les projets de service,
- obtention de moyens et de financements pérennes (c'est le plus difficile),
- qualité de la base de données et du transfert des renseignements utiles vers les techniciens qui en ont besoin (réactivité et spécificité), ce qui implique de "formater" la base de données selon cet objectif. Ce peut être un exercice difficile ; à l'exemple d'une zone géographique dépendant de plusieurs maternités,
- d'où la proposition quasi-unanime de regrouper ces données au niveau de PMI étoffées en termes de compétences statistiques.

Un exemple d'application de ces collaborations est celui de la visite précoce postnatale réalisée dans certains cas au domicile. Ce mode d'intervention nécessite les éléments suivants :

- Un circuit d'information réactif, sensible et spécifique.
- Un travail de sélection des familles à "risques" sanitaires et sociaux de façon objective.
- Un travail d'approche et d'écoute pendant la grossesse et après l'accouchement.

Pour tous les interlocuteurs, ces éléments nécessitent de "centrer" le travail collectif du groupe sur l'individualité et la spécificité de la cellule familiale concernée et de coordonner à cet effet structures et interventions, en oubliant les intérêts spécifiques de chacun.

L'aide construite peut avoir ainsi deux dimensions :

- Le dépistage, grâce à un réseau d'écoute et d'accompagnement constitué par tous les professionnels, aux heures ouvrables.
- La réponse aux urgences susceptibles d'apparaître après la sortie de maternité (problèmes psychologiques maternels ou pathologies du nouveau-né). Cette permanence 24h/24h devrait être organisée sous forme d'un numéro d'urgence gratuit et spécifique à la pédiatrie, où les professionnels

de toutes origines et formés se relaient pour conseiller et orienter, afin d'éviter un afflux inapproprié et coûteux de patients vers les services hospitaliers.

Une telle organisation semble envisageable en Nouvelle Calédonie, dans le cadre du schéma "territorial" d'organisation des urgences (sous-schéma) et avec la participation active des praticiens et cliniques libéraux, sur la base d'une charte et d'objectifs partagés, et si un cadre de rémunération précis est mis en place.

## **2.2.2. LA SORTIE "PRECOCE" DE MATERNITE**

Les contraintes fortes de l'hôpital induisent petit à petit la mise en œuvre d'une sortie de plus en plus précoce. Or, l'étude de la littérature et celle de quelques exemples d'organisation en métropole plaident pour la mise en œuvre a priori d'une organisation ambulatoire sécurisée et accompagnante au plan psychosocial.

### **2.2.2.1. Qu'entend-on par "sortie précoce" - un essai de définition**

Si J0 est le jour de la naissance, la sortie précoce est définie comme la sortie au 3<sup>ème</sup> jour du post-partum (J3). Elle varie selon les circonstances : J3, lors d'un accouchement voie basse sans épisiotomie, J4 en cas d'épisiotomie, et J6 après césarienne. Avec dans tous les cas, des enfants à terme et a priori sans risques patents.

Une sortie est "ultra précoce" lorsqu'elle survient entre J0 et J2. Elle présuppose une organisation de prise en charge ambulatoire performante.

Cependant, en métropole, le contexte est celui de familles devenues nucléaires, parfois instables, dans un contexte de difficultés socio-économiques et psychologiques engendrant une grande fragilité relationnelle et l'absence de personnes ressources familiales.

La sortie précoce doit donc se concevoir comme un protocole qui permet à la mère et à l'enfant de réintégrer plus vite leur environnement familial, sans altérer la qualité du suivi médical et psychosocial, tout en évitant des ré hospitalisations ultérieures ou toute perte de chance. Elle suppose aussi le libre choix éclairé des patientes et l'évaluation médicale d'une part, et de l'environnement socio-économique de la patiente ainsi que de ses capacités individuelles d'autre part.

### 2.2.2.2. Que retirer des exemples étrangers

La littérature abonde en études sur le sujet, dans des contextes différents, mais il en ressort quelques idées.

**Les études américaines** sont très nombreuses (131, 132, 133, 138, 144, 145, 148, 154, 155) et visent souvent à quantifier les rapports coûts-bénéfices des sorties précoces dans une optique assurantielle, et selon leurs différentes dimensions : médicales, économiques, ambulatoires vs hospitalier... On vise à définir des modèles décisionnels et des organisations optimales applicables au maximum de situations, tout en limitant les incertitudes.

Ces études pèchent cependant souvent sur de nombreux points :

- Pression "assurantielle" pour objectiver l'absence de risques associés aux sorties précoces.
- Biais de sélection et petite taille des échantillons, d'où des difficultés à extrapoler,
- Outils d'évaluation essentiellement médicaux pour mesurer les conséquences des sorties précoces. Le volet psychosocial est rarement abordé,
- Difficulté à comparer les coûts entre hospitalisation et sortie précoce ; absence de prise en compte des coûts liés aux recours ultérieurs aux soins : urgences, traitements ambulatoires et consultations, alternatives à l'hospitalisation (téléphone, transports, visites...). Le long terme n'est jamais abordé, de même que les aspects psychologiques.

Il en ressort cependant des éléments utiles :

- La visite du post-partum doit être précoce et préparée avec la patiente et sa famille dès avant l'accouchement.
- Elle doit utiliser tous les moyens disponibles : VAD, informations collectives ou individuelles sur des thèmes précis, groupes relais dans la communauté ...
- Une prise en charge coordonnée autour de centres de soins communautaires (152), de dispensaires spécialisés (116, 117), ou d'entreprises de prestataires privés conventionnés avec l'assurance.
- La qualité de la formation des personnels conditionne la rentabilité économique de l'activité et le niveau de satisfaction des usagers, avec une incidence sur la ré hospitalisation éventuelle (150).
- Qu'un système ambulatoire est aussi rentable qu'un suivi hospitalier, dès lors que les patientes sont bien sélectionnées.

On note cependant le constat d'un soutien psychosocial insuffisant par ces services, cette dimension étant difficile à concilier avec la simple rationalité économique. Il est recommandé qu'un effort important soit fait sur le contenu de l'éducation périnatale, sur celui des services et sur les méthodes utilisées et l'évaluation des effets induits.

Globalement, rentabilité économique pour le financeur ne rimaient pas toujours avec aspect humaniste et prise en charge globale, un écueil à tenter d'éviter chez nous.

### **Les études nordiques**

Des protocoles de sortie précoce sont appliqués depuis longtemps et utilisent la culture communautaire traditionnelle et les alternatives à l'hospitalisation.

Ces études (135, 140, 141, 151, 157, 158) préconisent :

- Des équipes stables de proximité aux protocoles bien "huilés".
- La mise en œuvre d'un contrôle de qualité pour éviter les dérives utilitaristes (diminution des coûts) et les ré hospitalisations évitables.
- Le respect du choix des patientes et des équipes, fonction des contextes culturels, et des moyens disponibles en extrahospitalier.

En Suède, la sortie précoce se fait ainsi à J1 ou J2, avec 3 ou 4 VAD quotidiennes de sage-femme et/ou puéricultrice et des consultations programmées en ambulatoire à la maternité. Les patientes sont sélectionnées sur la base du volontariat, de critères cliniques (A.V.B.<sup>1</sup>, après 37 SA<sup>1</sup>, poids de naissance >3000 g, examen à la naissance normal...).

Les évaluations, dans ce cadre, ne montrent pas de taux de complications plus élevé. Les pics de fatigue et de dépression sont les mêmes, à des instants différents et les équipes savent les accompagner. Dans ce cas, une étude finlandaise (Tarkka (156)) montrait que le support de la famille, du réseau social personnel et celui des infirmières de santé publique spécialisées en PMI de proximité était important.

Les Pays-Bas ont choisi de limiter au maximum l'hospitalisation autour de l'accouchement, et 50 % d'entre eux ne sont pas médicalisés. Par contre, le dispositif prévoit que pendant 1 à 2 semaines, sages-femmes et aides maternelles assurent le suivi à domicile des couples mères-enfants. Elles sont en

charge des soins, du soutien à l'allaitement, de l'éducation aux soins de puériculture. Il faut souligner l'intérêt de l'aide maternelle, pouvant être présente 24h/24h si nécessaire et capable d'assurer à la fois les soins de suites de couche et les tâches ménagères ; dans le cadre d'un seul forfait pris en charge par les caisses, alors que chez nous tout cela est éclaté entre divers financeurs.

### **En France, des expérimentations en voie d'extension**

Sous la pression de l'assurance maladie et de la rationalisation de l'offre des soins, dans le cadre des SROS, elles étudient aussi bien les aspects médicaux, que la dimension psychosociale globale. Elles soulignent cependant la mauvaise identification par les professionnels des dispositifs d'alternatives à l'hospitalisation, et les limites logistiques ou dues aux financements complexes et éclatés des prestations, ainsi que l'hétérogénéité des pratiques et le cloisonnement des acteurs et des institutions concernés. Les réseaux médico-psycho-sociaux sont ainsi qualifiés par L. DESPLANQUES, de l'hôpital Robert Debré, comme "peu opérationnels".

Ainsi, les prestations de soutien ménager, en cas de sortie précoce, retombent souvent sur la famille ou sur des associations, d'où des réponses peu réactives, difficiles à contrôler et parfois peu adaptées.

Le potentiel de certaines structures reste sous utilisée selon Vautrin (47) : PMI, professionnels libéraux. Pour cet auteur, les visions des professionnels et des patients sont souvent très différentes, source d'échec des démarches.

Toutes ces études soulignent l'intérêt de relations inter institutionnelles et inter humaines partenariales et pérennes comme un préalable à une action efficace ; dans le respect des compétences, mais aussi en simplifiant les procédures au maximum. L'importance de la préparation des patientes et des protocoles formalisés est aussi notée.

#### **2.2.2.3. Les enjeux de la sortie précoce**

Trois dimensions : celle des patients, celle de l'équipe hospitalière et la dimension économique.

**Pour les patients** (on ne considérera ici que l'enfant), ils sont médicaux ou psychosociaux.

- Les risques médicaux susceptibles de toucher l'enfant sont :
  - L'ictère nucléaire, lié à l'élévation de la bilirubine dans le sang, c'est un risque grave et précoce. Les critères classiques (antécédents familiaux, origine asiatique, sexe masculin, déficit en

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

G6PD) ne sont pas assez discriminants. 2 techniques de prédiction sont possibles : la bilirubinémie à 24h <50 mg/l, et l'usage du bilirubinomètre quelque soit la couleur de la peau,

- Les infections à streptocoque B. Elles sont évitables par l'antibioprophylaxie du per-partum d'une part, et par le dépistage grâce aux prélèvements bactériologiques périphériques et au dosage éventuel de la protéine C réactive, ainsi que par l'anamnèse (fièvre maternelle, ouverture prolongée de l'œuf, liquide amniotique teinté),
- Les infections par l'herpès génital ne sont pas accessibles au traitement mais 50 % surviennent à J4 et au delà. La sélection repose ici sur les prélèvements maternels et néonataux en cas antécédents, et sur l'information maternelle sur toute lésion vésiculeuse,
- Les malformations et maladies métaboliques, dont le risque est devenu faible grâce à l'amélioration du dépistage anténatal échographique. La décompensation éventuelle survient entre 3 et 9 jours. Tout repose donc sur l'information des mères,
- La prise de poids et la qualité de l'allaitement maternel dépendent de la préparation en cours de grossesse et de l'accès aux conseils durant la 1<sup>ère</sup> semaine. Si ceux-ci sont correctement réalisés, les risques de problèmes sont faibles,
- Les dépistages systématiques (Guthrie, drépanocytose...) ne sont effectués qu'après J3 et ils imposent donc une adaptation de l'organisation des prélèvements avec recours aux services ambulatoires ou une consultation à la maternité.

Ainsi, une étude réalisée par un réseau de sages-femmes partenaires de l'HAD<sup>1</sup> de l'AP-HP<sup>1</sup>, en 1998, a objectivé les données suivantes, pour 100 enfants en sortie "précoce".

- Ictères : 71 % n'en ont pas eu, 16 % ont eu un ictère peu intense, 9 % d'intensité moyenne et 4 % de forte intensité.
- Pathologies : 76 % n'ont rien eu, 8 % ont eu des reflux, 7 % de l'hypothermie ou de l'hypotonie, ou des problèmes de courbe de poids, 3 % une infection locale (œil, oreille, ombligo), 3 % des troubles digestifs (diarrhées/constipation) et 2 % des troubles divers (nez bouché, érythème fessier...).
- Des soins : 16 % des soins de cordons (nitritage) et 17 % des Guthrie.
- Des prescriptions : 86 % n'en ont pas eu, 6 % ont eu des antiacides et 3 % des collyres.

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

➤ Les risques psychosociaux :

- Les troubles de l'attachement mère-enfant : la période de post-partum est un moment privilégié pour affiner l'appréciation des difficultés à devenir mère, et pour prévenir les conséquences sur le nourrisson, dont la maltraitance. Les stratégies d'accompagnement adaptées, relevant du travail d'équipe entre maternité, inter secteurs psychiatriques et associations, sont d'un intérêt majeur pour prévenir ces problèmes. C'est aussi un temps de parole pour les mères, et un temps de repérage des situations à risques par les professionnels.

Il semble donc utile, dans une optique de sortie précoce, de renforcer ce travail en post-partum précoce (J0-J3) et d'être capable de le continuer en urgence, ou sur des patientes à risques une fois sorties. Les psychologues de maternité ont ici un rôle important.

La présence des professionnels visera aussi à rassurer et à conseiller, en prenant en compte les difficultés propres (exemple : précarité, migrants ...).

Sur ces points, la sortie précoce a des conséquences majeures.

### **Les enjeux pour l'équipe**

- La sortie précoce lui permet, dans les maternités saturées, de gérer avec plus de souplesse les lits : certains étant libérés plus tôt, des femmes nécessitant des soins plus soutenus peuvent en occuper d'autres plus longtemps.
- L'hyper médicalisation est limitée, ce qui favorise la ré appropriation des problèmes par la famille d'une part, et par les professionnels du champ médico-social et psychologique d'autre part.
- Elle doit concentrer sa période d'observation du couple mère-enfant (condition de l'accueil, capacités maternelles, adaptation de l'enfant à la vie, environnement psychoaffectif et matériel) sur 48 à 72 heures. Ce qui suppose une vigilance accrue et le recueil de données pendant la grossesse.
- Le développement d'un réel travail partenarial avec les acteurs extrahospitaliers (professionnels libéraux, PMI ...) ou d'alternatives bien construites à l'hospitalisation dans le cadre de l'HAD ou de réseaux. Dans les deux cas, la maternité a un rôle de formation des acteurs, et les ARH favoriseront la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens s'il s'agit d'HAD. Le réseau fonctionnant sur la base de chartes.

## Les enjeux économiques

- Le financement est trop complexe, éclaté et dépendant d'institutions aux compétences croisées dont elles sont jalouses. Il faudrait pouvoir créer un financement commun pour les prestations qui dépendent :
  - de l'hôpital (HAD) ou des caisses (paiement à l'acte) par les soins,
  - des caisses, des familles ou des conseils généraux pour les prestations d'aide ménagère, sur indication médicale, familiale ou sociale.

Il manque sur ce point, une profession comme celle des assistantes maternelles néerlandaises.

Par ailleurs, des modalités de règlement incitatives doivent être trouvées pour mobiliser le secteur libéral, voire la PMI.

- Les économies induites par la sortie précoce ne sont pas évidentes (37), et l'évaluation objective plutôt des surcoûts liés à la nouvelle organisation à mettre en place, la multiplication des prescriptions de "sécurité" avant le départ... Cependant, l'hôpital est poussé par le mode de gestion par dotation globale à trouver des solutions alternatives. En effet, à partir de J3-J4, la rentabilité du séjour hospitalier diminue : il y a moins d'actes de soins et d'utilisation du plateau technique hospitalier, les frais d'hébergement restant élevés.
- Enfin, il est difficile de réaliser une évaluation économique rigoureuse devant la multiplicité des paramètres à apprécier, à la fois médicaux (ré hospitalisations éventuelles liées à la sortie précoce, consultations en urgence et traitements ambulatoires...), sociaux (recours aux travailleurs sociaux, difficultés...) à court et long terme.

### 2.2.2.4. Quelle organisation choisir

A partir de 3 choix d'organisation, il est peut-être possible de définir un modèle ou du moins de choisir une orientation. Ces 3 choix sont :

- a) L'HAD
  - b) Le travail extra hospitalier de personnels de la maternité
  - c) Le réseau.
- a) **L'HAD**<sup>1</sup> : exemple de la maternité de BOUCICAUT (AP-HP<sup>1</sup>) à partir du mémoire de Pierre MORISSET, EDH, 1995 (37).

---

<sup>1</sup> Se reporter aux abréviations en tête de document.

L'HAD est proposée par certaines équipes de Paris et de Grenoble en relais d'une sortie précoce. Cela représente en 1997, pour l'AP-HAP 10 % des accouchées.

Pour P. MORISSET, "L'HAD, prescrite par un médecin hospitalier ou libéral permet de dispenser sur une période limitée, mais révisable après évaluation de son état de santé des soins médicaux ou paramédicaux coordonnés dans un souci de permanence et de continuité des soins". Elle rencontre souvent le souci de patientes soucieuses de réintégrer leur environnement familial. Elle suppose un projet thérapeutique et psycho social, une coordination formalisée et une évaluation médico sociale. C'est une activité de prise en charge globale, pluridisciplinaire et centrée sur le patient qui doit apporter des soins d'une intensité comparable aux soins réalisés à l'hôpital. Elle suppose une organisation lourde : protocoles, transfert d'informations, logistique et personnels. Pour J.P. COUSTEIX, président de la FNEHAD<sup>1</sup>, "son champ doit être clairement différencié des autres modes de maintien à domicile et encadré par une charte".

Il s'agit donc d'un mode de structuration très lourd, soumis à la décision de l'ARH et au passage en CROSS<sup>1</sup>. Il impose depuis la circulaire du 30 mai 2000, la conclusion de contrats d'objectifs et de moyens entre établissement de santé et services d'HAD publics ou privés.

Il y a donc beaucoup de contraintes et c'est un système lourd et peu réactif pour répondre à des accroissements de la demande. Cela pose la question d'une sélection des femmes à suivre sur la base d'un profil de risques médico psycho sociaux ou d'indications médicale d'HAD : soins techniques complexes, nursing, réadaptation au domicile, dépendance... ce qui en limite la portée et l'intérêt économique.

Ce système a cependant été choisi par l'AP-HP et un service d'HAD spécifique a été institué par BOUCICAUT, dans un contexte de restructuration des services et d'une impossibilité à la moderniser en termes de locaux (ce qui peut être un argument lourd).

### **Des avantages et des inconvénients**

Il présente selon Pierre MORISSET, de nombreux avantages :

- continuité de la prise en charge médicale,

- unité des protocoles et des personnels, de la structure,
- préparation initiale qualitative et normée dans le cadre de la maternité,
- accès pour toutes les femmes, car il s'agit d'une prestation financée par la dotation globale,
- coordination simplifiée.

Il notait aussi des contraintes :

- lourdeur de la gestion quotidienne puisqu'il s'agit d'un service soumis à une gestion de type hospitalière avec comme corollaire des lenteurs administratives et des demandes de moyens,
- la soumission au régime des autorisations, procédure complexe,
- le recours à des prestataires externes, d'où une certaine difficulté à contrôler la qualité des services fournis.

Le choix de BOUCICAUT fut motivé par les enjeux internes et par un moindre prix de journée par rapport à l'hospitalisation classique :

- souplesse accrue de l'utilisation des lits de la maternité,
- prise en compte de la faible rentabilité de l'hospitalisation entre J4 et J6 du post-partum,
- charges fixes et structurelles, frais généraux,
- charges variables et dépenses liées aux examens médicaux qui s'accroissent entre J0 et J3 en cas de sortie précoce, pour "se couvrir".

**Le contenu** : la prestation comprend la visite d'un personnel hospitalier ou conventionné avec l'hôpital, la fourniture en officine de ville sur prescription hospitalière des produits nécessaires, les examens de laboratoire, les transports rendus nécessaires.

L'étude de Pierre MORRISSET montrait cependant que le choix de l'HAD n'était pas guidé par la rationalité économique, car en fait elle revenait tout aussi cher que l'hospitalisation classique. Elle induisait cependant l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur, le changement des mentalités et des modes d'action, un effort d'humanisation et de mise en proximité des soins spécialisés par une réelle collaboration. A son avis, donc, une évolution qualitative du service fourni, limitée cependant par son retentissement sur la capacité en lits de l'hôpital (en 1995, le taux de change était mauvais) et l'impact sur les effectifs de la maternité.

Dans ce réseau, la PMI était en 1995 peu effective, du fait de ses orientations (pré-partum) et de son manque de moyens. Elle devait jouer un rôle sur l'évaluation initiale psycho sociale et pouvait constituer une aide pour des relais ultérieurs ciblés.

Enfin, l'étude souligne l'insuffisance d'une prestation strictement médicale "telle que pratiquée trop souvent en HAD" et donc, elle note la carence en matière de tâches domestiques et ménagères pour

répondre aux besoins, et insiste pour dire que cet aspect doit être intégré d'emblée à l'organisation d'une sortie précoce. Une solvabilisation de ces activités et une meilleure coordination des services financeurs et organisateurs est donc nécessaire (CCAS, conseils généraux, caisses ...).

Dans tous les cas, une sélection des mères "éligibles" est nécessaire.

**b) Le détachement de personnels de la maternité : l'exemple du CH d'Eaubonne-Montmorency (41)**

L'objectif initial de cette organisation était de répondre à la fois au souhait de nombreuses mères de sortir plus tôt, et de libérer des lits sans nuire à la sécurité des couples mère-enfants.

Deux sages-femmes de la maternité ont donc été détachées du service pour effectuer le suivi à domicile des femmes sorties à J3 ou J4. Le support logistique leur est fourni par l'hôpital.

Elles assument le même suivi qu'en suites de couches :

- surveillance du nouveau-né : courbe de poids, clinique (ictère, troubles digestifs et respiratoires), Guthrie, allaitement ...
- accompagnement et soutien psychologique.

Les femmes rencontrent les sages-femmes avant la sortie, et une préparation à celle-ci est faite.

Il y a de nombreux avantages :

- échanges quotidiens sage-femme à domicile/équipe hospitalière,
- unité de fonctionnement et protocoles communs,
- accompagnement médico psycho social offert aux sorties précoces mais aussi à toutes les autres femmes,
- utilisation par toutes les femmes, même celles qui n'ont aucune couverture sociale,
- souplesse supérieure à celle de l'HAD et ajustement des suivis aux besoins,
- relais avec la PMI facilitée par les liaisons déjà existantes.

Et quelques inconvénients :

- nécessité de renforcer l'équipe hospitalière du nombre de personnels nécessaires,
- être capable de fournir une prestation "à la carte" modulée par une évaluation rigoureuse des besoins.

Dans tous les cas, le succès semble lié :

- au libre choix par la femme et à son consentement éclairé,
- à une bonne évaluation initiale médico psycho sociale,
- à l'absence de pression : sensation d'être "poussée" hors de la maternité et choix dirigé,
- à la qualité de la formation des personnels concernés,
- à la qualité des liens avec le secteur ambulatoire (PMI, libéraux) et à la présence dans l'équipe de certains professionnels (psychologues, assistantes sociales...).

Cette solution a été mise en place depuis 1993, avant les restrictions de gestion des services.

### **c) Le modèle du réseau : la clinique de la Sagesse à Rennes**

Cette structure mutualiste mène depuis juin 1999 une expérimentation de réseau de suivi des grossesses avec une composante sortie précoce de maternité ; une base géographique qui est celle du recrutement de la clinique, et une forte participation du milieu libéral . Pierre MORISSET (37) semblait conclure que cette voie, avec l'exemple de LAGNY, était la plus difficile à suivre, car les partenaires sont difficiles à coordonner, et une fois acquise il est difficile de maintenir cette coordination pour des raisons d'intérêts particuliers (défiance) et de financement (non reconnaissance des actes préventifs réalisés par les libéraux). Elle a cependant pour intérêt majeur d'utiliser le dispositif formalisé des réseaux.

L'expérimentation a été lancée en juin 1999 pour un an, précédée du recensement des ressources professionnelles, de la définition des objectifs et des protocoles de prise en charge à domicile, de la mise au point de documents de liaison et des modalités de transmission de l'information.

Le suivi mobilisait un large panel d'intervenants : sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires de puériculture de la maternité ou libérales, médecins traitants et pédiatres de la maternité, association de travailleuses familiales et d'aide ménagères, assistantes sociales...

La réponse apportée devait être globale, avec un volet parentalité défini comme prioritaire. Le projet prévoyait :

- l'organisation des rapports entre les intervenants : sage-femme coordinatrice, sages-femmes et puéricultrices en charge du suivi, médecins traitants, associations d'aides à domicile... ainsi que les conditions de mise en action de ces professionnels,
- les délais de réponse aux situations urgentes, aux demandes d'aide à domicile, avec une continuité de la réponse,

- les modalités de réalisation des interventions (durée, périodicité, contenu technique...) et de leur contrôle,
- les objectifs visés et les compétences requises,
- les liaisons avec la PMI,
- les conditions d'accès aux prestations.

Étaient incluses toutes les femmes volontaires, informées avant l'accouchement, et ne présentant aucun risque médical ou psycho social, après évaluation par l'équipe de la maternité. Elles avaient un dossier de sortie incluant un dossier de suivi à domicile à la fois pour le suivi clinique, l'évaluation du système (actes, prises en charge par les professionnels, prise en charge par la patiente) et des informations pratiques pour la mère et le couple.

Le réseau devait se doter d'une structure juridique type association Loi 1901, et d'un secrétariat administratif (accueil, coordination, saisie de données...). Un médecin évaluateur assurait avec la sage-femme coordinatrice la supervision de l'organisation générale et de l'évaluation (documents, interviews, approche par une qualitiennne des participants et des patientes).

**L'évaluation du projet de réseau, faite en juin 2000 par la société ICONES (Dr G. DURAND) a montré :**

- 69 participantes sur 220 propositions de retour précoce, dont 54 suivies jusqu'au terme.
- 60 % des sorties du groupe à J3, 10 % à J2 avec des extrêmes à J1 et J11 (projet bien préparé d'une part, et prématurité d'autre part avec sortie "théorique" à J15)<sup>12</sup>.
- 60 % de femmes suivies par les sages-femmes de la clinique, et 76 % des enfants par une puéricultrice. La sage-femme, de part la nomenclature a la capacité de suivre la mère, et l'enfant jusqu'à 1 mois. Peu de suivis par les médecins traitants, mal préparés et formés, mal "avertis" à leur avis.
- L'importance majeure des services à domicile dans le ressenti et la qualité du retour.
- Une réponse de l'aide à domicile souvent insuffisante et pas assez coordonnée pour répondre aux besoins exprimés avec :
  - des réponses fonction de l'offre et de la disponibilité du moment plutôt que des besoins exprimés,
  - une difficulté certaine à répondre dans les délais convenus,
  - une tendance à privilégier la réponse plus technique des "travailleuses familiales" au détriment des aide ménagères, par souci d'éviter de prendre des risques, surtout lorsque une évaluation de la situation des patientes pouvait être nécessaire. C'est une source de surcoût évitable.
- Un chaînage des prises en charge insuffisamment communiquant et organisé entre les divers professionnels dans certains cas.
- De bons relais au-delà de la période de suivi spécifique avec la PMI et pour les femmes concernées. Globalement, il n'y eut aucun cas de ré hospitalisation de mère ou d'enfant dans les quinze jours suivant la sortie.
- L'habitude prise, au-delà du court délai de prise en charge à domicile prévu<sup>13</sup> en cours de grossesse et du fait des préparations à la naissance et à la parentalité, de considérer le

---

<sup>12</sup> Les normes avaient été fixées à J5 pour un accouchement voie basse (AVB) normal, à J7 pour un AVB sur grossesse gémellaire. J8 pour une césarienne et J15 pour un prématuré lourd.

réseau comme une ressource de conseils et de suivi ultérieurs, par les couples et les professionnels.

### **L'avis des professionnels**

Le peu de remarques des médecins libéraux bien souvent non sollicités et pas assez informés, qui sollicitent malgré tout d'être mieux utilisés, et la garantie si nécessaire que le système puisse s'appliquer à une prise en charge plus longue.

Les autres professionnels insistaient sur la qualité du dossier et des recueils de données utiles à privilégier, sur l'accessibilité aux services de la maternité (contacts, accueil...), et sur la qualité des échanges développés entre les mamans et les soignants privilégiant durée et tranquillité par opposition à l'hôpital/clinique.

L'apport qualitatif était net sur :

- les surveillances individuelles et les réponses personnalisées respectant mieux les rythmes maternels,
- l'encadrement de l'allaitement,
- la présence de travailleuses familiales,
- la coordination dans le milieu,
- la continuité du suivi par une seule personne ou équipe du début de la grossesse au post-partum,
- la plus grande disponibilité,
- la souplesse du dispositif pour les patientes, même si les visites n'étaient pas considérées comme assez nombreuses par les patientes,
- la meilleure qualité de l'écoute et du dialogue à domicile.

Mais on notait des problèmes

- matériels de visite à domicile, transports...
- de coordination au début de l'expérimentation,
- dans l'adaptation et la coordination des prestations d'aide à domicile, et leur disponibilité (délais, qualifications, gestion des horaires, heures de présence insuffisante...),

---

<sup>13</sup> Délai allant de la sortie précoce à la date "normale".

- pour les inégalités de prise en charge financière entre personnel de clinique et sage-femme libérale payée à l'acte,

et deux carences :

- dans la prise en charge des troubles psychologiques ou psychiatriques majeurs,
- dans l'organisation des visites pédiatriques, qui obligent à se déplacer à J7-J8, et qui sont difficiles à assurer le jour de la sortie précoce.

### **Les associations d'aide à domicile**

Elles évoquaient l'accueil favorable et la qualité du travail. Les familles auraient aimé continuer, mais l'aide de la CAF<sup>1</sup> n'était pas possible. La gestion du temps (étalement, durée, délai de réponse) était difficile. Le financement posait problème (conseil général). Globalement, l'aide à domicile jugée insuffisante était le point faible du fonctionnement, sachant cependant que le dispositif de sortie précoce est limité dans le temps et qu'au-delà une autre organisation doit être privilégiée.

### **Les mamans et les enfants**

- Les mamans sont heureuses de la qualité du repos fourni et du caractère rassurant et familial des soins. Elles insistent aussi sur leur fatigue et sur l'amélioration des passages des travailleuses familiales à réaliser. Les soignants sont plus disponibles qu'en maternité, et leur action semble plus efficace.
- L'enfant y gagne en calme, en qualité de surveillance et de rythme de vie, en conseils personnalisés et en disponibilité maternelle si tout va bien (bon environnement familial).
- La famille voit son isolement réduit, est plus confiante et solidaire.

#### **2.2.2.5. Discussion : les partenariats et le travail en réseau fondent l'action collective autour de la mère et de l'enfant en cas de sortie précoce de la maternité**

Quelque soit le mode de fonctionnement choisi, il ressort de ces 3 exemples que les modalités d'un travail en réseau sont rencontrées : concertation, coordination, pluridisciplinarité, formation, communication et modalités de circulation de l'information, financements et évaluation.

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

Les difficultés de mise en œuvre de ces fonctions relèvent :

- de l'écart entre les pratiques souhaitées et ce qui existe a priori,
- de la volonté des acteurs,
- de l'urgence des problèmes rencontrés,
- des modalités de financement possibles.

Plus le panel d'acteurs est large, plus c'est difficile, en particulier dès lors que le milieu libéral est concerné, sachant ses obstacles propres (culture individualiste, paiement à l'acte, disponibilité limitée, formation initiale inadaptée à une prise en charge globale). Cependant, pour donner à ce travail toute son amplitude, et agir de façon réactive dans la proximité, il faut y associer nos confrères.

### **Les coordinations**

La coordination, souvent balbutiante au début doit être le point fort de tels réseaux. Elle est à trouver à deux niveaux :

- technique : entre intervenants formés et communicants entre eux,
- institutionnelle : autour d'un financement adapté, qui permettrait dans le cadre du réseau d'associer règlement des prestations de soins et d'aide ménagère, en regroupant caisses et conseil général. C'est l'obstacle principal.

Ce travail semble plus facile dans les deux premiers exemples, qui ont cependant bénéficié de conditions "favorables" :

- gros service d'HAD à Paris et énormes problèmes de locaux limitant les solutions d'hospitalisation par Boucicaut,
- action mise en place dès 1993 à Eaubonne Montmorency, alors que des moyens supplémentaires pouvaient être affectés dans le cadre d'une souplesse budgétaire qui n'existe plus depuis la création des ARH.

### **Le contexte**

Pour ces deux cas, l'introduction de la régionalisation des soins périnataux, et le nouveau mode d'allocation des ressources budgétaires et humaines en fonction de l'activité oblige à se réformer. En effet pour L. DESPLANQUES, quand l'hospitalisation prénatale est accolée à l'accouchement, elle n'est pas prise en compte. Les centres de niveau III, qui accueillent les grossesses à risques en prénatal sont pénalisés par ce mode de financement, car les lits occupés par des grossesses à risques ne sont pas disponibles pour le postnatal. Pour maintenir un nombre d'accouchements constant, et donc une

"activité" et des moyens constants, ces centres refusent les hospitalisations anténatales (avec des risques de transferts en urgence) ou bien doivent diminuer la durée de séjour en post-partum.

Pour ces maternités hospitalières, la tendance à diminuer les durées est donc forte, et sous contrainte, elles doivent, dans le cadre de la mise en place de réseaux périnataux, renforcer ce processus de réduction, hors pression assurantielle comme aux USA. Par contre, les centres de niveau I vont réduire leur taux d'occupation en transférant leurs femmes à risques vers les centres de niveau II et III et n'ont pas intérêt à réduire leurs durées de séjour.

Le choix d'une stratégie de sortie précoce semble donc être fonction de ces éléments sous-jacents pour les niveaux II et III.

### **Est-ce rentable ?**

Pour Pierre MORRISSET, la mise en œuvre d'un dispositif d'HAD pour la sortie précoce semblait plus coûteuse que le maintien en hospitalisation et ce choix était pour lui plus lié à un objectif d'ouverture sur l'extérieur de l'hôpital et de changement des pratiques. Les études bibliographiques (133, 137, 139, 153) sur la sortie précoce, n'arrivent pas non plus à montrer que c'est une mesure rentable en termes économiques, souvent par manque de rigueur méthodologique ou du fait de biais importants empêchant l'extrapolation des résultats, voire parce que certains éléments (long terme) sont difficiles à évaluer.

Les études françaises n'apprécient guère ces paramètres.

### **La recherche de la qualité et de l'efficacité pour satisfaire les usagères :**

Tous les exemples montrent l'apport qualitatif majeur des expériences bien conduites : il est constaté dans nos trois exemples et dans la littérature.

L'hospitalisation du post-partum a trois objectifs :

- assurer la stabilité du couple mère-enfant,
- s'assurer des capacités maternelles,
- établir les liens avec la prise en charge ultérieure.

Le raccourcissement de cette hospitalisation oblige à réfléchir surtout à l'accomplissement des deux derniers objectifs. Le but du travail en réseau est de compléter et de remplacer l'hospitalisation en établissant une continuité et une coordination des prises en charge. Pour cela, il faut respecter la qualité et les possibilités d'implémenter les dispositifs selon le contexte et les moyens à disposition. Le choix

d'organisation dépend donc de ces facteurs en visant à la souplesse des articulations et à la réactivité du dispositif.

La demande des usagères ne correspond pas toujours à des orientations gestionnaires avec deux camps bien marqués :

- celles qui préfèrent l'hospitalisation,
- celles qui préfèrent la sortie précoce et qui ont souvent des profils bien différents avec des conditions socio économiques plus favorables.

C'est face à cette demande que la qualité du travail de l'équipe est primordiale ; dans la sélection et l'appréciation des paramètres de la sortie précoce, comme l'explique la littérature et le montre l'exemple de La Sagesse.

**Il faut donc établir une continuité et une coordination dans le cadre d'un réseau médico psycho social susceptible d'intéresser la grande majorité des enfants et des femmes, et d'être donc élargi un jour dans toute la population.**

C'est donc le contraire d'un réseau périnatal de suivi de grossesses à risques. Il passe aussi, cependant, par un travail de repérage des sortants potentiels et de ceux qu'il faudra accompagner, soit en retardant la sortie, soit en renforçant et en adaptant la prestation fournie à la sortie de la maternité. Dans tous les cas, cette prestation doit être globale et les soins, l'aide à domicile, le soutien psycho social ont tous la même importance et nécessitent d'être optimaux. L'aspect qualitatif et l'évaluation du réseau et de ses composantes sont donc à mettre en œuvre a priori.

Le choix volontaire, après une information et une préparation bien ciblées de la sortie précoce, et une bonne sélection des couples mère/enfant éligibles selon des critères médico psycho sociaux sont cités par tous comme des facteurs majeurs de réussite.

Ils soulignent le rôle des deux pôles de la démarche : l'usager et l'équipe, dont la bonne communication est nécessaire.

Pour conclure, même si les évaluations sont faites dans une optique assurantielle (USA), de redéploiement de moyens plus ou moins voulus, ou de demandes de financements dans le cadre des réseaux ; si la démarche est bien conduite, enfant, patient et famille trouvent en majorité leur compte.

Ce gain qualitatif n'est acquis que par un travail d'équipe, d'autant plus coûteux que le panel des intervenants est large. Le partenariat génère un surcoût propre : temps de coordination, de concertation, de formation complémentaire, règlement des intervenants... L'assumer n'est évident que si les bénéficiaires ressortent nettement, vis à vis des décideurs et des financeurs.

La stratégie de mise en œuvre pourrait donc, après une évaluation du besoin et de l'offre disponible :

- choisir une politique de "pas à pas" progressifs en partant d'une organisation publique type Montmorency pour s'élargir ensuite selon le besoin, les moyens alloués, la demande des familles, vers une implication du milieu libéral lucratif, cliniques puis ambulatoire.

L'organisation devrait par contre intégrer d'emblée les prestations d'aide à domicile et les financements nécessaires. L'articulation avec les modes de suivi ultérieurs est à penser a priori, puis à affiner ensuite, avec la PMI et les médecins traitants.

L'évaluation périodique du dispositif permet de l'ajuster pas à pas en ciblant :

- les structures et les processus,
- les procédures et le suivi technique,
- les coûts générés (soins, aide à domicile),
- la satisfaction des usagers et des professionnels,

En Nouvelle Calédonie, la petite taille des bassins fonctionnels et la polyvalence des petites équipes de santé publique dans l'intérieur pourrait permettre à la sage-femme en charge d'une zone d'assurer elle-même les liaisons qui lui leur sont utiles et la formation continue auprès de la maternité de référence du CHT laquelle assure 55 % environ des accouchements du "pays" en 1998 (2 534 sur 4 500).

Il faut cependant signaler que pour l'instant, des protocoles sont peu envisageables vis à vis des maternités privées de Nouméa.

#### **2.2.2.6. La place de la PMI dans ces dispositifs**

Elle est fonction de ses moyens souvent limités et reste hétérogène selon les départements. Les trois exemples cités ci-avant soulignent cependant l'intérêt de sa démarche dans le cas des sorties précoces.

En amont (prénatal), elle intervient sur demande (spécialiste, médecin traitant, sage-femme de la maternité, assistante sociale) ou spontanément par l'évaluation du contexte individuel et environnemental de la patiente et du futur bébé, la prévention primaire des situations à risques. Cela implique une coordination étroite et formalisée entre PMI et maternités d'une part, et protection maternelle et infantile en interne d'autre part. Les moyens obligent cependant souvent à limiter les activités aux familles les plus fragiles requérant soutien et accompagnement.

La PMI, et son équipe pluridisciplinaire, ont dans ce cadre vocation à "prendre soin" dans les trois dimensions : physique, psychique et relationnelle, surtout dans les contextes familiaux actuels.

En postnatal, la PMI est le relais naturel de l'HAD ou du réseau, si elle en a les moyens et pour les populations demandeuses. Dans ce cas, ses visites s'inscrivent dans un cadre de prévention précoce et de promotion de la santé, selon les objectifs de la loi de PMI de 1989. Il faut ainsi :

- rendre les mères autonomes et compétentes pour les soins à l'enfant,
- développer les comportements de prévention,
- identifier précocement les situations à risques de maltraitance.

Trois limites majeures existent cependant :

- une faible culture de santé publique et peu de réseaux vraiment fonctionnels et pérennes, car ils sont souvent mouvants et déléteurs sur ce thème, liés aux personnes qui les animent,
- le financement des actes postnataux par les CAF<sup>1</sup>, CPAM<sup>1</sup> et qui devrait couvrir les actes d'HAD, des acteurs libéraux et de PMI dans un cadre unique, en y associant les prestations d'aide ménagère,
- des structures de PMI aux moyens limités et hétérogènes.

Si ces conditions étaient résolues, la PMI, sur des protocoles communs entre conseils généraux, validés par l'État, pourrait être un élément fédérateur de suivis organisés en réseaux sur une base de bassin de population, grâce aux partenariats déjà développés et à son habitude du travail en équipe. Son expérience en matière d'accompagnement serait plus particulièrement utile dans le cas des sorties précoces, pour l'enfant et pour la mère.

Le Haut comité de santé publique soulignait dans son rapport de 1994, l'originalité de la PMI, "outil social, de santé publique et communautaire" :

- intégrée dans un secteur géographique et agissant dans la proximité,
- aux interventions diverses (VAD, consultations, ateliers, permanences, éducation à la santé..),
- multidisciplinaire à orientation de prévention et d'accompagnement,
- d'accès facile et en théorie non discriminatoire.

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

De ce cadre et compte tenu des moyens actuels, la PMI peut se placer en complément de tout système relais de la sortie de maternité, si le choix de ne plus prendre en charge par l'hospitalisation est fait. Dans ce cadre, elle doit adapter son fonctionnement pour s'intégrer aux réseaux recommandés par les SROS périnatalité, dans de nouveaux modèles qui restent encore à définir.

### **2.2.3. LES CENTRES D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE (CAMSP), UNE APPROCHE PLURI DISCIPLINAIRE DU HANDICAP POUR ACCUEILLIR ET SUIVRE DES BESOINS DIFFERENTS**

#### **2.2.3.1. Définitions**

Les CAMSP ont pour mission le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants de moins de 6 ans présentant des déficits sensoriels moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci.

Ils exercent des actions préventives spécialisées et appartiennent au champ médico-social. Ils se caractérisent par des actions qui se veulent transdisciplinaires afin d'éviter la parcellisation des investigations et des prises en charge de l'enfant handicapé sur des lieux éclatés et sans liens entre lieux. Cette démarche vise à faciliter l'accompagnement familial et à appréhender l'enfant dans sa globalité, sans le sortir de son milieu naturel. L'objectif est d'assurer une guidance des familles dans le centre ou à domicile par des équipes transdisciplinaires (cela implique pour les membres de l'association nationale des équipes de CAMSP un mouvement des professions l'une vers l'autre et non une simple coexistence comme dans la pluridisciplinarité).

Les CAMSP peuvent être polyvalents, spécialisés ou mixtes, c'est-à-dire polyvalents avec des sections spécialisées.

#### **2.2.3.2. Les textes réglementaires**

Le texte de référence demeure l'annexe XXXII bis du décret du 9 mars 1956 modifié par le décret du 15 avril 1976. Ce texte fixe les conditions techniques d'agrément et de fonctionnement des CAMSP. En particulier, sont définis les lieux d'implantation qui sont très variés : consultations hospitalières, services de PMI, centres médico psycho pédagogiques (CMPP), établissements aptes à recevoir des enfants d'âge préscolaire. L'organigramme doit intégrer un pédiatre ou pédopsychiatre qualifié, un ou des psychologues, des rééducateurs et auxiliaires médicaux, des puéricultrices et éducatrices de jeunes enfants, des assistantes sociales... Des liens doivent être prévus selon le type de CAMSP avec d'autres

professionnels soit référents comme les médecins hospitaliers, soit nécessaires à la bonne prise en charge hors du centre (libéraux, éducation nationale...).

Des modalités de travail en commun sont ainsi précisées : dossier médical, réunions de synthèse.

La circulaire du 9 juin 1976 indique les procédures de création et de financement de ces centres. Elle recommande l'implantation dans des locaux sanitaires et sociaux. Mais surtout, comme pour les CMPP, les normes de la loi du 30 juin 1975 ne leur sont pas applicables (passage en CROSS<sup>1</sup>, orientations CDES<sup>1</sup>). Le financement est donc une dotation globale à la charge des régimes d'assurance maladie pour 80 % et des départements pour 20 %. Il est subordonné à la signature d'une convention tripartite département, CRAM<sup>1</sup> et établissement. Cet arrangement fut modifié par la loi du 18 décembre 1989 qui légalisa la dotation globale et sa répartition pour donner aux présidents des conseils généraux et aux préfets une compétence tarifaire conjointe après avis de la CRAM.

Les circulaires ministérielles des 3 février et 22 novembre 1977 précisent que les admissions en CAMSP relèvent de la décision du médecin conseil et non de la CDES, circulaires confirmées par une circulaire ENSM de 1990. La prise en charge est donc totale et faite par la sécurité sociale et à défaut par l'aide sociale, au niveau du centre lui-même.

### **2.2.3.3. La place des CAMSP**

Elle s'inscrit en bonne place dans un tissu médico-social et de prise en charge de l'enfance handicapée hétérogène et souvent peu coordonné. Dans un ouvrage récent<sup>14</sup>, ils sont inscrits dans le secteur dit médico-éducatif (cf. annexe 11), à côté des CMPP<sup>1</sup> et des SESSAD<sup>1</sup> ces derniers relevant de la loi de 1975. Cette offre est complétée par l'offre libérale et les suivis ambulatoires du secteur psychiatrique infantojuvénile. L'offre de soins des moins de 6 ans, en effet, est strictement ambulatoire car à cet âge, et bien souvent, les pathologies ne sont pas encore fixées ni toujours classables.

Les SESSAD sont régis par les annexes XXIV et XXIV bis, ter quater et quinquies du décret de 1956 et la loi de 1975. Leur rôle à l'égard des jeunes enfants est comparable à celui des CAMSP. Mais ils s'adressent aussi à des enfants plus âgés jusqu'à 18-20 ans, si ceux-ci n'ont pu être accueillis dans des établissements spécialisés et qu'il faut favoriser leur intégration scolaire et sociale. Les objectifs d'accompagnement au sein des familles et de développement des capacités de l'enfant sont les mêmes. Les SESSAD sont rattachés à des établissements médico-éducatifs, des CMPP ou à des consultations

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

<sup>14</sup> Source JEANNE P., LAURENT J.P., Enfants et adolescents handicapés, pour une prise en charge qualitative du handicap, ESF éditeur, 1998.

hospitalières et ont une compétence territoriale qui est celle de l'établissement de rattachement. L'équipe est pluridisciplinaire. La prise en charge ici est décidée par la CDES et effectuée par la sécurité sociale.

Les CMPP sont des structures comportant des consultations destinées aux enfants ayant des troubles scolaires et nécessitant des soins sous contrôle médical. L'équipe est pluridisciplinaire et assure le diagnostic et la prise en charge, l'enfant restant dans sa famille et continuant de fréquenter son établissement scolaire. Elle consiste en une guidance et une harmonisation entre la rééducation et le programme scolaire. La prise en charge financière relève des caisses d'assurance maladie.

Si l'on compare les CAMSP/CMPP avec les SESSAD, on obtient le tableau suivant :

<b>CAMSP/CMPP</b>	<b>SESSAD</b>
Accès libre	Passage par la CDES
Polyvalence habituelle	Spécialisation
Indépendance	Rattachement à un établissement
Rôle de diagnostic	Soutien + éducatif et pédagogique
Consultation ouverte = porte d'entrée du dispositif	Places installées et passage en CROSS

#### **2.2.3.4. Le type de population suivie**

Ainsi que les définissent les textes, il s'agit d'enfants de moins de 6 ans. Selon le rapport DGS de 1987 sur les CAMSP, ils peuvent être classés en 5 catégories :

- Nouveau-nés pour lesquels le handicap est visible dès la naissance (ex. : cécité, spina bifida, trisomie 21 ...).
- Nouveau-nés dont l'histoire périnatale ou certains antécédents familiaux font craindre un handicap qui n'est pas décelable d'emblée. On rattachera à cette catégorie les enfants grands prématurés adressés par les services de néonatalogie. Cette population permet parfois d'initier la création de CAMSP grâce à une étroite collaboration entre l'hôpital et le centre grâce à un suivi extrahospitalier

normé décidé en commun. Il s'agit d'une population bien cadrée d'emblée. Dans cette catégorie, le poids des déficiences visuelles est majeur.

- Nourrissons et enfants d'âge préscolaire qui présentent des clignotants de souffrance physique et psychique.
- Enfants dont les parents présentent des risques (ex. : puîné d'un enfant décédé ou handicapé, parents malades mentaux ou toxicomanes ...).
- Nourrissons des milieux très défavorisés ou exclus ...

Pour des petits CAMSP polyvalents, comme ceux de Lorient ou de Papeete, dont l'échelle de moyens pourrait correspondre à celle d'une éventuelle structure néo-calédonienne, les populations suivies semblent converger :

- Pour Lorient : en 1999, pour une file de 45 enfants suivis, 40 % présentaient des troubles du comportement, 29 % des syndromes polymalformatifs, 20 % des troubles moteurs et 11 % des déficits intellectuels. Cependant, vu le jeune âge des patients, certains diagnostics n'étaient pas encore reconnus et fixés et en particulier les troubles du comportement. Des compléments d'examen étaient encore nécessaires.
- Pour Papeete : selon le rapport du Dr. BONNAC-THERON (50), les progrès dans la prévention des maladies infectieuses périnatales les plus graves, ont nettement diminué la part relative des handicaps moteurs lié à ces pathologies et qui constituaient 45 % des effectifs suivis en 1984, lors de la fondation du CAMSP. En 1996, la répartition donnait 30 % de handicaps moteurs liés aux accidents et infections périnataux, dont les infections méningées. Le handicap sensoriel stagnant à 5 % des cas est encore la conséquence de séquelles de rubéoles congénitales et des méningites à haemophilus, qui, grâce à la vaccination sont en en train de disparaître (13 % des cas en 1996). Enfin, 19 % de handicaps mixtes sous surveillance et 13 % de polyhandicapés lourds. La file active suivie, en accroissement constant est de 180 enfants, ce qui traduit le succès du centre basé sur une bonne sensibilisation des professionnels "dépisteurs", mais surtout des besoins très forts et en expansion associés à une absence d'autres structures de type SESSAD ou CMPP.

Les recueils d'activité entre les différents centres que j'ai pu visiter ne sont pas standardisés. La principale cause en est la difficulté à trouver des définitions et classifications communes des déficiences et handicaps sachant leur aspect multiforme. Cela se traduit par des différences souvent fortes d'appréciation et cela empêche la comparabilité. L'autre difficulté semble être liée aux possibilités d'évaluer un travail qualitatif et individualisé de façon normée et en ce sens, la culture des professionnels concernés issus du secteur social ou psycho-psychiatrique semble s'y opposer. Des démarches originales d'évaluation découleront peut-être de la réforme de la loi de 1975, mais indirectement, puisque

les CAMSP sont encore hors du champ des annexes XXIV de cette loi. Les documents fournis par les CAMSP sont donc très variables. Comme une conséquence, la CRAM Rhône-Alpes dans son enquête PRAC<sup>1</sup> de 1997 recommande cependant l'utilisation d'une fiche individuelle annuelle des enfants sortants, décrivant de façon homogène, les troubles constatés, les objectifs et modalités des soins, l'orientation des enfants et les résultats obtenus. Elle propose aussi de clarifier et de simplifier l'utilisation des handicaps. La CIM10<sup>1</sup> et la CIH<sup>1</sup> étant trop complexes et chaque profession utilisant celle des classifications qui lui semble la plus proche de ses préoccupations. D'autre part, les déficiences du jeune enfant ne sont pas toujours suffisamment fixées pour être classées de façon fiable. En conséquence, la CRAM recommande donc l'utilisation d'un thesaurus commun.

#### **2.2.3.5. Le fonctionnement : on distinguera fonctionnement interne et fonctionnement en réseau**

**Le fonctionnement interne** est prévu par les textes réglementaires cités en référence. Il repose sur un projet de service multipartenarial traduit par des réunions périodiques de synthèse et d'études de cas en commun et caractérisé par :

##### Des interventions assurées au profit des enfants :

- Des consultations médicales spécialisées et des bilans communs pluridisciplinaires associant toutes les professions du CAMSP.
- Des investigations complémentaires initiées par le centre : consultations de spécialistes, examens psychologiques et psychotechniques, études de l'environnement social et de vie ...
- Des soins individuels de rééducation et de motricité du langage, de la vision, et de la vie relationnelle, temporaires et jusqu'à l'orientation avec accompagnement vers une structure plus adaptée.

**Le fonctionnement en réseau** l'efficacité de ces centres est conditionnée par la qualité de leur réseau dans un cadre de liaisons bien formalisées et acceptées. Certaines structures orientent vers le CAMSP, d'autres les relaient :

- Les orienteurs sont l'hôpital, en particulier pour le suivi des grands prématurés et des handicaps dépistés en périnatal, et dans une moindre mesure les pédiatres libéraux. Les pédopsychiatres (qui ont leur propre prise en charge) et les généralistes (qui passent par les pédiatres ?) recourent peu au

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

CAMSP. Les plus gros pourvoyeurs restent les services de PMI du Conseil général. Le CAMSP agit souvent d'ailleurs en complément harmonieux de la PMI pour le suivi des enfants à développement pathologique que celle-ci dépiste. Il agit aussi sur les troubles de l'interaction mère enfant liés au handicap ou aux déficiences de l'enfant, alors que la PMI intervient dans les troubles de cette relation dus à des carences maternelles ou de l'environnement. Le CAMSP a aussi en théorie plus de temps pour travailler sur la qualité des actions et les acteurs de PMI, pressés par le temps, utilisent en ce sens cette facilité, ainsi que le signale le Dr BOUDOIX du CAMSP de Lorient.

- Les relais assurent le suivi et l'orientation des enfants. Cette orientation, au sortir du CAMSP, est l'aboutissement d'un projet cohérent et fruit du travail de l'équipe entière. Peu de liens sont formalisés par des conventions ou des textes. Et les rapports relèvent plus de la connaissance mutuelle :
  - *Avec le secteur médical, avec les services de rééducation fonctionnelle et de pédiatrie dans les villes qui ont un CHU et plutôt avec le secteur libéral dans celles qui n'en ont pas, selon la CRAM Rhône Alpes.*
  - *Avec le secteur médico-social et social : les assistantes sociales de secteur (elles ont un rôle majeur de lien entre toutes les parties), l'Aide sociale à l'enfance, les structures médico-sociales spécialisées et les lieux d'accueil et les modes de garde (souvent grâce à des personnels en commun).*
  - *Avec le secteur judiciaire en particulier pour les AEMO<sup>1</sup>.*
  - *Avec l'éducation nationale, qui est le secteur avec lequel le plus de conventions ont été signées, en particulier pour intégrer les enfants handicapés dans les classes maternelles.*

L'optique du réseau est bien de permettre un suivi de l'enfant dans son environnement habituel, selon son problème, et de façon à ce qu'on puisse le "tracer". À ce titre, l'implant cochléaire est un bon exemple de travail en réseau et en équipe. C'est un appareil coûteux et volumineux, dont l'installation chirurgicale nécessite une préparation rigoureuse et un suivi pluridisciplinaire et coordonné : après l'annonce de la surdité, un accompagnement psychologique et d'éducation de l'enfant est organisé pour lui apprendre d'autres modes de communication et une éducation auditive pour un appareillage conventionnel. Puis en cas d'échec, l'équipe du centre doit mobiliser et soutenir les parents, puis mobiliser l'équipe médicale et pédagogique autour du projet d'implant. Le travail est d'abord restreint à l'équipe CAMSP (médecin, orthophoniste, assistante sociale et psychologue), puis cette équipe entre en contact avec l'équipe ORL (médecin, audiométriste, audioprothésiste) pour affiner le diagnostic d'échec. Après concertation de tous

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

et le bilan pré-implant, une décision de proposition d'implant est faite aux parents avant de prévenir les pédagogues qui accompagneront et suivront l'enfant. Puis, sont mises en place les modalités de liaisons avec les équipes spécialisées.

#### **2.2.3.6. Discussion**

Quels sont les avantages d'un CAMSP : on signalera :

La prise en charge pluridisciplinaire et concertée, globale de l'enfant comme de sa famille avec une guidance adaptée à un contexte psychologique souvent difficile.

- L'aide à la lisibilité et la simplification du dispositif pour ces familles souvent perturbées, grâce à la concertation préalable entre les professionnels pour rendre les transmissions aisées. Le centre peut aussi devenir un point d'ancrage fort.
- La structure de relais extrahospitalière des services de l'hôpital et à ce titre capable de démultiplier leur action et d'assurer une présence sur le terrain (ex. : suivi des grands prématurés).
- Le relais des services de PMI lorsqu'une approche spécialisée, territorialisée et globale est nécessaire. Le centre a une action complémentaire en termes qualitatifs avec une action de prévention tertiaire du service de PMI.
- Le maintien de l'enfant handicapé dans son milieu naturel, ce qui est propice à son insertion et à son développement.
- Dépistage et prises en charge plus précoces, mieux coordonnés et enfant mieux "traçable".
- Il aide la collectivité à mieux reconnaître et prendre en charge collectivement le handicap de l'enfant.
- Les liens créés peuvent faciliter d'autres actions et d'autres collaborations.

## **Quelles sont les limites des CAMSP :**

- Une aire géographique d'intervention limitée par les moyens logistiques et la lourdeur du travail qualitatif à conduire. Elle ne peut dépasser 30 à 50 km de rayon sans nuire à l'efficacité du fonctionnement. Sur un vaste territoire peu peuplé, cela obligerait à démultiplier la structure ou à créer beaucoup de centres pour peu de population en les rendant donc très peu rentables.
- La nécessité de constituer un réseau efficace et formalisé en amont et surtout en aval. Cela implique une bonne sensibilisation et formation des acteurs, des structures d'accueil relais spécialisées et de bonne qualité de l'accueil de l'enfance handicapée avec des structures alternatives, et du temps disponible pour animer le réseau de proximité (coordinations, négociations ...).
- La pérennité du soutien financier ne peut être assurée que par un budget global et la garantie d'une prise en charge des patients par la sécurité sociale. À défaut, des conventions avec l'assurance maladie doivent être un minimum sur la base de contrats pluriannuels d'objectifs. Le financement annualisé sur le budget d'une PMI ou d'un établissement a de grosses limites avec le risque de tout remettre en cause chaque année, si les priorités de ces structures changent.
- Le coût très important de ces structures lorsqu'elles tournent à plein régime. Dans la région Rhône Alpes en 1997, la dotation moyenne de fonctionnement était de 2 350 000 FF/an par centre avec des charges en sus de 2 à 3 millions de FF pour des effectifs allant de 20 à 160 enfants suivis par an. Les moyens humains affectés pour un service de qualité sont souvent très lourds : 30 équivalents temps plein pour un CAMSP parisien suivant 180 enfants, soit environ 5 fois plus de personnels que celui de Polynésie française qui en suit le même nombre, et qui aurait des moyens comparables aux nôtres.
- Le CAMSP, en métropole, s'inscrit dans un environnement qui conditionne l'efficacité de ses actions et où existent une multiplicité de structures aidant au maintien de l'enfant dans son milieu. Les coûts de ces structures se surajoutent. Mais en outre, leurs compétences se recoupent sur certains domaines (CAMSP et SESSAD par exemple) avec des modes d'autorisation non harmonisés. Ou bien l'efficacité de l'action conduite ne sera correcte que si une structure relais existe lorsque l'enfant grandit et atteint l'âge scolaire (cas du CMPP pour le CAMSP). Mettre en place autant de structures est difficile pour de petits pays.

## **TROISIEME PARTIE : DISCUSSION - QUELQUES SUGGESTIONS POUR LA NOUVELLE CALEDONIE**

Après une brève réflexion sur l'intérêt des réseaux, nous aborderons les deux thèmes étudiés en métropole avant d'ébaucher quelques propositions de réflexion globale pour la Nouvelle Calédonie.

### **3.1. INTERET DES RESEAUX POUR LA NOUVELLE CALEDONIE**

Il semble évident que tous les modèles de réseaux ne pourront pas s'appliquer à la Nouvelle Calédonie, compte tenu de la petite taille de notre pays et de ses caractéristiques socioculturelles et géographiques, et en particulier de l'éclatement, hors Nouméa, des populations en petites entités disséminées sur le territoire. Le modèle de réseau vertical monothématique à point de départ et autour du pôle hospitalier public ou privé, compte tenu de la place du centre hospitalier territorial et de la centralisation de l'offre spécialisée sur Nouméa ; et le réseau de proximité horizontal et pluridisciplinaire (cf. annexe 8 - ⑥) proche des communautés, semblent les modalités les plus susceptibles d'être adaptées à notre contexte pour impliquer des professionnels, avoir des résultats palpables et une lisibilité suffisante pour l'utilisateur.

La mise en place de ces réseaux selon les modèles présentés en annexe 8 ne serait ni facile, ni totalement appropriée, ni réalisable en l'état. Elle suppose des aménagements conséquents et serait fonction des moyens réels de les développer et de les utiliser. Elle nécessite une étude approfondie des besoins et de l'offre existante, et l'identification des thèmes pour lesquels le réseau apporte une réponse plus adéquate que l'existant.

Il est difficile d'apprécier le bénéfice que l'on pourrait retirer de leur mise en œuvre formelle, et en conséquence, sachant qu'ils nécessitent un fort investissement humain (temps, réflexion ...) et des structures (moyens, financements), d'apprécier le rapport coût/bénéfice induit.

Il est donc difficile de s'engager dans une formalisation trop stricte des réseaux, et peut être au-delà des processus de santé en général (schémas), sachant qu'en métropole, et pour les réseaux, les effets semblent peu importants pour l'instant (cf. annexe 8 et études de la CRAM Rhône Alpes/URCAM Bretagne).

En Nouvelle Calédonie, l'effet immédiat serait cependant d'obliger et d'habituer les acteurs à travailler ensemble, si c'est la volonté des politiques et celle des caisses. Diminuer les tensions et les effets du cloisonnement des pratiques ne peut être que source d'efficacité du dispositif. Et la petite taille du

territoire devrait nous inciter à éviter la multiplication des instances et "couches" décisionnelles, et à privilégier l'action au plus près du terrain.

Ainsi, le modèle d'aide, après sortie normale de la maternité, cité p. 51 serait un bon exemple de coopération.

Il serait aussi utile d'associer une démarche communautaire spécifique telle que celle qui est définie dans les projets Île-Santé de l'OMS, déclinaison océanienne des projets ville santé, et qu'il faudrait adapter à chaque contexte local des petites communautés du Grand Nouméa de l'intérieur et des îles (tribus kanakes, regroupements wallisiens et futuniens, vanuatais...), il faudrait aussi réfléchir au niveau de formalisation de ces partenariats de façon à les rendre cohérents avec les moyens humains et matériels disponibles, ainsi qu'avec les ressources et procédures d'agrément des organismes financeurs potentiels qui sont peu nombreux chez nous, et pour l'instant peu au fait de ces innovations. L'exemple de YATE est en ce sens intéressant (cf. annexe 10) et si un tel programme se donnait des objectifs et un échéancier précis, il serait possible de dépasser l'aspect "artisanal" pour rentrer dans un cadre financier pérennisé, où le principal obstacle à éviter serait la "fonctionnarisation" des partenaires locaux, toujours à craindre lorsque les ressources des membres de la communauté sont faibles. Le risque étant de casser l'initiative par un cadre trop formel, risque majoré par "l'esprit calédonien" marqué par la recherche de la liberté et la difficulté à supporter toute contrainte (l'esprit pionnier !).

En outre, il faut utiliser au mieux les solidarités traditionnelles qui restent fortes en Nouvelle Calédonie (famille élargie, communauté, petits villages ou quartiers/squats où l'on recrée le mode de vie traditionnel...).

Des initiatives locales pourraient aussi s'inspirer du modèle des Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) utilisés en gérontologie pour coordonner les réponses apportées aux besoins de la personne âgée ou handicapée. Il s'agit de services coordonnant des services existants sur une zone géographique précise, comme un bassin de vie, dans le cadre d'une convention. Parfois, il existe un gestionnaire unique de plusieurs services s'appuyant sur des structures sanitaires ou médico-sociales. Les fonctions remplies sont triples : lieu d'accueil et d'écoute de proximité, lieu d'information et guichet d'entrée unique pour toutes les demandes, lieu de coordination des dispositifs existants pour élaborer des plans d'aide personnalisés après une évaluation pluridisciplinaire. La coordination aurait ainsi deux autres missions avec le suivi des plans d'aide et l'adaptation des prises en charge d'une part, la mise en œuvre pratique des aides et la coordination des intervenants d'autre part. Une telle structure, s'occupant des populations de mères et d'enfants, et des populations défavorisées, regroupant associations, services provinciaux et municipaux serait à étudier. Elle peut être positionnée à proximité des structures "financeuses" mais sans leur appartenir.

## 3.2. LA SORTIE "NORMALE" DE MATERNITE : BEAUCOUP D'AMENAGEMENTS SONT NECESSAIRES POUR LA NOUVELLE CALEDONIE

### Des bases de données à créer et à relier

- Si nos statistiques administratives donnent lieu chaque année à l'élaboration de la situation sanitaire en Nouvelle Calédonie, il nous manque encore une base de données spécifiques de la petite enfance et de la périnatalité orientée vers l'action.
- La structure de PMI provinciale n'est pas structurée comme les services métropolitains et la réglementation locale ne lui donne pas d'attributions spécifiques en la matière. Elle gère une base de donnée d'activité propre, mais qui n'est ni orientée vers une optique populationnelle, ni orientée vers un objectif d'évaluation des pratiques et des résultats. En particulier, ce recueil très lourd ne fournit que des données de numérateur, la recherche de données de dénominateur, qui permettrait de calculer des taux étant quasiment impossible à faire en l'état actuel.
- Les maternités publiques et privées n'ont pas de recueil commun d'activité hors les données à fournir annuellement aux services officiels de la DASS-NC<sup>1</sup> et de l'ITSEE<sup>1</sup>. Il n'existe pas d'outils propres pour évaluer les pratiques, les résultats, ou les modalités du parcours de la mère et de l'enfant. De même, il n'y a pas d'outils statistiques aptes à orienter le travail ultérieur de la PMI sur des suivis spécifiques, hors les coordinations plus ou moins formalisées citées au chapitre I. Le PMSI<sup>1</sup> n'a pas ces fonctions, et le CS8, qui peut être rempli par tous les médecins et sages-femmes n'a pas la qualité suffisante pour être un bon outil. En outre, le CS8 n'est pas systématiquement transmis et géré pour analyse à la PMI provinciale.

Enfin, la PMI n'est pas structurée en tant que telle dans les deux autres provinces et dans l'intérieur. Elle fait partie des activités polyvalentes des dispensaires de l'intérieur et des Iles, ou des activités que revendiquent les quelques praticiens libéraux installés en brousse, sans en assumer ni les obligations préventives, ni le travail collectif, ni le recueil de données dans une optique évaluative et de santé publique.

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

Les seuls indicateurs fournis et exploitables sont donc :

- Les données de natalité et de mortalité périnatale.
- Les données relatives au poids de naissance et à la prématurité.
- Les données d'activités et de couverture vaccinale.
- Les données de médecine scolaire permettent par contre un bon suivi des populations scolarisées soumises à l'obligation de visite dès la maternelle moyens ou lors de l'entrée en maternelle (en Nouvelle Calédonie, le service de médecine scolaire et les CMSI<sup>1</sup> assurent les bilans de maternelle et relèvent des services provinciaux).
- Les données des certificats d'allocations familiales des caisses :

La période entre la naissance et l'entrée en maternelle, malgré les quelques renseignements que fournissent les certificats administratifs d'ouverture des prestations de l'aide médicale ou de la CAFAT (cf. annexe 7), manque d'un recueil spécifique de données. Or, c'est une période cruciale dans l'apparition de pathologies (sevrage de l'allaitement en tribu).

Des enquêtes spécifiques, telle l'enquête EPIGONE (90), répondent cependant à l'étude d'un problème tel que les grossesses peu ou pas suivies. Il s'agit d'une enquête épidémiologique qui pourrait être utilement complétée par des études plus psychosociales et comportementales comme celle qui sera réalisée dans le Rhône en mai 2001.

#### **Tout reste donc à faire en matière de base de données pour initier le suivi des enfants**

- Définir les indicateurs utiles : ce travail est en cours à la PMI (Dr BARNY) et l'hôpital a conçu un dossier informatisé répondant aux normes AUDIPOG ajustées à nos pratiques.
- Définir les sources de données, et les liaisons à créer entre celles qui existent déjà autour d'une base minimale utile, à élargir ultérieurement : sources CAFAT, DASS-NC, PMI, CHT (maternité et néonatalogie).
- Définir les supports de recueil et des modalités réactives de transmission de l'information.

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

- Définir le service centralisateur des données, et les possibilités de consulter et d'analyser les bases de données constituées pour les services acteurs organisant les suivis.
- Définir les modalités d'évaluation et de rétroinformation.

### **Des compétences diversifiées qui manquent**

Les compétences manquent hors Nouméa et sont difficiles à mobiliser, du fait du contexte géographique et de la coexistence de communautés aux références culturelles variées sur lesquelles l'impact de certains professionnels, comme les psychologues formés dans un contexte européen, semble limité.

- Dans l'intérieur, le support d'une réelle prise en charge précoce et pluridisciplinaire en relais de la maternité me semble être le CMSI, qui a une implantation ancienne et des rapports privilégiés avec les maternités publiques (hôpitaux du nord, dispensaires des Iles, et surtout CHT qui représentent 80 % du total des naissances enregistrées en Nouvelle Calédonie selon la situation sanitaire 1998).

Les équipes y associent, le plus souvent un médecin formé à l'obstétrique et à la pédiatrie, une sage-femme en permanence ou en vacation, des infirmières formées et parfois puéricultrices, des relais communautaires ou familiaux en tribu, et des auxiliaires de santé titulaires du CAFAD<sup>1</sup> ou du CAFAS<sup>1</sup> dans la province nord. Parfois, des collaborations avec le milieu libéral (sages-femmes, infirmières) existent, avec des transmissions d'information ou la réalisation de prestations dans le cadre d'une convention. Un soutien par les spécialistes du CHT sous forme de vacations contractualisées existe aussi (pédiatres, néonatalogues, gynécologues et pédopsychiatres).

La petite taille des bassins fonctionnels et la polyvalence des équipes de santé publique dans l'intérieur et les Iles pourraient permettre à la sage-femme, à la puéricultrice et à l'assistante sociale de CMSI en charge d'une zone d'assurer les liaisons qui leur sont utiles avec des référents du CHT, soit directement, soit par le biais de la PMI, dans le cadre de protocoles (il faudra comparer les avantages/inconvénients des deux démarches).

- En province sud, et autour du travail préventif spécifique de la PMI, il est prévu d'articuler les CMSI en réseau autour de cette structure qui pourrait :
  - Fournir des conseils spécifiques et aider à la formation des agents.
  - Assurer des renforts ponctuels sur certaines actions provinciales (épidémiologiques, vaccinations ...).

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

- Gérer par délégation de la DASSNC une base de données provinciale.
- Servir de structure pivot entre le CHT et les CMSI pour coordonner le travail et informer en retour les maternités.

Cela impliquerait bien sûr une "révolution culturelle" dans le fonctionnement de cette structure et des CMSI.

➤ Sur le Grand Nouméa, cette activité pourrait se baser sur des implantations délocalisées au plus près des populations et privilégier les quartiers défavorisés. Dans ces structures seraient basés, selon les besoins :

- Des personnels permanents : secrétaire d'accueil formée et chargée de gérer les flux, puéricultrice et aide puéricultrice ou aide-soignante.
- Des personnels à présence périodique : médecin généraliste, pédiatre ou médecin de protection infantile, gynécologue ou médecin de protection maternelle, pédopsychiatre ou infirmier psychiatre, sage-femme, assistante sociale, ethnopsychologue, éducatrice de jeunes enfants... et des agents de l'aide médicale ou d'autres structures préventives orientées vers la planification familiale, la médecine sociale ou les MST, et des travailleurs sociaux des municipalités d'implantation, enfin des animateurs de quartiers.

Les personnels permanents auraient vocation à coordonner le travail des autres personnels : horaires, visites à domiciles en binôme... et à construire et animer des réseaux autour des structures en utilisant les ressources existantes : associations de femmes ou associations culturelles, animatrices de quartiers, écoles... Un programme de formation à l'animation, à la communication et à la gestion des structures devrait être intégré au programme provincial de formation des personnels pour les agents permanents de ces structures.

Ils ont aussi vocation à assurer les liaisons entre le « territoire » desservi par leur structure, et l'hôpital ou les cliniques privées. (Pour en particulier assurer l'éducation préalable à la sortie, puis le suivi des femmes et des enfants identifiés comme « à risques » par l'équipe hospitalière, après un travail commun de préparation de la patiente).

Une place devrait être faite à des praticiens libéraux conventionnés, s'engageant à respecter des critères de qualité, dans le cadre d'un forfait suffisamment attractif pour pérenniser leur exercice, ce qui en soi même est un problème.

## **Des coordinations qui restent à formaliser**

Elles sont à deux niveaux : institutionnel et entre acteurs de terrain.

### Institutionnel :

Elles seront nécessaires afin de préciser tous les rapports entre intervenants.

- Elles existent déjà par le biais des conventions de prestations de service entre la province sud et le CHS<sup>1</sup>, le CHT<sup>1</sup>, ou la CAFAT<sup>1</sup> pour des vacations, et sont âprement négociées et renégociées (exemple de l'échographie).
- Elles doivent relier les différents projets de service (CHT, CHS, DPASS, PMI, CCAS, DSU...) et les rendre cohérents autour de l'enfant. Cela implique que tous aient des projets de service et en discutent ensemble les liaisons avant de les mettre en œuvre. Un processus de concertation est à organiser et un plan de travail commun à définir.
- Elles impliquent a priori des accords négociés et l'engagement formel de simplifier au maximum les procédures pour les patients et les professionnels.
- Elles devront prévoir les modalités de règlement des problèmes urgents, en particulier financiers.

Ces coordinations devraient donc être mises en place dans le cadre d'un schéma médico-social de l'enfance, afin d'engager toutes les parties. Cela suppose donc que la direction soit donnée puis validée par les élus.

La coordination des acteurs de terrain a été abordée dans le paragraphe précédent sur les compétences diversifiées. Il semble utile que l'éclairage et l'expérience du terrain inspirent les solutions proposées par le schéma, et permettent régulièrement des ajustements. Une coordination des acteurs en réseau nécessitera donc beaucoup de travail, de persuasion, d'incitations, de moyens humains et financiers et de négociation avec les institutions et surtout les acteurs.

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

### 3.3. LA SORTIE "PRECOCE" DE MATERNITE : QUELS CHOIX POUR LA NOUVELLE CALEDONIE ?

Les sorties "précoces" ont déjà débuté.

Nos moyens et nos compétences restent limités en qualité et en quantité, et les besoins sont grands. Les patientes sortent de plus en plus tôt du fait du regroupement des accouchements dans les ambiances sécurisées des maternités de niveau III à VI de Nouméa et du Nord (Koumac, Poindimié), dans le cadre des orientations définies par l'annexe obstétrique du schéma territorial d'organisation sanitaire (STOS) mis en annexe 14.

#### **Le contexte**

Le partenariat et la culture de santé publique, ne sont pas uniformément diffusés, et leur impact varie selon les zones, plus forts naturellement dans l'intérieur que sur Nouméa mais de façon non formelle et par habitude,

Les solidarités traditionnelles sont aussi plus fortes dans l'intérieur, en milieu tribal kanak, et dans les communautés regroupées dans les banlieues de Nouméa (Îliens des Loyautés et polynésiens). La famille élargie est encore à l'ordre du jour, et une mère peut toujours s'appuyer sur ses "anciennes" et sur son expérience personnelle, les multipares étant plus fréquentes qu'en France. La jeunesse des primipares, dans ces milieux, est souvent associée à une forte dépendance au milieu familial et à la mère, sources d'aide fréquente, mais pas toujours conforme aux règles appliquées en métropole : soins et remèdes traditionnels, retour précoce au travail, dimension coutumière.

Les problèmes viendraient plutôt dans ces milieux :

- du logement (habitat précaire, squatts ...)
- des conditions socio-économiques peu favorables (hygiène, niveau d'éducation, accès aux soins ...)
- d'aspects socio culturels : habitudes traditionnelles et soins, césures fréquentes avec le milieu et l'équilibre habituel de vie suite aux migrations vers Nouméa, consommation de cannabis et d'alcool...

Mais, si l'on se réfère aux critères définis dans les paragraphes précédents, ces personnes ne semblent pas éligibles pour une sortie précoce sauf cas particulier et évaluation par les équipes de la maternité et de la PMI en cas de demande. Sachant que les moyens publics pour les suivre manquent, et que la volonté des libéraux est faible, en l'absence de rémunération correcte.

Par ailleurs, il n'y a pas de sages-femmes libérales dans les zones "difficiles" et les rares qui existent se concentrent sur les suivis prénataux de grossesses à risques qui permettent de rentabiliser le matériel acheté pour équiper le cabinet (surveillance des MAP<sup>1</sup>, tocomètre, sonicaï d...).

Ces femmes relèveraient donc plutôt du "pool" des maintiens en hospitalisation plus longues pour accroître les compétences maternelles et retarder l'arrivée de l'enfant dans des milieux jugés à risques par les équipes médico-sociales, ou bien elles relèveraient d'un suivi rapproché par la PMI et les médecins traitants ou les assistantes sociales sur Nouméa, et par les CMSI pour la brousse, sur la base de protocoles standardisés et formalisés convenus entre les équipes et la maternité.

De telles possibilités existent en brousse et dans les Îles, avec les dispensaires renforcés des Iles Loyauté, ou des centres comme le CMSI de Bourail, ayant des possibilités de surveillance et d'hébergement des femmes en relais de la maternité du CHT, voire dans le cadre du STOS<sup>1</sup>, des possibilités d'accoucher de façon sécurisée et dans l'urgence. Les CMSI des Iles, du fait de l'isolement (liaisons aériennes ou maritimes) se comportent comme de vraies maternités de proximité.

Ces suivis spécifiques seraient permis par les sorties précoces de femmes éligibles des catégories socio-professionnelles plus favorisées, (celles-ci accouchant plus souvent en clinique et étant suivies par des spécialistes privés, ce qui en limiterait cependant l'impact sur la gestion hospitalière). Ces catégories présentent des profils socio-économiques et psychologiques comparables à ceux de métropole et incluent toutes les composantes ethniques du territoire. Les critères étudiés et appliqués en métropole s'y appliquent.

Il est difficile de définir aujourd'hui le volume respectif de ces deux populations, les besoins qui en découleraient, et l'organisation qui permettrait d'y répondre.

Une étude serait nécessaire pour :

- Évaluer la demande des patientes à partir d'un échantillon représentatif de grossesses suivies.
- Évaluer leur niveau de compétence en tenant compte des spécificités culturelles et des facteurs facilitant ou contre indiquant propres à la culture. L'aide des ethnologues et de personnes ressources des différentes communautés est nécessaire (professionnels appartenant à la communauté concernée, associations de femmes, matrones traditionnelles... à associer ensuite à la réalisation pratique des suivis. On pourrait définir des règles spécifiques.

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

- Demander aux professionnels les changements de pratiques nécessaires (formation) et les participants potentiels à une telle organisation. Il est donc nécessaire de connaître les ressources en professionnels en terme de temps disponible pour les différentes professions avant ou après les réorganisations structurelles que pourraient impliquer la mise en œuvre concertée ou non d'une sortie précoce.
- Définir les financements et les modalités de règlement des prestations aux intervenants. Il y a des transferts de charge à prévoir et une mutualisation des coûts à intégrer peut-être dans la CSU.
- Étudier les améliorations à l'accès aux prestations que devrait impliquer une telle organisation : guichet unique, coordination des intervenants, simplification des formalités.
- Prévoir et soutenir la création et le développement de structures d'aide à domicile, leur financement, leur contrôle et la formation des intervenants. Le réseau actuel ne permettrait pas de répondre à la demande, sauf si on débutait par une frange réduite des femmes "éligibles", dont les caisses pourraient financer les prestations sous condition d'évaluation par le contrôle médical unifié. Cette dimension serait importante pour la qualité générale des prestations et la satisfaction des femmes, gage d'extension d'un tel dispositif. Cependant, à mon avis, celui-ci ne serait pas extensible indéfiniment du fait des limites de moyens financiers et humains (agents compétents à former et à mobiliser). Une évolution progressive et "pas à pas" semble donc utile afin de ne pas déséquilibrer le système, de contrôler son évolution ainsi que la qualité des prestations.
- De définir en fonction de ces contraintes un contenu et des outils décisionnels pour encadrer ces sorties, ainsi que les modalités de collaboration des professionnels et les ajustements organisationnels des structures impliquées.

**Pour conclure** : donc d'un côté, la contrainte de ce qui se passe (les sorties déjà réalisées), et de l'autre la difficulté à mettre en œuvre une réponse qui apporte des éléments qualitatifs et de sécurité comparables à ceux de la métropole.

La moins mauvaise solution semble donc être un dispositif gradué et souple, d'introduction progressive et sur plusieurs années, dont l'élargissement se fera petit à petit, mais toujours en retard par rapport aux besoins et aux orientations.

Cet avis, issu de l'observation de la situation métropolitaine, est à confronter à la réalité, lors du retour en Nouvelle Calédonie. En tout cas, une réflexion sur la sortie précoce de maternité doit être associée au schéma obstétrique néo-calédonien avec des objectifs de niveau de sortie à préciser, et des études coût-bénéfice à programmer si c'est possible. La programmation **devra** associer les caisses.

### 3.4. UN CAMSP EN NOUVELLE CALEDONIE : QUELLES SONT LES LIMITES POUR UNE INSTALLATION

Les limites seraient :

- Celles de nos infrastructures actuelles avec une carence qualitative et quantitative des modes d'accueil et d'hébergement de l'enfance handicapée.
- Celles des professionnels car il nous manque certaines des spécialités œuvrant dans un CAMSP : orthoptistes, ergothérapeutes, psychomotriciens et il faudrait par rapport à notre contexte en intégrer d'autres : ethnologues ... Les capacités d'embauche de travailleurs sociaux spécialisés sont aussi très limitées en regard des petites administrations que nous sommes.
- Celles de la formation initiale et continue des professionnels de santé qui restent à sensibiliser au travail de dépistage précoce du handicap, soit dans leur pratique quotidienne pour les praticiens privés, soit par des actions collectives orientées pour le secteur public (ex. : dépistage des pathologies ORL, systématisé dès l'entrée en maternelle petit dans l'intérieur avec couplage de l'intervention à celles de spécialistes). De même, il faut renforcer les capacités locales en personnels médico-sociaux bien formés.
- Celles des financements : les caisses pour l'instant éclatées restent à convaincre de l'intérêt des dépistages qu'elles considèrent comme des coûts supplémentaires de par leurs conséquences. Le projet de couverture médicale unifiée, en imposant à la future caisse unique principale, des contrats d'objectifs incluant des actions de prévention, permettra peut-être de faciliter les démarches. Les provinces, hors la province Sud, n'ont probablement pas les moyens de financer, mais elles ont les moyens de soutenir, par la mise à disposition à temps partiel de personnels formés (et de libéraux spécialistes conventionnés), tout comme le CHT.
- Celles de la réglementation de la prise en charge des patients. Cet objectif devrait aussi être associé à la mise en œuvre de contrats d'objectifs de la couverture médicale unifiée.
- Celles qui sont liées à nos spécificités culturelles et qui nous amèneraient à remplacer l'abord psychanalytique prisé en métropole, par une approche plus océanienne avec des intervenants appartenant aux communautés concernées, et associés à des relais formés et internes aux tribus en milieu kanak ou wallisien. Ces relais doivent être reconnus par les autorités coutumières et par les techniciens du CAMSP, et formés à cet effet. Ils pourraient démultiplier les actions réalisées. Cet axe doit à mon avis être une orientation forte d'une politique générale de prise en charge du handicap en milieu océanien, visant à concilier au mieux solidarités traditionnelles et organisation. Celle-ci devant

allier au plus près des gens en "quadrillant" le terrain grâce à ces relais, aux médecins des CMSI et des formations délocalisées de Nouméa, dont les missions de prévention seraient utilement complétées d'action autour du handicap, avec l'aide des travailleurs sociaux et des intervenants recensés au chapitre 3.1 (DSU<sup>1</sup>, CCAS<sup>1</sup>, CHS<sup>1</sup>...) et dont les interventions seraient coordonnées par une instance spécifique selon le mode retenu par le R.A.A. par exemple.

- Celles qui sont liées aux personnes et il faudra bien que toutes les chapelles et associations qui se battent autour du handicap, se fédèrent autour d'un projet unique que justifie la petite taille de notre territoire.
- Enfin, celles du secteur psychiatrique, refermé sur des conflits avec sa direction et dont les compétences sont essentielles.

Mais si une création était envisagée :

- Une structure du type d'un CAMSP serait sûrement utile en Nouvelle Calédonie, mais nécessiterait un réseau support déjà constitué et surtout consensuel d'une part, et des adaptations structurelles pour ne pas importer un modèle extérieur tout fait d'autre part.
- Les obstacles majeurs sont liés aux coûts générés et à notre capacité à pérenniser le dispositif. Avec une réelle collaboration des acteurs et des institutions concernées. Un encadrement réglementaire est nécessaire. Enfin, il faut développer les possibilités d'accueil adaptées en aval.
- Au début et du fait d'impératifs d'efficience et d'efficacité, sa portée serait réduite à la zone du Grand Nouméa où une infrastructure support suffisante existe : CHT, CHS, PMI, pédiatres libéraux, spécialités paramédicales et rééducation ... où les rayons géographiques d'intervention restent limités et où existent déjà des ébauches de collaborations. À ce titre, le suivi des grands prématurés pourrait être l'ébauche des actions menant à un CAMSP. De même, dans cette zone, un financement conjoint serait possible, associant la province sud à la caisse unique.
- Enfin, compte tenu de la petite taille du territoire, il faudrait peut-être envisager de créer une sorte de structure polyvalente associant les caractéristiques d'un CAMSP, d'un SESSAD et d'un CMPP sous un seul toit, ou avec des procédures de travail, d'autorisation et de financements communs, assurant la partie ambulatoire du suivi de l'enfant handicapé dans son milieu. Elle pourrait peut-être développer des structures mobiles légères d'accompagnement des relais locaux (professionnels de l'intérieur, relais tribaux et relais des équipes des CCAS des grosses communes) et des familles.

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

Il s'agirait, au moins au début d'une structure légère de coordination des actions, chargée aussi de réfléchir à une politique de prévention et de prise en charge efficace autour d'un réseau. Dans un deuxième temps, elle développerait un programme approuvé par les décideurs et les caisses, dans le cadre d'une contractualisation.

### **3.5. DES EBAUCHES DE PROPOSITION GLOBALES**

La faiblesse relative de nos moyens (voir les budgets alloués à la prévention), et le contexte du territoire (étendue, dispersion de la population hors de Nouméa, critères socio culturels) nous amènent à privilégier 2 orientations, d'après les exemples.

**L'initiation et l'entretien d'une dynamique d'initiatives locales** (à l'exemple de YATE - citée en annexe 10 ou de « la Passerelle » à LORIENT), remontant de la base et qu'il s'agit ensuite d'accompagner, d'encadrer au plan méthodologique et réglementaire pour leur donner des moyens de construire sur la durée, et de fédérer.

Avec deux phases :

- Un diagnostic local partagé de tous les acteurs locaux avec état des lieux, des priorités et des objectifs,
- Un programme d'action, fonction des objectifs définis.

Cette orientation générale pourrait s'appliquer à l'enfance comme à d'autres programmes transversaux. Elle prendrait en compte la diversité des situations et des besoins de terrain, avec l'objectif d'associer la communauté, en respectant les compétences de chacun et la cohérence des micro territoires de l'intérieur ou du Grand Nouméa (échelle bien comprise des populations).

Les structures provinciales et la PMI pourraient jouer un rôle d'animation et de coordination de ces initiatives locales. Cela nous obligera donc à changer quelque peu le profil de nos agents, lors du recrutement ou par la formation continue (intégration au programme de formation DPASS de cet objectif).

La recherche de l'aptitude à manager une équipe, à négocier, et des connaissances en santé publique devront accompagner la formation médicale ou paramédicale ou sociale selon le profil choisi. Des temps de coordination doivent aussi être débloqués dans les profils de poste et des primes incitatives prévues, à ajuster peut-être aux résultats. Au-delà de la phase d'initiation, des personnes formées dans la communauté pourraient prendre le relais de nos personnels, ceux-ci continuant à participer de façon active (création d'associations).

Au-delà de la coordination, la fédération de ces actions pourrait aboutir à un corpus méthodologique et à un cadre partenarial original basé sur la proximité.

Afin d'ajuster ces premières orientations, une large concertation des usagers semble toutefois nécessaire avant d'engager le travail.

L'évaluation des premières expériences conduites (impact, problèmes, résultats), comme à YATE serait utile, ainsi qu'un audit des possibilités de nos propres structures.

L'étude de l'abord transculturel permettrait d'enrichir aussi ces orientations (médiation culturelle, action communautaire, éducation par les pairs, ethnopsychiatrie, ethnologie, et pour l'enfance formation spécifique à la parentalité, pédopsychiatrie).

Enfin, et au niveau provincial, une coordination forte et centralisée des interventions de la DPASS est nécessaire, appliquant les orientations de projets de services coordonnés entre le secteur médical (service des actions sanitaires), le secteur social (service des aides et actions sociales) et l'aide sociale à l'enfance autour du thème de l'enfance. Le service de planification aurait cette vocation de formalisation.

### **Une « priorisation »**

Sachant qu'il n'est pas possible de traiter tous les thèmes à la fois, il serait bien sûr nécessaire de prioriser entre les thèmes :

- Entre thèmes transversaux ou verticaux : la petite enfance me semblant une priorité majeure,
- À l'intérieur de ce thème entre les actions, sur la base du coût humain et économique des problèmes qu'elles résolvent et de leur vulnérabilité à une action coordonnée (acceptabilité, faisabilité, moyens existants...).

Je citerais par exemple, pour débiter :

- Le suivi des prématurés et/ou des enfants dépistés à l'hôpital comme handicapés potentiels,
- La sortie de maternité et l'initiation du suivi médical et social des enfants/familles cumulant les risques par la construction d'un réseau spécifique.

Priorisation équivaut à création d'un échéancier, qui serait inclus dans un "schéma provincial" de l'enfance. Les premières actions, évaluées, serviraient à développer d'autres actions plus élaborées, de façon progressive, avec montée en puissance des moyens. Le schéma devrait aussi proposer les améliorations des conditions pratiques de réalisation des actions (adaptation des compétences des professionnels et formations, encadrement juridique et financements, aides et incitations...). Il faut

encore parler de l'importance des financements qui doivent rentrer dans un dispositif pluriannuel soumis à évaluation, ce qui implique des engagements forts des décideurs, des collectivités et des caisses autour de programmes consensuels.

La confrontation des constats faits en métropole avec les démarches conduites dans le reste du Pacifique semble aussi importante :

- Nouvelle Zélande (pays développé) associant populations européennes et communauté océanienne Maori.
- Fidji (programmes de santé communautaire soutenus par l'OMS).

Pour synthétiser, il devient nécessaire d'associer à la démarche classique du schéma territorial d'organisation sanitaire, en matière de petite enfance les éléments suivants :

- actions de promotion de la santé et démarche communautaire,
- réflexions sur la coordination locale incluant institutions locales et associations,
- mise en place de veilles sanitaires et sociales coordonnées,
- définition des échelles territoriales pertinentes et renforcement de l'action de santé publique de proximité dans le cadre de réseaux,
- formation des habitants et des professionnels médicaux et sociaux pour devenir des acteurs d'une "politique locale" à l'échelon de leur village, quartier ou tribu.

## CONCLUSION

Le choix de ce sujet était basé sur le constat supposé de l'absence quasi totale de partenariats formalisés entre les structures et les acteurs autour de certains thèmes "transversaux" de santé publique, dont la prise en charge des jeunes enfants. Il n'y a a priori pas de réseaux de soins constitués hors peut-être le travail réalisé en province sud autour des personnes âgées par l'OPAS<sup>1</sup>, ni d'encadrement réglementaire de tels dispositifs en Nouvelle Calédonie. La demande de ma hiérarchie était donc d'approfondir la réflexion sur les réseaux en tenant compte de l'expérience métropolitaine.

### Les limites du mémoire

Cette recherche a permis de décrire l'organisation et certaines pratiques de partenariats ébauchées en Nouvelle Calédonie autour de l'enfance, sans avoir la prétention d'être exhaustive, ainsi que les problèmes rencontrés. Elle s'est limitée aux professionnels du champ sanitaire et social pour des raisons matérielles de faisabilité et de taille de ce mémoire. L'enquête en population devra être réalisée à mon retour en Nouvelle Calédonie pour compléter les observations recueillies et apprécier globalement la situation grâce au point de vue des usagers. Ce travail est donc de la première étape d'un travail plus vaste.

Il a cependant permis cependant d'identifier ce qui, pour les acteurs interrogés, semble être des axes prioritaires de développement de partenariats autour du jeune enfant. Il n'a pas été possible d'étudier toutes ces priorités, le champ étant trop vaste. Il a donc fallu en sélectionner deux, choisies parce qu'elles impliquaient un travail de partenariat et de réseau, et permettaient d'étudier une éventuelle adaptabilité à notre contexte. A défaut, leur étude pouvait enrichir nos pratiques futures et le type d'organisation à mettre en place.

La dimension transculturelle, composante essentielle de tout processus d'adaptation à notre pays d'organisations observées en métropole, n'a pas pu être étudiée dans le cadre de ce mémoire. Ce sujet aurait nécessité l'utilisation préalable de l'enquête auprès des usagers citée plus avant. Elle est cependant sous-jacente à tout ce document et devra être explorée avant d'organiser des réseaux formalisés dans le cadre d'un "schéma" de l'enfance. Les contacts en métropole ont permis d'observer le travail réalisé en ce sens dans le Rhône et la Seine Saint Denis et de contacter certaines équipes spécialisées (Centre G. DEVEREUX à Saint Denis, Dr BOUZNAH à Gagny, Dr TITRANT à Roubaix...) pour affiner une démarche ultérieure.

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

Sachant ces limites, le constat est le suivant :

### **Le constat de départ en Nouvelle Calédonie**

Les pratiques de partenariats, de coopération et le travail en réseau, en particulier autour de l'enfant, sont chez nous au stade de l'ébauche (hors quelques cas particuliers comme l'insuffisance rénale chronique). Globalement, pour les acteurs interrogés, la formalisation de coopérations permettrait de rendre cette prise en charge plus efficiente. Il existe une base de volonté commune. Les obstacles sont cependant importants : structurels, humains et financiers. Il faudrait une volonté politique forte pour concrétiser cet objectif, et en particulier un encadrement réglementaire et méthodologique, et une politique incitative pour intéresser une masse d'acteurs suffisante sur le long terme.

### **L'expérience de la métropole**

En comparaison, la métropole se caractérise par la richesse et la multiplicité des initiatives sur le thème étudié. Celles-ci se heurtent cependant à la complexité des dispositifs et des règles applicables, malgré le travail de formalisation et de clarification mené depuis quelques années autour des réseaux et des partenariats par l'État et les caisses. Le thème de l'enfance bénéficie aussi de cette richesse, mais souffre de l'hétérogénéité des pratiques et de la complexité dans la répartition des compétences. Cela semble se traduire par des difficultés structurelles, humaines et financières pour articuler des réseaux cohérents et les pérenniser. En particulier, le manque de lisibilité du dispositif semble user beaucoup de porteurs de projets potentiels. Beaucoup de partenariats semblent se fonder d'abord sur de bonnes relations interprofessionnelles peu formalisées, développées à une échelle de proximité : circonscription médico-sociale et bassin de vie, (pour l'exemple du CAMSP), aire de drainage de la maternité (pour les sorties précoces). Très souvent, l'utilisation de réseaux de solidarité traditionnels ou professionnels existe, et l'échelle reste humaine, ce qui aide les acteurs à s'approprier les dispositifs. Mais, la formalisation excessive est perçue comme une contrainte et une source d'usure pour les acteurs.

### **Mutualiser nos moyens**

Une réelle mutualisation "coordonnée" des moyens semble très utile en Nouvelle Calédonie comme auprès des acteurs rencontrés durant cette étude. Cela semble donc confirmer l'hypothèse formulée dans l'introduction. L'acceptation de cette orientation semble dépendre pour tous de l'équilibre trouvé entre simplicité, souplesse d'une part, formalisation et cohérence globale d'autre part, sans contraindre les acteurs.

Cette mutualisation doit être soutenue :

- par la création d'une structure (ou d'un programme) d'observation spécifique de la mère, de l'enfant et de l'adolescent (ou de la famille) à l'intérieur de l'OPAS<sup>1</sup> de la Province Sud,
- par un dispositif financier incitatif et contractualisé de soutien engageant les caisses et les collectivités de la Nouvelle Calédonie sur des thèmes précis et de façon pluriannuelle,
- par la formation continue des personnels,
- par la structuration d'un schéma de l'enfance formalisant les coordinations en fonction d'objectifs précis et de la réponse à des besoins identifiés,
- par la volonté des élus.

Tout cela semble pour certains illusoire et théorique, et nécessite peut-être une "révolution culturelle". Mais comme le disait un acteur associatif à Lille : "Nous, on veut bien participer à un réseau qui serait un filet pour nous retenir en cas de chute, mais pas nous retrouver dans une nasse pour être mangés". Le réseau que nous aimerions construire serait le filet qui retient ou soutient, sans oublier ce que disait Mao Ze Dong : " Si vous voulez que le peuple mange du poisson, apprenez lui à pêcher".

---

<sup>1</sup> Se reporter à la liste des abréviations en tête de document.

# BIBLIOGRAPHIE

## Textes légaux et réglementaires

### **Compétences**

1. Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.
2. Loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 relative au transfert de compétences de l'État aux collectivités territoriales.

### **Organisation de la PMI**

3. Ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.
4. Loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé.
5. Décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal.
6. Décret n° 92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile.

### **Accueil du jeune enfant**

7. Loi n° 99-642 du 12 juillet 1992 relative aux assistants maternels et assistantes maternelles et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la santé publique et le code du travail.
8. Décret n° 92-1051 du 29 septembre 1992 relatif à l'agrément des assistants maternels et assistantes maternelles et aux commissions consultatives paritaires départementales.
9. Décret n° 92-1245 relatif à la rémunération et à la formation des assistants maternels et assistantes maternelles.
10. Décret n° 2000-7612 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans et modifiant le code de la santé publique.

### **Protection de l'enfance**

11. Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.
12. Articles 40 à 46 et 93 du code de la famille et de l'aide sociale.

### **Exclusion - précarité**

13. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.
14. Circulaire DGS/DAS/DIRMI n° 98-496 du 3 août 1998 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.

15. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

### **Réseaux**

16. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (article 6).

17. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (article 29).

18. Loi n° 98-1194 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

19. Décret n° 98-1216 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique.

20. Circulaires DGS/DH n° 93-74 bis du 2 décembre 1993 et du 1<sup>er</sup> décembre 1994 relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité.

21. Circulaire DGS/DAS/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs, ou sociaux.

22. Circulaire DH/EO du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas d'organisation sanitaire.

### **CAMSP**

23. Annexes XXXII bis du décret n° 56-284 du 9 mars 1956. Brochure 1064 du Journal Officiel.

24. Loi n° 75-534 du 3 juin 1975 (loi d'orientation en faveur des personnes handicapées).

25. Décret n° 76-396 du 15 avril 1976 portant aménagement des CAMSP.

### **HAD**

26. Circulaire DH/EQ2/2000/295 du 30 mai 2000, relative à l'hospitalisation à domicile.

## **Livres, revues et articles**

### **Sur la PMI et la petite enfance**

1. BAUBY C., et al., *Santé maternelle et infantile à l'heure de l'Europe, actes du XVIIème colloque*, Paris, SNMPMI, 1992.

2. BAUBY C., et al., *Le nouveau né et ses parents, de l'attente à l'accueil lors de la naissance - rôle des professionnels de PMI, actes du XIXème colloque*, Paris, SNMPMI, 1993.

3. BAUBY C., et al., Syndicat national des médecins de PMI (SNMPMI), *Médecins de PMI, salariés d'une collectivité territoriale : implications professionnelles, institutionnelles, statutaires, éthiques, actes du XVIIème colloque*, Paris, SNMPMI, 1991.

4. BAUDUIN D., BOUHAFS A., GIBOT R., "Les puéricultrices de protection maternelle et infantile et la fracture sociale" in *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 1997/1017, pp. 423-29.

5. BLOQUAUX V., MOREAU J., *"Protection maternelle et infantile, la prévention doit rester une priorité"*, in Espace social européen, 1992/11/27, n° 181.
6. BOUTIN G., DURNING P., *Les interventions auprès des parents, innovations en protection de l'enfance et en éducation spécialisée*, Paris, DUNOD, 1999.
7. Collectif, *Enfant public, enfant privé*, Rennes, Revue Lien social et politique, Éditions de l'ENSP, décembre 2000.
8. Collectif, *Manuel de pédiatrie sociale*, Paris, collection abrégés MASSON, 1998.
9. Collectif, *Place des familles, avenir de la PMI*, Journées nationales de protection maternelle et infantile 1999, Conseil général du Rhône, Lyon, décembre 1999.
10. Conseil général de Seine Saint Denis, *Répertoire des aides aux parents pendant la grossesse et le début de la vie de l'enfant, document à l'usage des professionnels de la direction de l'enfance et de la famille - service PMI*, Bobigny, 2000.
11. CRESSON G., HEINEN J., *"Enfants pauvres, pauvres enfants. Pour une politique de la petite enfance"*. In Informations sociales 1999, n° 79, pp. 116-125.
12. DRASS de Bretagne, Collectif, *schémas départementaux de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées de Bretagne 2000-2005*, Rennes, avril 2000.
13. FOUREAUX A., *Passer du pluriculturel à l'interculturel, dans une consultation de nourrisson. Serait ce une utopie ?*, Diplôme supérieur en travail social, Toulouse, Centre de préparation au diplôme supérieur en travail social de Midi-Pyrénées, 166 p, 1997.
14. FRITZ M.T., *"Enfants pauvres, pauvres enfants, le retour des maladies sociales"*, in Informations sociales 1999, n° 79, pp. 70-79.
15. HART R.H., et al., *L'intégration des services de santé maternelle et infantile dans les soins de santé primaires : considérations pratiques*, Genève, OMS, 1991.
16. JOS J., *La pédiatrie sociale de A à Z*, Paris, Flammarion Médecine-sciences, 1999.
17. JOURNOT A., NORVEZ A., NAZARENKO J.M., *La protection maternelle et infantile en France de 1945 à nos jours. Évolution des missions et transferts des compétences*, Conseil général de l'Hérault, Montpellier, 1996.
18. LAFOUILLOUX J., *"Le réseau beaunois de prévention et de soins autour de la petite enfance"*, in Devenir, 1995, vol. 7, 2, pp. 45-65.
19. LALLEMAND D., *En Côte d'Or, la PMI au cœur de la prévention précoce*, in Actualités sociales hebdomadaires, 1994", n° 1885, pp. 9-10.
20. MASSE A., *De l'ordre et du désordre en protection de l'enfance au sein d'une circonscription : élaboration et concrétisation de stratégies pour mettre en synergie les compétences des travailleurs sociaux dans l'intérêt de l'enfant et de sa famille*, mémoire de formation CAFDES, Rennes, ENSP, 01/94.
21. MAYER C., et al., *Le nourrisson et ses parents, Syndicat national des médecins de PMI, actes du XXème colloque*, Paris, SNMPMI, 1994.
22. MAYER C., et al., *La PMI 1945-1995, héritages et transmission, la PMI témoigne, actes du XXIème colloque*, Paris, SNMPMI, 1995.

23. MAYER C., et al., *L'enfant, sa santé et l'école maternelle, actes du XXIIème colloque*, Paris, SNMPMI, 1996.
24. MAYER C., et al., *La bienfaisance existe-t-elle ?, actes du XXIIIème colloque*, Paris, SNMPMI, 1997.
25. RIFKIN S.B., *Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale : analyse sur la base de l'étude de cas*, Genève, OMS, 1990.
26. VERNAY C., TROMBERT-PAVIOT B., "Une approche communautaire de la santé des jeunes enfants dans trois cartons ruraux des monts du Forez", in *Santé publique* 1997, n° 3, pp. 75-89.

### **Périnatalité**

27. Actes du colloque de DIJON, du 22 juin 1998, *Les réseaux de soins en périnatalité*, Rennes, Éditions ENSP, 1998.
28. ALLARD B., *Le certificat de santé à la naissance : une aide à la planification de l'offre de soins ?* mémoire de médecin inspecteur de santé publique, Rennes, ENSP, 1995.
29. BLONDEL B., et al., *Enquête nationale périnatale 1995, rapport de fin d'étude*, Paris, INSERM, n° 02, 1996.
30. BUCOURT M., PAPIERNIK E., *Périnatalité en Seine Saint Denis : savoir et agir*, Paris, FLAMMARION Médecine sciences, 1998.
31. CLERICI A., *La mise en place d'un réseau obstétricopédiatrique autour d'une maternité de référence hospitalo universitaire à l'hôpital Antoine BECLERE (Clamart, AP-HP), mise en œuvre au plan local d'une politique nationale*, mémoire d'élève directeur d'hôpital, ENSP, Rennes, 1996.
32. Collège national des obstétriciens français, Fédération nationale des pédiatres néonatalogistes, Société Française de Médecine Périnatale, AUDIPOG, Indicateurs d'Évaluation des réseaux de soins périnataux, p. 4-7, nov. 2000.
33. Commission technique consultative de la naissance d'Ile de France. Rapport de groupe de travail "améliorer l'accès aux droits et aux soins et le suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés en fonction des facteurs de vulnérabilité médico psycho sociaux" ; DRASSIF, avril 1998.
34. DAVID S., MAMELLE N., RIVIERE O., et al., "Qui accouche où, Quai naît-on ? - analyse à partir du réseau sentinelle AUDIPOG en 1997-1998", *Inserm unités 369, J. G gynécol. Obstét. - biol. Reprod.* 2000 (référence sortie non connue).
35. HAUT COMITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE, *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité*, collection avis et rapports, janvier 1994, 255p.
36. MAMELLE N., et al., "Le réseau sentinelle des maternités AUDIPOG, II - évolution des pratiques et des résultats 1994-1997" - *J. gynécol. Obstét. - Reprod.* 1998 ; 27 : 375-383.
37. MORISSET P., *L'hôpital à l'heure de la restructuration de ses activités cliniques : enjeux médico économiques et réalités contingentes - l'exemple de la mise en place d'une sortie précoce des parturientes à la maternité de l'hôpital BOUCICAUT (AP-HP)*, mémoire d'élève directeur d'hôpital, ENSP, Rennes, 1994.

38. NAIDITCH M., BRÉMOND M., "Réseaux et filières en périnatalogie, définitions, typologie et enjeux", in Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction, vol. 27 (2), 1998, pp. 52-61.

### **Sortie précoce de maternité**

39. BASTIDE A., *Évaluation de 250 suivis de post-partum à domicile - mère et enfant - Étude descriptive rétrospective*, Paris AP-HP, octobre 1998.
40. BLONDEL B., GAREL M., BREART G., SUREAU C., "Sortie précoce des femmes après l'accouchement, résultats d'une enquête d'opinion parmi les patientes et le personnel des services", in J. de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, vol. 5, n° 12, Paris, décembre 1983, pp. 457-60.
41. CLEOPHAX J.C., FAUQUET E., GIRODET D., "Sortie précoce des maternités : problèmes, exigences et recommandations", in Archives de pédiatrie, août 1999, vol. 6, n° 8, pp. 885-8.
42. CLINIQUE MUTUALISTE DE LA SAGESSE - RENNES *Projet de réseau de prise en charge de la grossesse sur le bassin de Rennes*, Rennes, juin 1999.
43. DURAND G., (Société ICONÉ), *Évaluation du projet de réseau de prise en charge de la grossesse sur le bassin de Rennes*, Rennes, juin 2000.
44. GIRODET D., FURTNER L., MORELLEC J., "séjour en maternité", séance du comité national de l'enfance du 28 mai 1999, in J. Pédiatrie et Puériculture 2000 - n° 6 - pp. 375-8.
45. LEWIN D., MAGNIN P., "Durée de séjour à la maternité, implications médicales et économiques", in Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction, vol. 2, n° 5, Paris, mars 1976, pp. 199-223.
46. VAUTRIN E., et al., "Durée de séjour à la maternité après un accouchement normal : des points de vue différents", in Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, vol. 29, n° 1, Paris, février 2000, pp. 94-101.
47. VENDITELLI F., BOULVAIN M., "Sortie précoce de maternité dans le post-partum", in Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, vol. 76, n° 7, Paris, 1997, pp. 675-686.

### **CAMSP**

48. Association ECLORE Lorient, *À propos de la création d'une consultation pluridisciplinaire de prévention et de dépistage précoce des handicaps de l'enfant de moins de 6 ans*, Rapport de présentation d'un CAMSP à Lorient, 1995.
49. Association ECLORE Lorient, *Rapport de demande de création du CAMSP*, 1997.
50. BONNAC-THERON L., *Le CAMSP de Polynésie française, 15 ans de fonctionnement*, Papeete, 1996.
51. Collectif, *Un enfant singulier, une équipe plurielle*. Actes du congrès de l'ANECAMSP, Tours, 16-17/10/2000.
52. OLLIVIER A., "Une action médico-psychosociale précoce, pourquoi ? quand ? Comment ? Handicaps et inadaptations", les cahiers du CTNERHI, 1984, 25, 20-27.

## Répartition des compétences et politiques publiques

53. BERNOT J., *La répartition des compétences*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, EJA, politiques locales, 1996.
54. BORRAZ O., "Pour une sociologie des dynamiques de l'action publique locale", in BALME R., FAURE A., et MABILEAU A. (dir.). *Les nouvelles politiques locales : dynamique de l'action publique*, Paris, Presses de sciences po., 1999.
55. BORRAZ O., LONCLE-MORICEAU P., "Permanences et recompositions du secteur sanitaire, les politiques locales de lutte contre le SIDA", in *Revue française de sociologie*, 41-1, 2000, 37-60.
56. CHAPPELON S., "Les collectivités locales et la santé publique 1, protection sanitaire et lutte contre les fléaux sociaux", in *Actualité et dossier en santé publique* n° 5, décembre 1993, pp. I-XL.
57. CHAPPELON S., "Les collectivités locales et la santé publique 2", in *Actualités et dossier en santé publique* n° 7, juin 1994, pp. I-XXXVI.
58. COMMAILLE J., MARTIN C., *Les enjeux politiques de la famille*, Paris, BAYARD éditions, collection société, 1998.
59. DANZON A., "De l'état planificateur aux réseaux d'acteurs, la politique de santé en faveur des femmes enceintes et des nouveau-nés au prisme des territoires (Côtes d'Armor et Ille et Vilaine)", mémoire de DEA "Action publique et territoires en Europe", IEP Paris, 2000.
60. GONTCHAROFF G., "Brèves réflexions sur la prévention de la santé et la décentralisation", in *Santé publique*, 1991, n° 2, pp. 38-42.
61. JOURDAIN A., de TURENNE I., *100 mots clefs de planification sanitaire*, 2<sup>ème</sup> édition, Rennes, ENSP, 1999.
62. LEGROS M., et al., "Pauvretés, ruptures et évaluations des politiques sociales - articles publiés au cours de l'année 1994-1995", in *Cahier de recherche* 1995/09, n° 76.
63. LONCLE-MORISSEAU P., "Partenariat local et exclusion en France, expériences et ambiguïtés", in *PÔLE SUD*, revue de science politique de l'Europe Méridionale, mai 2000, n° 1, pp. 63-78.

## Les réseaux et partenariats

64. ANAES - Direction de l'évaluation, *Principes d'évaluation des réseaux de santé*, Paris, ANAES, août 1999.
65. BERGOGNE N., "Réseaux, les nouveaux cahiers des charges", in *Le Concours médical*, 29/01/2000, pp. 261-263.
66. BLANCHARD N., "Les représentations de la coordination comme un outil d'évaluation d'un programme expérimental gérontologique", in *Santé publique* 2000, vol. 12, n° 2, pp. 191-210.
67. BUNGENER M., POISSON-SALOMON A.S., *Travailler et soigner en réseau, exemple des réseaux ville - hôpital pour la prise en charge de l'infection à VIH en région parisienne*, Paris, éditions INSERM, collection questions en santé publique, 1998.
68. Centre rennais d'information pour le développement de la solidarité entre les peuples, *L'économie solidaire : une économie au service de l'homme*, Rennes, 1998.

69. CHAUVIN F., et al., *"Réseaux et filières"*, in *Actualité et dossiers en santé publique*, 1998/12, n° 25, pp. 40-46.
70. CNAM - LETTRE, *"Réseaux de soins : l'élaboration de nouvelles coopérations"*, 1999/10, n° 282, pp. 7-9.
71. DELANDE G., *"Filières et réseaux en santé", une approche médico-économique*, in *Gestions hospitalières*, 1999/12, n° 391, pp. 746-755.
72. DELFAU G., LAVILLE J.L., *Aux sources de l'économie solidaire*, Thierry QUINQUETON éditeur, DOMONT, 2000.
73. DORAIL R., *"Filières et réseaux de soins, dans les départements français d'Amérique"* in *Revue hospitalière de France*, 1996/07-08, V: 4, pp. 384-397.
74. DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*, ARMAND COLLIN, Paris, collection U, 1998.
75. DUMONT J.P., *"Une revue de la littérature sur la constitution des réseaux et de la coopération"*, cité in l'accréditation des filières et réseaux de soins, Rennes, dossier documentaire du module interprofessionnel 2000 de l'ENSP.
76. FISCHER G.N., *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*, Paris, Presses de l'université de Montréal, DUNOD, 1987.
77. HAEHNEL P., DUSEHU E., *"Réseaux de santé et filières de soins, problèmes éthiques et réseaux"*, in *Actualité et dossier en santé publique*, 1998/09, n° 24; pp. 45-46.
78. LOMBRAIL P., et al., *Repères pour l'évaluation des réseaux de soin*", in *Santé publique 2000*, vol. 12, n° 2, pp. 161-176.
79. MARREL P., *"Réseaux de santé et filières de soins. Désir de réseau, réseau de désir"*, in *Actualité et dossier en santé publique*, 1998/09, n° 24, pp. 35-36.
80. PATTE D., *"Réseaux de santé et filières de soins, les enjeux de la coordination"*, in *Actualité et dossier en santé publique*, 1998/09, n° 24, pp. 16-17.
81. PATTE D., *"Réseaux de santé et filières de soins, les réseaux et la santé publique"*, in *Actualité et dossier en santé publique*, 1998/09, n° 24, pp. 15-16.
82. POUTOUT G., *"Les réseaux de soins, mythe ou réalité"*, in *Technologie santé*, n° 37, juillet 1999.
83. STRAUSS A., *La trame de la négociation, sociologie quantitative et interactionnisme*, Paris, L'HARMATTAN, collection logiques sociales, 1992.

#### **Réglementation, textes juridiques**

84. MOREAU J., TRUCHET D., *Droit de la santé publique (5<sup>ème</sup> édition)*, DALLOZ, COLLECTION Mémento, série droit public - sciences politiques, Paris, 1997.
85. PREVOT L., *La protection maternelle et infantile, Recueil de textes, à jour du 15 mars 1998*, Paris, BERGER-LEVRAULT, 1998/06.
86. ROSENCZVEIG J.P., *Le dispositif français de protection de l'enfance*, Paris, éditions jeunesse et droit, 1996.

## **La Nouvelle Calédonie : pour comprendre le contexte néo-calédonien**

87. AGNIEL G., PIMONT Y., *Le Pacifique*, Paris, Presses universitaires de France, Collection Que sais-je, 1997.
88. AHMED-MICHAUX P., ROOS W., "Dossier : les images de la population de la Nouvelle Calédonie, Principaux résultats du recensement 1996", in INSEE résultats, démographie société, 1997/02, 55.
89. BARBIE E., *Insularité, culture et santé mentale en Nouvelle Calédonie. Pour un projet de soins infirmiers au CHS de Nouville*, Rennes, ENSP, mémoire ENSP d'infirmier général, 1994.
90. BARNY S., et coll., *Enquête EPIGONE sur les grossesses peu ou pas suivies en Nouvelle Calédonie*, Nouméa DASS-NC, décembre 2000.
91. BUFFET P., *Mise en place d'une surveillance nutritionnelle chez les enfants*, Rennes, ENSP, mémoire ENSP de médecin inspecteur de santé publique, 1991.
92. CANTO C., *La réforme de la couverture du risque maladie en Nouvelle Calédonie : le cas de l'aide médicale*, Rennes, ENSP, mémoire ENSP d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales, 1999.
93. CAFAT (Caisse d'assurance maladie de la Nouvelle Calédonie), "la promotion de la santé en Nouvelle Calédonie", annexe III du rapport annuel 1999, Nouméa, septembre 1999, pp. 1-8.
94. CHAMARD J.Y., FOUCHER J.P., "La réforme du système de santé : la Nouvelle Calédonie, un exemple ?", Paris, Assemblée nationale, collection les documents d'information n° 2681, mars 1996.
95. Collectif, *Géo - Pacifique des espaces français*, sous la direction de Le BOURDIEC P., JOST C., ANGLEVIEL F., Nouméa, Presses du CTRDP de Nouvelle Calédonie, collection université, 1996.
96. DASS-NC., *Rapport sur le bilan et les perspectives de la politique sanitaire et sociale en Nouvelle Calédonie*, Nouméa, juin 1999.
97. DEVAILLY A., "Nouvelle Calédonie, une réforme de santé audacieuse", in Espace social européen, n° 305, octobre 1995.
98. DUGELAY H., et coll. *Projet de schéma provincial de la santé*, Document interne province Nord, Koné, 1999.
99. DU LUART R., "La Nouvelle Calédonie : vouloir vivre ensemble. Un premier bilan du volet économique et financier des accords de Matignon", Paris, Documents Sénat, collection les rapports du Sénat, juillet 1997.
100. FAVIER K., *Modalités de recours aux soins dans la banlieue de Nouméa*, Rapport d'enquête de contrat d'étude pilote INSERM, Paris, INSERM, 1995.
101. GERMAIN M., GRANGEON J.P., et coll., *Situation sanitaire de la Nouvelle Calédonie 1998*, Nouméa, DASS-NC, octobre 2000.
102. GRANGEON C., *Rapport annuel de la PMI 1999*, Nouméa, DASS Province Sud, septembre 2000.
103. GRANGEON J.P., *Approche pour une politique de santé dans la province des îles Loyautés de Nouvelle Calédonie : exemple d'un programme de santé : le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervicovaginal*, Rennes, ENSP, mémoire ENSP de médecin inspecteur de santé publique, 1991.

104. JABOUYNA F., *Politique de prévention dans un contexte de pluralité ethnique. L'infirmière générale et la dimension préventive des soins infirmiers en intra hospitalier. Application au rhumatisme articulaire aigu en Nouvelle Calédonie*, Rennes, ENSP, mémoire ENSP d'infirmier général, 1991.
105. JUBEAU T., *La protection maternelle et infantile de la zone de Nouméa*, DPASS Province Sud, mai 1997.
106. MANUOHALALO A., *Contribution du secteur de la protection sociale et de la santé pour la déclaration de politique générale du gouvernement de la Nouvelle Calédonie*, document du gouvernement de la Nouvelle Calédonie, Nouméa, septembre 1999.
107. SALOMON C., *Savoirs et pouvoirs thérapeutiques kanaks*, Paris, Presses universitaires de France/INSERM, collection ethnologies, 2000.

### **Pays tropicaux**

108. MASSER., *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, GAËTAN MORIN, 1995.
109. DONNADIEU B., et al., *"Soins et savoirs spécifiques, une partie consacrée à la Polynésie française"*, in Soins formation pédagogie encadrement, n° 26, juin 1998.
110. MEBTOUL M., et al., TURSZ A., *"Les enfants face au système de santé dans les pays en développement : regard pluridisciplinaire. Familles et enfants face à l'activité de soins en Algérie"*, in Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1999, vol. 47, suppl.
111. MOUYOKANI J., et al., *"Les enfants face au système de santé dans les pays en développement : regard pluridisciplinaire. Étude épidémiologique des consultations d'enfant de moins de 5 ans à Brazzaville (Congo)"*, in Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1999, vol. 47, suppl.
112. RONDREUX-MAC KENZIE A.M., *Écoute du patient et programme régional de santé. Le cas du diabète à l'île de la Réunion*, Rennes, mémoire ENSP de médecin inspecteur de santé publique, ENSP, 2000.
113. ROUGEMONT A., et al., *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*, Paris, DOIN, 1989.
114. TORRES C., *"Ethnopharmacologie : la revanche des guérisseurs"*, cahier n° 1, in le Moniteur des pharmacies et des laboratoires, n° 2357, juin 2000.

### **En anglais**

#### **Stratégies**

115. AWUKWE C., NOWELL A.H., *"Essential strategies for achieving durable population-based maternal and child health services"*, in J.R. Social health 1999, mar, 119(1), 42-9.
116. EVANS J., SHAH P.M., *Child health programmes for health and family support*, WHO, Genève, stat Q, 1993.
117. EVANS J., SHAH P.M., *child care programmes as an entry point for maternal and child health components of primary health care*, WHO, Genève, 1995.

118. JOHNSON K.A., LITTLE G.A., *State health agencies and quality improvement in perinatal care*, in *pediatrics* 1999 jan., 103 (1 suppl. E), 233-47.
119. LESLIE L.K., and al., *"child health care in changing times"*, in *pediatrics*, 101 (4), part 2, pp. 746-752.
120. SAUNDERS S.E., and al., *"Maternal and child health and health care reform"*, in *J Public health manag. Pract.* 1995 winter, 1 (1), 78-85.
121. TROWELL J., *"Does interprofessional care matter in child protection"* in *Journal of interprofessional care*, 6 (2), 103-107.

#### **Bases de données et évaluation de la qualité des services**

122. FUKUSHIMA F., and al., *Qualitative study of municipalitie's maternal and child health promotion planning*, in *Nippon koshu eisei zasshi* 2000 feb, 47 (2), 162-70.
123. KANANI S., *"Towards qualitif of care in child health programmes. A challenge for the partnership in health and social sciences"*, in *social science and medicine* 1998, V, 47, n° 9.
124. MAGNANI R.J., and al., *"The impact of primary health care services on under-five mortality in rural Niger"*, *International Journal of epidemiology*, 1996, V. 25, n° 3, pp. 568-577.
125. MAHER C.P., and al. *"Improving vaccination coverage : the experience of the Expanded Program on Immunization in Vanuatu"*, *Papua New Guinea Med. J.*, 1993, sept. 36 (3), 228-33.
126. READING R., *"accidents to preschool children : comparing families and neighbourhood risk factors"*, *Social science and medicine*, 1999, V. 48, pp. 321-330.
127. SINGH A.K., and al., *"Impact on the management and delivery of primary health care by a computer-based information system"*, in *comput methods programs biomed* 1992, feb. 37 (1), 55-64.
128. SMITH K., and al., *The impact of care coordination on children with special care needs*, *child health care* 1994, fall. 23 (4), 251-66.
129. SQUARES Y., SAUVE L., *"Harmonisation of regional health datas requirements in the south pacific"*. *Clin. Perform. Qual. Health, care*, 1997, apr.jun 5 (2), 99-103.

#### **Sortie précoce de maternité/suivi ambulatoire du post-partum**

130. BENNETT R.L., TANDY L.J., *"post partum home visits : extending the continuum of care from hospital to home"*, in *home health nurse*. 1998, may, 16 (5), 294-303, quiz 304.
131. BRAVEMAN P., EGERTER S., PEARL M., MARCHI K., MILLER C., *"Early discharge of newborns and mothers : a critical review of the literature"* - *Pediatrics* 1995 ; 56 : 716-725.
132. BRAVEMAN P., KESSEL W., EGERTER S., RICHMOND J. *"Early discharge and evidence based practice : good science and good judgment"* - *JAMA* 1997, 278 : 334-336.
133. BUIST A. *"counting the cost of early discharge after childbirth"*? *Med. J. Aust.* 1997 ; 167 ; 236-237.
134. CATZ C., HANSON J., SIMPSON L., PAFPE S. *"summary of workshop : early discharge and neonatal hyperbilirubiremia"*, *Pediatrics* 1995 ; 56, 743-745.
135. DARJ E., STALNACKE B., *"very early discharge from hospital after normal deliveries"* in *Ups. J. Med. Sci.* 2000, 105 (1), 57-66.

136. DE LA FUENTE-FONNEST I., THRANOV I.R., *"post-partum stay at the maternity ward vs. Ambulatory delivery-seen from the woman's point of view"*, *ugesker.laeger*, 1998, oct. S, 160 (41), 5939-42.
137. DOWNS S., LODA F., *duration of hospital stay for apparently healthy newborn infants"*, *J. pediatr.* 1995 ; 127 : 736.
138. FERGUSON S.L., ENGELHARD C.L., *"maternity length of stay and public policies : issues and implications"* *J. Pediatr-nurs.*, 1996 dec., 11 (6), 392-4.
139. GAZMARIAN J., KOPLAN J., *Economic aspects of the perinatal hospital stay"*, *Clin. Perinat* 1998 ; 25 : 483-498.
140. HANSEN T.W., *"early discharge from maternity and neonatal care units - limitations and perspectives"*, *Tidssher, Nor. Laegeforen*, 1999, may 20, 119 (13), 1893-6.
141. JACOBSON B.B., and al., *"the post-birth partnership : washington state's comprehensive approach to improve follow-up care"*. *J. Perinat, neonat. Norsk.*, 1999 jun, 13 (1), 43-52.
142. JANSON S., RYBERG B., *early post-partum discharge and subsequent breastfeeding"*, in *birth*, 1998, déc., vol 25 n° 4, 222-5.
143. KIELY M., DRUM M.A., KESSEL W., *"early discharge. Risk, benefits and who decides" - clin perinatal*, 1998 sep, 25 (3), 539-52.
144. LEE K.S., PERLMAN M., BALLANTYNE M., ELLIOT I., TO T., *"Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate"*, *J. Pediatr.* 1995 ; 127 : 758-766.
145. LEUNG K.M., and al., *"hospital and patient related characteristics determining maternity length of stay : hierarchical linear model approach"*, *Am. J. Public health*, 1998 mai, 88 (3), 377-81.
146. LIU L., CLEMENS C., SHAY D., DAVIS R., NOVACK A., *"the safety of newborn early discharge : the washington state experience"*, *JAMA* 1997 ; 278 : 293-298.
147. MANDL K.D. and al., *"effet of a reduced post partum length of stay program on primary care services use by mothers and infants"*, in *pediatrics*, 2000 oct., 106 (4 suppl.), 537-41.
148. MANDL K.D., and al., *"maternal and infant health : effects of moderate reductions in post partum length of stay"*, in *arch. Pediat. Adolesc., med.* 1997 sep., 151 (9), 915-21.
149. MARGOLIS L., KOTELTCHUCK M., CHANG H-Q., *Factors associated with early maternal post partum discharge from the hospital"*, *Arch Pediatr. Adolesc., Med.* 1997, 151 : 466-472.
150. NELSON V.R., *"the effect of newborn early discharge follow up programm on pediatric urgent care utilization"*, *J. pediatr. Health care*, 1999 mar-apr, 13 (2), 58-61.
151. ODELRAM H., and al., *"early discharge after delivery, a safe and cost-effective form of care"*, *Lakartidninger*, 1998, jul. 8, 95 (28-29), 3190-4.
152. PISTELLA C.Y., SYNKEWECZ C.A., *"community post partum care needs assessment and systems development for low income families" - J. health soc. Policy*, 1999, 11 (1), 53-64.
153. RAUBE K., MERRELL K. *Maternal minimum - stay legislation : lost and policy implications"*, *Am. J. Public health* 1999 ; 89 : 922-923.
154. SPITZER A.R., *"early discharge and the neonate" - clin pediatr (phila)*, 1998 oct, 37 (10), 617-9.

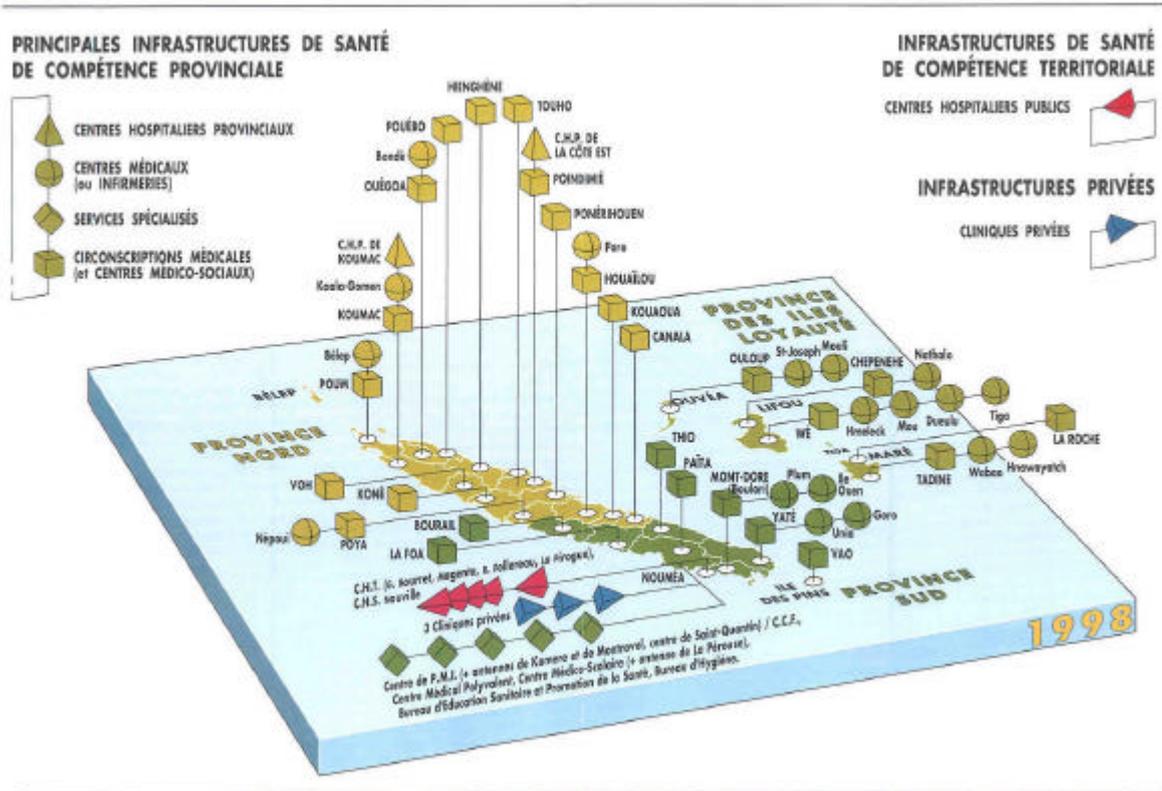
155. STANDING T.S., and al. *"early perinatal hospital discharge : issues and concerns, maternal education during the perinatal period"* , clinics in perinatology, 1998, 25 (2), 389-402.
156. TARKKA M.T., and al., *"social support provided by public health nurses and the coping of first time mothers with child care"*, Public health nursing, 1999, 16(2), 114-119.
157. WALDENSTRÖM V., and al., *"early and later discharge after hospital birth : breastfeeding"*, in Acta. Paediatr. Scand. 1987 sep, 76 (5), 727-32.
158. WELSCH C., LUDWIG-BEYMER P., *shortered lengths of stay : ensuring continuity of care for mothers and babies"*, Lippincotts prim. Care. Pract. 1998 may-jun, 2 (3), 284-91.
159. WILLIAMS L.R., COOPER M.K., *"A new paradigm for post partum care"* - J. Obstet - gynecol. Neonatal. Nurs., 1996 nov-dec, 25 (9), 745-9.

## LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 :** Carte de la Nouvelle Calédonie extraite du rapport "la situation sanitaire en Nouvelle Calédonie 1998".
- Annexe 2 :** Extrait des Nouvelles Calédoniennes du 09/02/01.
- Annexe 3 :** Liste des personnes contactées pour l'enquête préalable en Nouvelle Calédonie.
- Annexe 4 :** Questionnaire ouvert adressé aux personnes interrogées en Nouvelle Calédonie.
- Annexe 5 :** Listes des acteurs de PMI ou de réseaux rencontrés en métropole.
- Annexe 6 :** Grille d'entretien avec les acteurs rencontrés en métropole.
- Annexe 7 :** Les différents régimes d'allocations maternelles et infantiles versées en Nouvelle Calédonie aux familles sous conditions de respect du suivi médical recommandé.
- Annexe 8 :** Généralités sur les réseaux : du cadre juridique à l'évaluation des réseaux en métropole.
- Annexe 9 :** Les centres de naissance, une expérience originale.
- Annexe 10 :** Expérience communautaire de YATE.
- Annexe 11 :** Des exemples de partenariat autour de l'enfant : les staffs parentalité à Paris.
- Annexe 12 :** Des exemples de partenariat autour de l'enfant : les partenaires d'un CAMSP.
- Annexe 13 :** Tableau synoptique des secteurs s'occupant de l'enfance handicapée.
- Annexe 14 :** Extrait de l'annexe obstétrique du schéma territorial d'organisation sanitaire (STOS).
- Annexe 15 :** Certificat d'Issue de grossesse de la Seine Saint Denis.
- Annexe 16 :** Indicateurs et outils d'évaluation des réseaux de soins périnataux, partie n°1 - pp. 4-7.

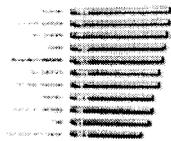
ANNEXE N° 1

Carte de la Nouvelle Calédonie extraite du rapport "la situation sanitaire en Nouvelle Calédonie 1998".



Extrait des Nouvelles Calédoniennes du 09/02/01.

**Coûts de santé : le casse-tête calédonien**  
*Une mission difficile pour les décideurs qui veulent réformer globalement le système de protection sociale en instituant la Couverture sociale unifiée. Seule certitude, l'addition sera douloureuse pour le porteur-monnaie du Calédonien.*



Deux indicateurs prouvent que le système de santé calédonien est organisé et puissant. Les Calédoniens vivent relativement vieux (en moyenne jusqu'à 73 ans) et sont en bonne santé. En 1998, le taux de mortalité infantile était de 6,9 pour 1 000 naissances, ce qui place la Nouvelle-Calédonie au même rang que les Etats-Unis, et bien avant la plupart des pays de la zone Pacifique.

Mais la médaille a son revers. Si le Calédonien se porte bien, c'est d'abord que ses conditions de vie se sont améliorées, et aussi parce que l'accès aux soins s'est considérablement amélioré ces dernières années.

Ces progrès ont un prix. Chaque Calédonien a dépensé plus de 152 000 F en 1999 pour se soigner. Soit une dépense globale de 35,432 milliards de francs (consommation médicale plus frais de gestion du système). C'est beaucoup. C'est deux fois plus qu'il y a dix ans.

Par comparaison, en métropole, la dépense médicale par habitant est de 224 000 F. Ce chiffre englobe les dépenses de recherche, de formation qui n'existent pas ici et des frais de gestion supérieurs du fait du nombre plus important de structures. La population calédonienne est, en outre, beaucoup plus jeune.

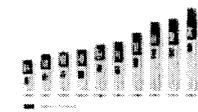


Une couverture sociale large mais inégalitaire

x

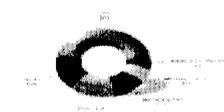
Parallèlement, malgré l'augmentation des cotisations et le relèvement du plafond Cafat, les ressources n'ont pas augmenté dans les mêmes proportions et le déficit du régime d'assurance maladie amorcé en 1988 n'a cessé de s'accroître. En cumulé, il représente dix milliards.

Dans un bel élan consensuel, Tino Nanuohalalo, membre du gouvernement chargé du secteur de la santé, et Marie-Noëlle Thémereau, présidente de la commission de la santé du Congrès déclarent : « Notre responsabilité se situe à un double niveau : répondre de la meilleure façon aux besoins de santé de la population en évitant les excès et abus de toutes sortes. Organiser la solidarité pour financer le système de soins dans un souci de justice mais aussi d'efficacité économique. »

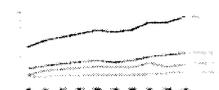


En Nouvelle-Calédonie, on assiste, en effet, à un éclatement des organismes de protection sociale, ce qui engendre une grande disparité des taux de prise en charge.

Selon que le Calédonien est riche ou pauvre, salarié ou indépendant, qu'il travaille dans le privé ou le public, la couverture sociale peut prendre totalement en charge ses dépenses de santé ou ne rien couvrir puisque parfois elle n'existe pas.



Convaincre

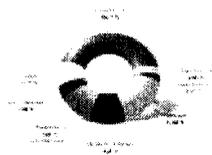


Le représentant du gouvernement FLNKS et l'élue du Rassemblement ont donc en charge ce lourd dossier. 2001 sera l'année de la mise en place de la couverture sociale unifiée par le biais d'une loi de Pays. Le gouvernement va se saisir du dossier au mois d'avril et les élus du Congrès devraient voter cette loi en mai.

Une révolution qui effraie déjà certains partenaires sociaux. Mais la machine est lancée. Les réunions et discussions, largement commencées l'année dernière, vont se poursuivre et s'intensifier. Les élus savent que l'aboutissement de ce dossier, en gestation depuis de nombreuses années, va faire grincer des dents, mais aussi que la Nouvelle-Calédonie ne peut pas faire l'économie d'une profonde réforme de son système de protection sociale.



Les dépenses ont doublés en 10 ans  
 La dépense courante de santé mesure l'effort consacré au cours



d'une année au titre de la fonction santé. Elle couvre un champ plus large que celui de la consommation médicale totale puisqu'elle intègre les indemnités journalières, les subventions reçues par le système de santé, le fonctionnement de la recherche, de l'enseignement, de l'administration sanitaire.

Les grands postes de dépenses

Notre système de protection sociale finance la course à l'armement contre la maladie. Les postes de dépenses de santé les plus lourds sont l'hospitalisation (48 %), la pharmacie (15,6 %), les honoraires médicaux (9,5 %) et les Evasan (8,3 %).

Les médicaments sont de plus en plus performants mais aussi de plus en plus chers.

Les Evasan ont décollé. 648 malades ont été évacués en 1990 et 1 506 dix ans plus tard. En moyenne, cinq personnes s'envolent chaque jour sur Sydney. Ce chiffre englobe le malade mais aussi ses accompagnateurs.

En dix ans, ce poste est celui qui a le plus augmenté. Il est passé de 721 millions à 2,3 milliards de francs, soit une augmentation de 300 %.

Un système de protection sociale disparate

Les Calédoniens peuvent bénéficier de quatre principaux régimes de protection sociale.

150 000 personnes (salariés, ayants droit des salariés, retraités locaux et retraités métropolitains, chômeurs indemnisés, assurés volontaires) sont couvertes par l'assurance maladie de la Cafat.

Ce régime est financé à 98 % par les cotisations des salariés et des employeurs. Les 2 % restants proviennent de la taxe sur les tabacs et alcools et des subventions du Territoire.

En dix ans, les dépenses supportées par la caisse d'assurance maladie sont passées de 6,4 milliards à 15,7 milliards et depuis 1988, les recettes ne couvrent plus les dépenses.

55 000 personnes (dont 21 000 assurés Cafat) ayant des ressources égales ou inférieures au salaire minimum garanti bénéficient de l'aide médicale gratuite. Un régime d'assistance géré par les Provinces.

Ce régime est financé par l'impôt, donc par le contribuable.

Là encore, les dépenses ont pratiquement doublé en dix ans, passant de 5,2 milliards en 90 à 9,4 milliards en 99.

17 000 personnes fonctionnaires locaux et leurs ayants droit sont couverts pour le gros risque par l'employeur public, donc encore une fois par le contribuable, et pour le petit risque par les cotisations.

5 000 personnes fonctionnaires d'Etat en activité sont également couvertes pour le gros risque par l'employeur public et pour le petit risque par une mutuelle qu'elles alimentent par leurs seules cotisations.

Les travailleurs indépendants n'ont aucune obligation de s'assurer. La majorité le font, soit auprès d'organismes privés, soit auprès de la Cafat (assurance volontaire).

## Retour à la Une

Copyright © 2001 - Les Nouvelles-Calédoniennes - Tous droits réservés.

## **ANNEXE N° 3**

### **Liste des personnes contactées pour l'enquête préalable en Nouvelle Calédonie.**

#### **INSTITUTIONS**

Dr M. GERMAIN	DPASS SUD (directeur)
Dr. P.H. GENTY	DPASS SUD (BESPS)
Dr T. MAILLOT	DPASS NORD (médecin coordonnateur)
Dr C. THERVILLE	DPASS ILES (médecin coordonnateur)
Dr C. GRANGEON	PMI DPASS SUD
Dr C. MALBOS	PMI DPASS SUD
Dr D. LECOCQ	CMS DPASS SUD
Mme A.M. DONADINI	PMI DPASS SUD (puéricultrice)
Mme E. CIANI	PMI DPASS SUD (puéricultrice)
Mme O. WAPAE	PMI DPASS SUD (puéricultrice)
Mme L. GITIE	PMI DPASS SUD (puéricultrice)
Mme GALLAND	PMI DPASS SUD (puéricultrice)
Mme S. WENISSÖ	PMI MONT DORE (puéricultrice)
Mme E. JUGY	ASE DPASS SUD
Mme M.H. CAILLIER	Service social - DPASS SUD

#### **HÔPITAL**

Dr. C. MENAGER	PÉDIATRIE CHT
Dr I. MISSOTTE	PÉDIATRIE CHT
Dr. F. LUC	NÉONATOLOGIE CHT
Dr COUËRON	NÉONATOLOGIE CHT
Dr R. BUISSONNIERE	DIM-PÉDIATRIE CHT

#### **MÉDECINS LIBÉRAUX**

Dr DE FARAMOND	Pédiatre libéral
Dr PIQUEMAL	Médecin généraliste

#### **SECTEUR SOCIAL**

Mme Yolande CHEVRY	Coordonnatrice puéricultrice CCAS NOUMÉA
Mme Radia MARCOUX	Coordonnatrice CCAS BOURAIL
M. P. DEFRANCE et son équipe	DSU MONT DORE

#### **SECTEUR ASSOCIATIF**

Dr DUBOIS	Pédiatre CROIX-ROUGE FRANCAISE
-----------	--------------------------------

## ANNEXE N° 4

Questionnaire ouvert adressé aux personnes interrogées en Nouvelle Calédonie.

THÈME
-------

La coordination des acteurs du champ de la santé en matière de suivi de l'enfant entre la naissance et 6 ans.

QUESTIONS
-----------

**Question 1 :** quels avantages (ou inconvénients) voyez-vous au mode d'organisation actuel du suivi systématique des enfants de la naissance à 6 ans ?

Quelles en sont les conséquences à votre avis ?

**Question 2 :** Rencontrez-vous des difficultés par rapport à la réalisation de ce suivi ?

Si oui, auriez-vous des exemples ?

**Question 3 :** Quels sont vos partenaires habituels dans le suivi des enfants de 0 à 6 ans pour une action qui vous semble prioritaire ?

(classer par ordre d'importance, si c'est possible)

**Question 4 :** Quels sont vos rapports avec ces partenaires ? (points positifs et négatifs)

**Question 5 :** Travaillez-vous avec les partenaires pour définir des objectifs en commun ?

Si oui, comment ?

**Question 6 :** Travaillez-vous souvent en coordination pour la réalisation pratique des actions ?

Si oui, auriez-vous des exemples à citer ?

**Question 7 :** Quelles personnes (professionnels du secteur sanitaire et social ou non professionnels) identifiez-vous comme d'éventuels partenaires à privilégier pour améliorer le suivi des enfants ?

Et pourquoi ?

**Question 8 :** Selon vous, comment peut-on maintenir l'unité de partenaires autour d'objectifs communs ?

**Question 9 :** Dans le cas du dépistage précoce du handicap, pourriez-vous me citer 4 actions qui vous semblent importantes (médicales, sociales, organisation, structure...) ?

**Question 10 :** Pourriez-vous me citer 3 actions susceptibles d'aider à améliorer le retour au domicile après l'accouchement ?

**Question 11 :** Pourriez-vous me décrire les actions que vous réaliseriez en cas de constat de maltraitance chez un enfant ?

**Question 12 :** Quels sont selon vous, les problèmes ou thèmes d'action prioritaires à développer en matière de PMI sur le territoire ?

Quels documents vous sembleraient utiles à consulter pour compléter cette réflexion ?

Serait-il possible de vous solliciter à nouveau le cas échéant ?

**Question 13 : Pour les personnes interrogées extérieures à la PMI :**

Quel rôle attribuez-vous à la PMI dans le cadre du suivi des enfants de 0 à 6 ans ?

## ANNEXE N° 5

Liste des personnes rencontrées en métropole (entretien sur le lieu d'exercice des personnes - durée 1 heure à 3 heures environ).

### ENTRETIENS EXPLORATOIRES

Dr DERRIEN	MISP - DGS - Paris
Dr MANCHEC	Médecin départemental - Conseil général du Morbihan - Vannes
Dr MAYER	Pédiatre - ORSB - Rennes
M. J.C. PALICOT	Sociologue - LAPSS - ENSP - Rennes
Dr TOPUZ	Médecin chef du service de PMI - Conseil général Seine Saint Denis - Bobigny
Dr VOCANSON	Médecin chef du service actions de santé du Conseil général du Rhône - Lyon

### ENTRETIENS SPÉCIFIQUES

#### MORBIHAN 56

Dr BOUDOU	CAMSP - Association ECORE
Dr MACE GUILLOU	PMI - Malestroit
Dr SIMPLOT et son équipe	PMI - Ploërmel/Josselin
Mme ROBERT et son équipe	Puéricultrice de coordination
Mme POURADE	Sage femme de coordination
M. JAFFRE	Chef de service de prévention de la CPAM 56
Directrice	CODES 56 - Vannes
Association La Passerelle	(CLIC) Lorient

#### CÔTES D'ARMOR 22

Dr PEYNAUD	Médecin départemental
Dr DROUMAGUET	Médecin épidémiologiste
Dr BUISSON	Coordonnateur du réseau ADEPAFIN Côtes d'Armor

#### FINISTERE 29

Dr LE GOUILL	Médecin départemental
--------------	-----------------------

#### ILLE ET VILAINE 35

Dr MORELLEC	Médecin départemental
Dr POUCHARD	Coordonnateur du réseau Rennes Nord

#### MAINE ET LOIRE 49

Dr CATELAN	Médecin départemental
------------	-----------------------

#### RHÔNE 69

Dr GATEL	Responsable du recueil épidémiologique
Dr DELAYE et équipe PMI	Secteur Lyon - 1 <sup>er</sup> arrondissement
Mme PERROT	Assistante sociale
Mme RAUZY	Infirmière puéricultrice
L'équipe de PMI	Caluire

#### PARIS 75

Dr BASS	Spécialiste de réseaux santé/social
M. TABOURI	Inter services migrants

**SEINE SAINT DENIS 93**

Dr CUESTA

Dr D'YVOYRE

Dr BOUZNAH

Consultation de Toby NATHAN

Équipe de PMI

PMI centrale Bobigny

PMI Saint Denis

PMI Villemomble/Gagny

Centre George DEVEREUX

Centre Saint Exupéry – Saint Denis

## ANNEXE N° 6

### Grille d'entretien avec les acteurs rencontrés en métropole.

#### INTRODUCTION

##### Présentation

##### Cadre du mémoire

##### Thème du mémoire :

La coordination des actions de santé maternelle et infantile :  
Réflexions pour aider à la mise en réseau et/ou au travail en  
partenariat des acteurs et des structures de l'enfance et de PMI  
de la Nouvelle Calédonie (à partir de l'exemple du suivi des  
trajectoires des enfants de la naissance à 6 ans)  
(à partir de l'observation des méthodes développées en  
métropole)

##### Justification du choix de la personne interviewée

#### Consigne initiale

Vous travaillez dans le domaine de la santé maternelle et infantile, pourriez-vous m'expliquer comment se passe concrètement votre travail quotidien ?

**Thèmes à aborder :** relances à ajuster selon l'interlocuteur et l'orientation de la discussion, tout ne sera pas abordé avec chacun. (ex. : coordonateur central ou acteur de terrain)

#### Fonds commun

**Relance :** quels sont selon vous les problèmes (ou thèmes d'action prioritaires) à développer en matière de PMI sur votre secteur ou votre département ?

Tenter d'aborder :

- liste des actions
- critères de choix de ces actions
- intervenants et partenaires souhaités
- collaborations à développer
- formations initiales et continues souhaitées/ajustements envisagés

**Relance :** selon les priorités énoncées par votre service : quels avantages (ou inconvénients) voyez-vous au mode d'organisation actuel du suivi systématique des enfants dans votre zone ?

(Tenter d'aborder le suivi des enfants fragilisés d'une part et celui des enfants sans facteurs de risques d'autres part) :

- Forces et faiblesses du dispositif opérant (clarté pour acteurs de santé et patients, fluidité des circuits, simplicité...)
- Acteurs non coopérants
- Moyens de les intéresser : mesures incitatives

**Relance :** Qui sont vos partenaires ? tenter d'aborder :

- Les liaisons, contacts et relations déjà développés
- Ou que l'interlocuteur souhaiterait développer
- Le réseau local éventuel avec lequel il travaille
- Les éventuels partenaires extérieurs au département
- Les acteurs les plus coopérants ou les plus utiles à ses démarches
- Les référents ou références éventuels

**Relance** : Quelles actions partenariat conduisez-vous quotidiennement (ou habituellement) . tenter d'aborder :

- Le recueil des données, leur transmission (aspects pratiques et éthiques)
- Les problèmes et difficultés rencontrés mettre en place ces actions
- Les résultats constatés et/ou les impacts prévus ou non
- Les négociations

**Relance** : Travaillez-vous en coordination dans la définition des objectifs d'actions ?

**Relance** : Travaillez-vous en coordination dans la réalisation pratique des actions ?

Insister sur certains thèmes : (ex. : suivi des enfants à risques, dépistage précoce du handicap, visites scolaires) (séquence chronologique des actions retenue pour le plan)

Tenter pour les deux questions d'aborder :

- Modalités pratiques
- Travail avec les partenaires par thèmes ou type d'actions existants ou souhaités (causes de choix)
- Rapports avec l'hôpital et le milieu libéral (modalités)
- Rapports avec le secteur social, le monde éducatif et le secteur associatif ...
- Réunions tenues/PV éventuels/types

**Relance** : Comment verriez-vous la coordination des partenaires autour de l'enfant en matière de santé ? (tenter d'aborder, dans l'ordre chronologique des actions à conduire de 0 à 6 ans) +++

- La constitution et la mise en place des coordinations
- Les méthodes de coordinations développées (implicites ou formalisées, protocoles, liaisons, hiérarchisation, transfert d'infos...)
- La mise en œuvre pratique au quotidien (négociations, jeux d'acteurs...)
- Les modalités de l'animation de la coordination
- Les difficultés rencontrées
- Les solutions apportées aux difficultés

**Relance** : le suivi des enfants à risques ou à problèmes :

- Les dépistages : avantages et inconvénients, forces et faiblesses
- Les dépistages précoces : organisation
- Comment tracez-vous les enfants dépistés ou à risques
- Quelles trajectoires ? ou orientations possibles ?
- La coopération de vos partenaires
- Les relances : parents, médecins

**Relance** : Comment envisagez-vous un suivi optimal des enfants à risques (ou identifiés comme fragilisés) dans le cadre d'une coordination des acteurs de PMI ? (trajectoire de l'enfant de 0 à 6 ans : suivre les étapes chronologiques)

- Comment centrer sur l'enfant
- Le couple mère enfant/parents et enfants/parentalités
- Quel accompagnement et quelle information aux patients
- Quelles transmissions entre professionnels
- Les orientations possibles de l'enfant
- Les évolutions et améliorations à apporter à l'existant

**Relance** : Comment maintenir l'unité des partenaires autour d'objectifs communs ?

- Méthode de constitution de cette unité (jeux d'acteurs)
- Méthodes de maintien de cette unité (négociations)
- La place des institutions et des financeurs : pilotage ou acteurs comme les autres
- Une hiérarchie dans le partenariat, des moteurs ?
- Comment structurer à cet effet et de façon optimale les rapports entre les acteurs
- Les sous et le respect de chacun

**Relance** : (si approprié à l'interlocuteur) :

Pourriez-vous me dire ce que vous jugez innovant, dans votre pratique de partenariat/réseau ?

**Relance** : pour les interlocuteurs extérieurs à la PMI :

Quelle place (rôle) attribueriez-vous à la PMI dans le cadre du suivi des enfants de 0 à 6 ans ?

### Conclusion

- Voyez-vous encore d'autres points à aborder ?
- Quels autres acteurs me proposeriez-vous de rencontrer sur le même sujet ?
- Quels documents vous sembleraient utiles dans le cadre de cette démarche (ou posséderiez-vous)
- Serait-il possible de vous solliciter à nouveau le cas échéant ?

### Remerciements

### Facultatif

**Relance** : quelles actions de promotion de la santé ?

- Quels intervenants
- Publics concernés (typologie, proportion de la population générale)
- Effectifs concernés : possédez-vous des données/recueils d'activités
- Problèmes rencontrés
- Impact des actions
- Transmission des dossiers

**Relance** : comment les visites à domicile sont-elles conduites ,

- Modalités (fixation d'objectifs de visite a priori)
- Saisine : visites systématiques (avis de naissance) ou demandées (dans ce cas, quels sont les services demandeurs et dans quel cadre)
- Type de patients éligibles (modalités tri et critères de choix : risques)
- Effectifs suivis
- Qui sont les personnes qui peuvent réaliser les visites avec vous : critères de choix en fonction de la situation
- Quels protocoles et programmes particuliers
- Quels services collaborent avec vous (initiation des VAD, suivi ultérieur)
- Type d'actions entreprises et impact estimé

**Relance** : quelles actions de promotion collective de la santé conduisez-vous (prévention primaire et secondaire) ?

- Type d'actions et thèmes principaux
- Modalités de priorisation
- Organisation pratique
- Effectifs et types de populations concernés
- Groupe de travail thématiques

- Partenaires

**Relance** : Comment réalisez-vous les bilans de santé dans les écoles maternelles ?

- Réglementation et contenu
- Classes concernées
- Informations recueillies et documents utilisés
- Articulations avec la médecine scolaire (transmissions)
- Moyens consacrés
- Suivi ultérieur des enfants dépistés (collaborations développées)
- Problèmes rencontrés
- Propositions pour améliorer ces problèmes
- Autres coordinations

## ANNEXE N° 7

### Les différents régimes d'allocations maternelles et infantiles versées en Nouvelle Calédonie aux familles sous conditions de respect du suivi médical recommandé.

CAISSES	CAFAT	Province des Iles	Province Nord	Province Sud
Date de la délibération	Note interne	29 octobre 1990	18 décembre 1995 modifiée du 31 mars 1998	17 novembre 1997
Date des examens obligatoires	3 <sup>ème</sup> mois 6 <sup>ème</sup> mois	10 <sup>ème</sup> mois	3 <sup>ème</sup> mois 9 <sup>ème</sup> mois 24 <sup>ème</sup> mois 34 <sup>ème</sup> mois	9 <sup>ème</sup> mois 24 <sup>ème</sup> mois
Obligations administratives	Certificat/volet à retourner à la CAFAT - Fournir des pièces à l'accouchement (certificat d'accouchement, extrait d'acte de naissance ...)	Certificat à remettre à l'assistante sociale en charge du dossier	Certificat réalisé dans un dispensaire public et envoyé à l'Aide médicale	Certificat à faire adresser par le praticien à l'Aide médicale
Recueil des données	Certificat	Pas de carnet spécifique	Sur les statistiques d'activité du dispensaire	Carnet de recueil spécifique à souche  Validation PMI en cas de problème
Prestations	13 580 F cfp par visite	20 000 F cfp	4 000 F cfp par visite conforme	10 000 F cfp par visite conforme
Inconvénients	- Accès difficile - Beaucoup de formalités administratives préalables - Visite prénatale doit avoir été réalisée avant 5 mois et 8 mois avec transfert de feuillets à la CAFAT	1 seule visite rémunérée	Jugée complexe, fractionnée et peu incitative, problèmes d'accès aux soins en cas de voyage dans une autre province	Jugée complexe quant aux normes imposées et avec un trop long intervalle entre les 2 visites, problèmes d'accès aux soins sur Nouméa
Avantages	- Fortes prestations sur un court laps de temps - Très incitatives	Simplicité	Suivi réalisé dans un dispensaire public : en théorie respect de normes de qualité et souci de la santé publique	Respect des normes qualitatives recommandées de suivi des grossesses

## **ANNEXE N° 8**

### **Généralités sur les réseaux : du cadre juridique métropolitain à l'évolution des réseaux.**

#### **1. Bref historique des réseaux**

C'est probablement dans le cadre de la lutte contre la tuberculose que sont apparus les premiers réseaux, avant 1914. Les premières expériences marquantes datent des années 70, autour de la gérontologie, à Paris. L'année 1991 a vu la création des réseaux ville hôpital autour des patients atteints de SIDA. Depuis, le nombre de réseaux n'a cessé d'augmenter et leur champ s'est diversifié quant aux thèmes abordés : toxicomanie, cancérologie, hépatite, exclusion, périnatalité, soins palliatifs, diabète...

#### **2. Le cadre juridique, légal et réglementaire**

Les textes sont multiples. Cette multiplicité "tient autant à la subtilité des termes et des définitions réglementaires qu'à la méconnaissance des conséquences juridiques de la mise en place des réseaux" selon l'ANAES (64).

##### Le cadre légal :

- Article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
- Article 29 de l'ordonnance n° 66-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Article 73 de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions.
- Loi de financement de la sécurité sociale 2001 (loi du 23 décembre 2000) ouvrant aux ARH la possibilité de créer des réseaux hors réseaux SOUBIE, hors cadre sécurité sociale en santé publique.

##### Le cadre réglementaire :

- Décret n° 95-1000 du 9 septembre 1995, portant code de déontologie médicale.
  - Décret n° 96-759 du 11 septembre 1996, relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux.
-

## **Circulaires et autres documents :**

Ils déclinent les diverses possibilités de réseaux selon leurs thèmes (gérontologie, VIH, hépatite C, exclusion...) ou le cadre (ville, hospitalisation...)

On peut citer en particulier :

- La circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI, n° 99-648, relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.
- Le document CNAMTS/CABDIR, n° 8/98 du 15 octobre 1998 sur le développement des réseaux et filières de soins.

## **3. Définitions**

### **Les réseaux :**

#### **Deux définitions du mot réseau ressortent :**

- Celle de l'ANAES (64) : "Le réseau de santé inclut le réseau des soins. Il constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels, en réponse à un besoin de santé des individus et/ou des populations à un moment donné et sur un territoire donné. Il est transversal aux institutions et aux dispositifs existants et composé d'acteurs... Son activité comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être, mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé".
- Celle du ministère de la santé dans la circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999 : "les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné autour des besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser et la continuité des soins qui lui sont dispensés, et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité... Ils organisent un accès plus rationnel au système de soins, ainsi qu'une meilleure coordination dans la prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention".

Un réseau se définit aussi en fonction d'objectifs, qui pour l'ANAES sont :

- *Optimiser l'accès aux soins de l'ensemble de la population ciblée.*
- *Prendre en charge les personnes dans le respect de certains principes : continuité, globalité, réactivité, pluridisciplinarité...*

- *Accroître la compétence individuelle et collective des intervenants et des partenaires dont les échanges d'information.*
- *Reconnaître et améliorer les compétences et respecter les préférences des personnes prises en charge.*
- *Améliorer l'efficacité et l'efficience des prises en charge.*
- *Être un lieu d'observation et de repérage.*
- *Être un lieu d'évaluation.*

**On peut leur associer la définition des filières qui leur est fortement corrélée :**

Pour Alain JOURDAIN (61) "la filière en planification sanitaire est celle du patient dans son recours au système de soins. C'est une trajectoire identifiée à travers le réseau des professionnels". La filière est caractérisée par un protocole de prise en charge optimal tant du point de vue du patient que de celui des professionnels, voire des financeurs, situation quasi impossible pour de nombreuses raisons : socioculturelles, médico-techniques et économique. Étudier une filière pose les questions de l'égalité, de la liberté et de l'efficience.

Pour l'ANAES (64), la filière est la description des trajectoires et peut être définie a priori (logique de travail en réseau ou logique conventionnelle, réglementaire ou tarifaire) ou a posteriori (observation dans le système de soins). Elle est caractérisée par des lieux de passage, la quantité d'aide et de soins prodiguée à chaque niveau, le temps de passage sur ceux-ci et les coûts associés. Elle repose sur des règles communes, des mécanismes de coordination entre acteurs et entre structures, et une observance par le patient et les acteurs.

**Et la notion de trajectoire mérite aussi une définition :**

En se référant à Anselm STRAUSS (83), elle correspond à un plan d'ensemble associé à un travail d'articulation et au lieu de confluence de multiples intérêts dont celui du patient. Pour celui-ci, elle doit être la plus simple possible. Elle implique donc tout un processus de négociation. Pour un enfant et ses parents, elle traduit un état à la fois interactif et passif avec un environnement social, médical, familial. Répondant à des impératifs "balistiques", elle implique autour de cette famille la notion d'un travail répétitif et coordonné selon des critères scientifiques et de qualité. Si tout se passe bien, elle se transforme **pour une famille citoyenne en un parcours individualisé et individuel** autour d'une trajectoire idéale en fonction d'un contexte socioculturel et d'environnement spécifique.

### **Enfin, la notion de traceur semble utile à connaître :**

Elle permet d'explorer les trajectoires et les filières et de fournir de l'information pour l'évaluation et sur la qualité en couvrant toutes les catégories d'activités d'une organisation : prévention, dépistage, investigations, suivi et réhabilitation.

### **Le partenariat : c'est une notion très variable et incantatoire**

Dans la littérature métropolitaine, la notion de partenariat semble plus relever de l'échelle des collectivités et des organisations, que de celle des individus ou acteurs de la santé. C'est une forme de coopération entre des acteurs sociaux ou des organisations relevant de différentes sphères. Le partenariat est pensé comme une forme de modernisation de l'action publique et reformule les modalités de la mobilisation collective. Selon Patricia LONCLE (63), il peut être classé selon 3 éléments qui sont : l'ancrage territorial, la structuration et le fonctionnement des configurations locales d'acteurs, et le domaine de l'action publique concerné. Dans le domaine sanitaire, son implantation est rendue très difficile car la structuration des professions concernées dont celle des médecins est très corporatiste (74 - chapitre 2 - les modèles de structuration des professions).

Deux types d'expériences partenariales sont différenciées :

- Les partenariats qui institutionnalisent des formes de coopération et d'action publique concertées antérieures et qui sont les moins innovants, mais les plus consensuels, les plus fluides et les plus satisfaisants pour les participants.
- Les partenariats à fortes capacités d'innovation méthodologique, avec un large panel d'acteurs, ou des alliances entre groupes hétérogènes dans un souci de démocratie comme dans la région lilloise.

Comme il le sera exposé plus loin, dans l'analyse des réseaux, beaucoup d'acteurs qualifient cette vogue des partenariats comme un nouveau "mythe incantatoire". En effet, la gestion des partenariats est difficile et les objectifs des participants ne sont pas toujours clairs. Il y a aussi des risques de bureaucratisation et de dilution des responsabilités. Ils ont cependant pour avantage de favoriser une mobilisation des acteurs associatifs et de créer des espaces de liberté pour la participation, tout en soulevant des problèmes habituellement occultés. En ce sens, les principes développés sont intéressants pour une application à une échelle d'acteurs individuels ou de petites structures ou organisations.

On s'en rend compte ainsi lors de la mise en œuvre de certains programmes de prévention lorsque la logique marchande des professionnels libéraux, la logique de maîtrise macro-économique des caisses et

la logique administrative de santé publique des services de l'État ou des conseils généraux ont du mal à s'accorder, rendant chaque négociation ardue. En ce sens, l'exemple du programme de dépistage du cancer du sein en Bretagne semble évocateur :

- Les radiologues incitent à multiplier les actes pour rentabiliser des matériels que par ailleurs, ils ne désirent pas remplacer trop vite, même si ces matériels ne sont plus toujours conformes aux standards de qualités préconisés pour la réalisation des mammographies.
- Les caisses ne désirent pas sortir d'une fréquence d'examens dont le rendement médico-économique est supposé optimal et ne tolèrent donc plus les examens hors protocole. En outre, elles règlent au forfait ce qui n'est guère incitatif s'il est calculé trop juste.
- L'État n'a pas toujours les moyens humains d'implémenter ou de contrôler les politiques qu'il initie et désire évaluer.
- Le conseil général aimerait garder la main sur tout ce qui touche à la santé de la mère et de l'enfant.

#### **4. Une sociologie des réseaux**

##### **Proposition de typologie sociologique :**

Jean-Paul DUMONT, du GESTE (75) a tenté en 1997 de définir les conditions qui permettent à une coopération de s'engager et de se pérenniser. Il tire 6 modèles successifs dans le temps de lecture de la littérature :

1. Le réseau est une coordination, un emboîtement de tâches et de fonctions qui, judicieusement agencées, permettent d'atteindre un objectif préétabli. Sa qualité dépend de sa rationalité. C'est un modèle ancien et dépassé en matière de santé taybrien.
2. Le réseau se constitue sur un fond de valeurs communes avec un débat continu sur les justifications de l'action. La légitimité reconnue par tous conditionne la coopération à partir des normes et des valeurs acceptées. Tout repose sur la recherche de compromis et d'accords, entre des personnes adhérant à des normes éthiques différentes sur les conditions de leur intercompréhension pour trouver un langage commun.
3. Le réseau est un tissu de règles négociées entre des acteurs aux intérêts divergents dotés de pouvoirs différents. La coopération repose ici sur les possibilités de négociation entre les acteurs et

sur leurs capacités à établir des règles limitant les incertitudes réciproques et renforçant les jeux coopératifs.

4. Le réseau ne se maintient que grâce à une ascèse morale portée par chacun et sur la capacité des individus à être lucides, responsables et authentiques. Ces qualités reposent sur un libre choix individuel et peuvent caractériser le "moteur" humain du réseau. Mais la question est de comment transmettre ces valeurs.
5. Le réseau s'appuie sur des processus échappant à la volonté, et dont les sujets ne peuvent que difficilement avoir conscience. Dans ce cadre, on range le processus d'identification à un leader charismatique et les mécanismes de défense contre l'angoisse et la solitude (de la décision).
6. La conception la plus récente repose sur l'importance croissante donnée à la qualité, aux délais et à la valeur d'usage des produits ou services du point de vue du "client". D'où l'importance donnée à la diversité des activités et à la résolution des problèmes à la base. L'ancienne hiérarchie intervient dans ce cadre sous forme de soutien, d'accompagnement et d'évaluation et le travail de groupe (ou communautaire) est privilégié. La coopération horizontale accompagne ces processus et l'émergence des réseaux en est un indicateur important. Tous les acteurs participent à la gestion des aléas, à la résolution des défauts de qualité, et à la mise en œuvre de changements organisationnels.

### **L'apport de l'économie solidaire :**

On pourrait rapprocher les nouvelles acceptions des réseaux de celle d'économie solidaire qui souhaite réconcilier initiative et solidarité, notions toujours opposées par le capitalisme classique pour lequel l'entreprise a les clefs de l'initiative et du profit, le social mettant en œuvre les solidarités et le partage. L'économie solidaire se veut démocratique et privilégie le développement d'initiatives contribuant à la fois au renforcement de la cohésion sociale et à la création d'emplois. Les projets sont l'œuvre de ceux qui les conçoivent. Le rôle des "autorités" et des experts devient un rôle d'accompagnement, de soutien et de mise en œuvre de conditions et d'environnements favorables à la réalisation du projet.

## **5. Les fonctions nécessaires à un réseau**

L'expérience montre que le développement et la pérennisation d'un réseau reposent sur l'organisation et l'articulation autour d'un certain nombre de fonctions et sur une préparation longue et minutieuse.

### **La coordination :**

C'est une fonction coûteuse qui doit dépasser le simple secrétariat et qui inclut la régulation et la médiation des patients et de leur entourage, l'harmonisation des pratiques des professionnels et la réflexion stratégique sur le développement, l'évolution du réseau et sur les autres outils en fonction d'un environnement et d'un territoire donnés. Pour Nadine BLANCHARD (65), "un acteur ne s'engage dans un processus de coordination que s'il identifie un enjeu... et un gain potentiel, lié à la recomposition des relations inter-institutionnelles locales qu'ouvre la coordination". Il y a un enjeu de pouvoir et de visibilité, de reconnaissance de la légitimité de chacun d'où découle un positionnement qui doit être clair pour tous. La coordination aide à construire le bien commun, une pratique partagée et collective, et laisse aux acteurs une maîtrise des changements. Cela passe par un travail de négociation et de communication et aussi d'accroissement de la compétence des différents acteurs. Cela implique une adhésion des acteurs, mais aussi de leur institution en fonction de cette méthode de travail. D'où une définition de la coordination qui est : "le résultat d'un processus de négociation devant aboutir à l'élaboration d'une norme collective et d'un bien supérieur commun". Pour M. JAFFRE, de la CPAM du Morbihan, "cette coordination évalue a priori les possibilités de blocage et les capacités de consensus et de partage du pouvoir. Elle est un préalable à une bonne mutualisation des moyens".

Cette fonction n'est pas rémunérée, pour les libéraux, dans le cadre du paiement à l'acte. Mais l'État a financé avec l'assurance maladie des postes de coordonnateurs, ce qui a pu aider à les identifier clairement.

### **La formation des professionnels :**

Souvent à l'origine des réseaux, le souci de la formation continue et de l'amélioration des pratiques devient dans ces réseaux, rapidement transdisciplinaire et transprofessionnel pour permettre à chacun d'utiliser et de partager les compétences des autres. C'est un outil majeur d'amélioration de la qualité de l'accompagnement du patient et de sa trajectoire. La formation doit être spécifique et ajustée aux objectifs du réseau.

### **La communication :**

Entre professionnels, elle passe par la formalisation ou non de liaisons interhumaines informatiques et de protocoles. Le partage de l'information, des connaissances et des doutes avant une décision est un facteur fort de solidité et de solidarité du réseau. "Elle aide à la mise à plat des problèmes avant l'action et aide à préparer les décideurs et les décisions" selon M. JAFFRE. Elle doit privilégier le contact interhumain direct et les échanges entre structures lorsque c'est possible.

Des professionnels vers les patients et les institutions : la communication vis à vis de l'utilisateur doit lui permettre de comprendre le réseau (visibilité, transparence, accessibilité des structures) et d'identifier les meilleurs choix personnels individuels. Le dossier individuel du patient relève de cette démarche,

dans le respect de la déontologie professionnelle et de la liberté individuelle. La communication doit donc aider à son éducation, grâce à une information adaptée à la culture et aux problèmes de l'individu.

Elle doit s'accompagner de principes éthiques qui conditionnent la solidité du réseau et qui se traduisent par le respect d'une charte des droits et devoirs des membres du réseau.

Enfin, une bonne communication initiale conditionne souvent la réussite de tout un programme ou d'un nouveau réseau.

### **La recherche de financements pérennes :**

Le législateur et les financeurs ont permis plusieurs pistes de financement :

- Par des conventions soumises à l'agrément des ARH en application du code de la santé publique.
- Par recours à des crédits État en application des circulaires, avec ouverture d'une approche par pathologie technique ou population.
- Par des subventions en prenant un statut associatif.
- Par l'appui direct d'institutions mettant des moyens et locaux à disposition, voire du personnel.
- Par des conventions avec la caisse locale d'assurance maladie dans un cadre expérimental et de dérogation assorti de modalités d'évaluation médico-économique.
- Dans le cadre d'un soutien de démarche par les services déconcentrés dès l'instant où un cahier des charges est présenté, avec des objectifs et une évaluation.
- Enfin, avec une aide, pour les professionnels libéraux, grâce au fonds d'aide à la qualité des soins de la ville.

Ces démarches pourraient inspirer les caisses néo-calédoniennes ou la future CSU.

### **Le suivi et l'évaluation :**

Selon la circulaire du 25 novembre 1999, c'est un point important, et obligatoire pour le financement État, avec surtout, pour certains types de réseaux :

- La phase d'analyse des besoins de la population dans une aire géographique donnée. Ce doit être l'initialisation du réseau. Elle est suivie d'une phase d'analyse des pratiques et des résultats du réseau.
- Une évaluation interne périodique avec des indicateurs appropriés et définis a priori qui permet d'en confirmer l'utilité et l'efficacité, pour réaliser les ajustements nécessaires et tenter d'éviter les pièges. Dans ce cadre, les échanges d'expérience entre réseaux sont importants.
- Celle-ci doit être doublée d'une évaluation externe des moyens mis en œuvre et des résultats atteints en termes d'efficacité sanitaire, d'efficacité économique et surtout de satisfaction des usagers.
- Un responsable de suivi et d'évaluation doit être clairement identifié et la réalisation d'un guide méthodologique est prévue par le ministère.

## **6. Typologie des réseaux**

### **Les réseaux inter établissements**

Ils sont fixés par conventions et soumis à l'agrément du directeur de l'ARH. Ils seront susceptibles d'accréditation. S'y rattachent les réseaux de prise en charge de l'urgence entre SAMU et établissements, les réseaux de l'urgence périnatale entre structures ainsi que les réseaux de prise en charge des cancers. Ils n'intéressent pas pour l'instant la Nouvelle Calédonie mais sont une piste de développement pour la coopération entre les établissements privés et publics.

### **Les réseaux thématiques purs**

Réseaux nés à l'hôpital dont le but est la transmission d'un savoir faire en intra hospitalier puis vers la ville dès lors que le patient retourne dans son milieu. On y rattache les réseaux de prise en charge de la douleur, des soins palliatifs ou de maladies chroniques comme le diabète ainsi que certains réseaux périnataux et du cancer. Ces réseaux sont plus centrés sur les professionnels que sur les patients, et ils desservent des aires territoriales variées, fonction de leur thème. Ils sont articulés assez aisément avec les réseaux de proximité.

De tels réseaux existent en Nouvelle Calédonie autour du thème de l'insuffisance rénale aiguë, par exemple, créé en 1991, et dont l'intérêt était justifié par le coût énorme de la prise en charge de cette pathologie ainsi que sur les inconvénients pour les usagers et leurs caisses d'une prise en charge

centralisée à Nouméa. Ce réseau, grâce à la formation des professionnels puis des patients, et avec l'implantation d'antennes de dialyse allégée délocalisées a permis la mise en œuvre d'une prise en charge de proximité dont l'impact reste encore à évaluer.

### **Les réseaux de santé de proximité**

Ils se sont souvent montés spontanément à partir d'initiatives individuelles parfois anciennes, pour la prise en compte d'une pathologie complexe ou d'une population difficile. Ils peuvent être lancés par tout acteur du champ sanitaire et social, ce qui peut en favoriser la pluridisciplinarité réelle. Pour garder leur dynamisme, ces réseaux doivent répondre aux principales fonctions énoncées au chapitre précédent. En particulier quant à la possibilité pour chaque membre d'améliorer le dispositif lorsqu'il identifie une procédure ou une technique qui permettrait d'améliorer la réponse offerte par le réseau à l'utilisateur et aux professionnels impliqués.

Ce type de réseau semble correspondre aux besoins de la Nouvelle Calédonie, avec cependant des déclinaisons propres dont les modalités restent à affiner. En particulier, il doit être tenu compte de la très petite taille des communautés de l'intérieur de la Grande Terre et des îles, et de leur isolement. Dans ce cadre, les modèles communautaires tenant compte des repères existants et des modes de financements associatifs ou solidaires semblent pertinents.

### **Les réseaux expérimentaux**

Ils ont pour objet de vérifier la viabilité de formes d'exercices fondées sur la prise en charge globale des assurés, au plan des soins et de la prévention sans oublier l'accompagnement social et humain et de s'assurer de la pertinence médico-économique du réseau. Ils impliquent l'identification de modes de rémunération nouveaux. Ils ne concernent pas pour l'instant notre territoire mais pourront fournir peut-être plus tard quelques modèles susceptibles d'avancer la réflexion chez nous.

## **7. Éléments constitutifs du cahier des charges d'un réseau.**

- Un statut juridique.

- Des objectifs communs à tous les membres sur la prise en charge globale, l'articulation des prises en charge, la qualité recherchée et l'optimisation de l'efficience.
- Le champ du réseau avec le thème fédérateur, le territoire géographique de compétence, et les rapports ou la concurrence avec d'autres réseaux voisins.
- L'organisation et la composition : pluriprofessionnelle, le nombre de professionnels nécessaires, avec une charte de qualité.
- Les moyens mis en œuvre : coordination, formation continue, sécurité des échanges d'information, éthique...
- Le cadre de communication et le support éventuel d'une institution locale importante.
- Le financement.
- La place des usagers qui, de patients au début, doivent devenir des usagers sujets de droit puis des partenaires participant aux décisions et orientations selon leurs besoins.
- Moyens mis en place pour le suivi et l'évaluation des actions du réseau dont les coopérations avec une structure de soutien spécialisée. Cette action conditionne le financement par l'État.

## **8. Résumé de quelques problèmes rencontrés dans la mise en œuvre des réseaux en pratique.**

### **Les constats de l'assurance maladie :**

Pour l'assurance maladie, les résultats observés restent globalement peu importants. Ce constat vient des résultats constatés et d'un certain nombre d'obstacles identifiés.

### Les résultats :

- Peu de réseaux sont efficaces et remplissent totalement leurs objectifs. Il existe trop peu d'évaluations médico-économiques fiables.
- Leur pérennité est trop liée à un petit nombre d'individus porteurs de projets et la qualité du service fourni aux usagers est donc inconstante dans le temps, avec des altérations lorsque ces meneurs s'en vont.

Les obstacles : Ils rendent difficile le développement de réseaux et partenariats efficaces. Il s'agit d'obstacles culturels, institutionnels, juridiques et financiers. :

- Culturels : Les acteurs montrent de grandes difficultés à changer leurs habitudes et à développer des approches de travail communes inter institutionnelles. Ainsi, les réseaux conventionnés de l'hôpital oublient-ils trop souvent la dimension "ville". Olivier BORRAZ et Patricia LONCLE ont bien montré "la difficulté qu'ont eu les acteurs hospitaliers, dans le cas du VIH, à se remettre en cause devant un problème questionnant l'expertise légitime des praticiens hospitaliers et la "centralité" de l'hôpital public, obligeant à réfléchir à des approches communes entre techniciens d'horizons divers, et à reconnaître des légitimités différentes et fortement exprimées par les acteurs externes à l'hôpital". Les problèmes de concurrence, de prestige et d'hégémonie sur des territoires et des domaines, peuvent aussi, soit retarder la mise en œuvre, soit induire une centralisation excessive autour d'un pôle du réseau au détriment du travail transversal nécessaire à ce réseau. Enfin, la liberté d'installation et la culture des praticiens libéraux ne sont pas toujours propices au bon fonctionnement et à la participation à des réseaux.
- Institutionnels : Le système de santé demeure, par certains côtés, trop archaïque et certaines de ses habitudes de fonctionnement selon la CRAM Rhône-Alpes, ralentissent l'implantation des réseaux et l'organisation d'une réponse cohérente et rationnelle aux besoins : manque de lisibilité des champs de compétence et des démarches administratives pour créer des réseaux, multiplication des niveaux, structures, logiques institutionnelles et autres procédures, avec des institutions qui se cantonnent dans leur champ étroit de compétences. Ainsi, des projets expérimentaux, relevant des caisses, sont-ils ignorés par les services de l'État et l'ARH. Enfin, pour certains, les réseaux introduisent un niveau de confusion supplémentaire qui vient grever un système déjà fort compliqué.
- Juridiques : Le libre choix du patient, son droit à l'information, et le respect du secret médical, la détermination des responsabilités dans le cadre d'un travail en réseau ou filière obligent à une extrême prudence et donc à un encadrement juridique très complexe propre à rebuter

beaucoup d'initiatives et de porteurs de projets. La complexité juridique est souvent jugée "affolante".

- Financiers : Les procédures d'accès aux financements sont un vrai parcours du combattant, réservé au seuls initiés et aux professionnels de la chose, au détriment des initiatives et de la souplesse. Bon indicateur, les accès aux réseaux par la procédure SOUBIE sont longs et trop rarement demandés. Le cloisonnement des enveloppes financières est aussi un obstacle majeur à un financement simplifié et homogène des activités en réseau. Il existe ainsi, selon Georges POUTOUT (82), une contradiction entre le fait de promouvoir des formes d'organisation transversales de la santé et le fait de conserver le cadre juridique préexistant et des logiques financières verticales". Ainsi, l'étanchéité entre les quatre types de dépenses composant l'ONDAM peut-elle générer des difficultés : par exemple des libéraux intervenant dans un réseau hospitalier ne peuvent-ils être rémunérés pour leur activité de coordination ou le temps passé à définir des protocoles. Il est nécessaire de contourner ces statuts particuliers pour trouver une juste rémunération des praticiens.
  
- Enfin, les critiques parlent aussi d'un phénomène de mode et doutent de la pérennité de cette mode.

### **Et quelques obstacles sociologiques :**

Pour Anselm STRAUSS (83), la négociation est le cadre essentiel de la mise en partenariat préalable à la formation du réseau. En matière de santé, elle doit viser à atténuer les luttes de pouvoir entre acteurs et structures en recentrant les activités autour du patient, d'où des arrangements permanents autour d'objectifs communs.

Les modèles professionnels publics traditionnels à la française, caractérisés par la notion de corps, de hiérarchie et d'exercice exclusif n'aident pas à cette négociation.

Les modèles collégiaux du milieu libéral avec la défense des intérêts du groupe d'égaux, à libre choix, et dans un contexte de monopole d'exercice pour les médecins, n'aident pas à faire des concessions, dès lors que l'intérêt du groupe est menacé. En ce sens, l'exercice lié au diplôme exclusivement et au droit d'exercice qu'il procure avec prééminence sur l'expérience de terrain peut gêner les acteurs non "diplômés" ; du milieu associatif par exemple si on ne fait pas l'effort de leur donner la parole, comme cela a pu être fait dans le cadre des États Généraux de la Santé (EGS) où des Programmes Régionaux de Santé (PRS).

Les "monopoles" légaux de certains acteurs, et la hiérarchisation des métiers rendent aussi difficile la mise en œuvre de partenariats.

Les modèles libéraux et individualistes où la rareté fait le prix des interventions et où le colloque et le choix individuels priment sur tout n'aident pas non plus.

## **9. Les évolutions envisagées**

Les réseaux pourraient à l'avenir être suscités pour la correction de carences ou de dysfonctionnements locaux avérés, et il est suggéré aux services délocalisés dans le cadre de la circulaire 99-648 d'impulser de telles initiatives. Cette participation devant se faire dans le respect des procédures horizontales d'animation et de décision au sein du réseau. Il est évident qu'en Nouvelle Calédonie, le rôle d'un pôle inter administrations sanitaires tel qu'il est envisagé serait de soutenir et d'accompagner les démarches des membres de réseaux qui répondraient à des éléments de qualité prédéfinis dans un cahier des charges.

Une formalisation dans un cadre unifié, et des pré requis au démarrage seraient ainsi utiles : charte des droits et devoirs des adhérents, analyse des besoins, formations transprofessionnelles. Le contenu devrait rapidement intégrer la recherche d'articulations avec les collectivités territoriales, les hôpitaux, ainsi que l'expression des usagers et l'articulation avec les priorités de santé publique, telles que définies par les Conférences Régionales de Santé.

**Le cahier des charges du réseau**, selon les recommandations du ministère, devrait donc intégrer dans le cadre d'un dossier unique, pour les réseaux par pathologies ou correspondant à des populations à risques les éléments donnés en annexe 8.

**Il faudrait cependant concilier ces éléments avec la réactivité et la souplesse que nécessitent la réponse aux besoins des usagers et aux demandes des initiateurs de projets.**

En particulier, des modalités de financement global des réseaux doivent être envisagées, avec attribution d'une enveloppe spécifique dans l'ONDAM, ainsi que le suggère le groupe de travail national sur les réseaux animé par F. de PAILLERET. Une structure unique et délocalisée pourrait ainsi instruire les dossiers de réseaux selon des procédures standardisées et simplifiées.

Le rôle des services de l'État est donc d'accompagner et de guider chaque réseau dans ses démarches constitutives puis de fonctionnement pour aider à:

- Passer de réseaux centrés sur les professionnels à des réseaux centrés sur les patients.
- Passer de réseaux mono pathologiques à des réseaux polyvalents de proximité.
- Passer du soin à la prévention puis à des actions intégrées de santé publique.

## **ANNEXE N° 9**

### **Les centres de naissance.**

- Une expérimentation de "centres de naissance" est en cours. Dans un souci de sécurité, sur recommandation du ministère, ces centres sont placés à proximité d'un plateau obstétrical. Cinq lieux dont Malestroit (Morbihan) font l'objet de cette étude qui démedicalise l'accouchement avec une bascule rapide (J1-J2) de la patiente vers son domicile et un suivi par deux sages-femmes libérales référentes assurant toute la prise en charge. Contrairement aux structures traditionnelles, la mère n'est donc pas "ballottée" entre personnel de suivi et personnels de garde présents lors de l'accouchement : le suivi est personnalisé et les deux sages-femmes s'engagent, à elles deux, à assurer toutes les étapes. Sur le modèle des Pays-Bas, une prestation d'aide familiale serait à l'étude.

## **ANNEXE N° 10**

### **Expérience communautaire de YATE.**

Partie d'un cas de leptospirose mortelle qui a mobilisé la population de cette commune de 2 000 habitants et de 1 400 km<sup>2</sup> de la Côte Est, avec seulement une bande côtière étroite et peuplée de 60 km, elle a amené la succession des séquences suivantes, en deux ans :

- Séances d'informations collectives sur l'hygiène et la prévention.
- Action de nettoyage du village par une équipe de jeunes pilotés par un chef coutumier motivé, et aidée par la DPASS (décharges sauvages, zones d'habitation, carcasses de véhicules, plages ...). 6 tonnes ramassées.
- Constitution de décharges contrôlées et d'un réseau local de ramassage des ordures avec des poubelles décorées.
- Action dans les écoles pour la création et la décoration de sites "poubelles", sponsoring et participation du secteur privé commercial et d'INCO (usine de Nickel de Goro Grand Sud).
- Création d'une entreprise par des jeunes (artisanat de bois), associée au projet et qui a réalisé le cadre des poubelles.
- Création de points pique-nique par ces jeunes (tables, signalisations).
- Centre de formation à l'informatique (postes, internet, formation des jeunes) animé par le médecin.
- Constitution d'une association développant des partenariats avec la province et en contact avec des entreprises privées, la mairie, des référents techniques et des formateurs, et animée par le médecin dans un premier temps, puis par un chef coutumier. Cette association est représentative de la population.

Des exemples de partenariat autour de l'enfant : les staffs parentalité à Paris.

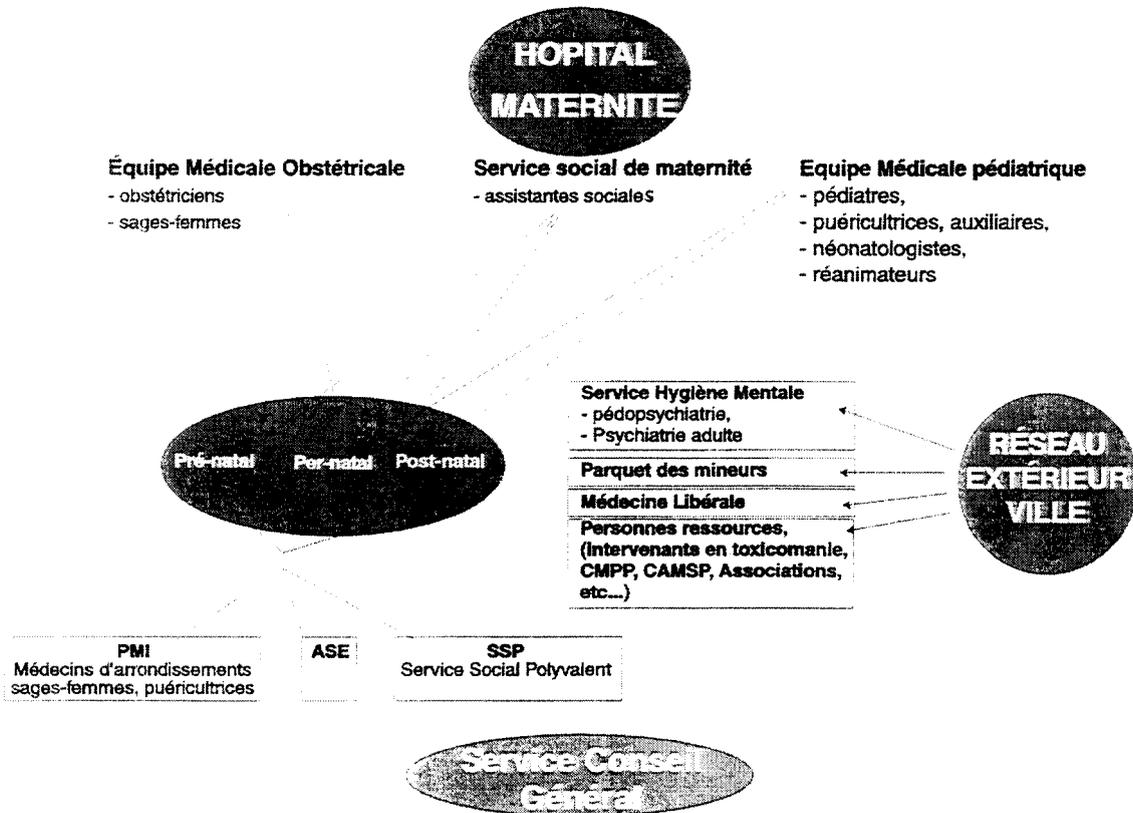
**Staffs de Parentalité**

**OBJECTIFS** : Dépister dès la période prénatale les situations à haut risque médicosychosocial dans une perspective de prévention précoce.

En effet, il ne s'agit pas de stigmatiser, mais d'anticiper pour une meilleure prévention.

**MOYENS** : Une rencontre mensuelle dans les maternités de l' AP-HP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris) autour de ces situations identifiées principalement par les maternités mais aussi par les différents acteurs du réseau pour :

- \* approfondir la connaissance du cas et partager les informations.
- \* définir les orientations et le rôle de chaque professionnel auprès de ces familles.



**CONCLUSION**

Après un an de travail, on constate :

- \* La mobilisation progressive des équipes.
- \* L'intégration, de façon plus efficace, par les équipes hospitalières des ressources des réseaux de proximité.

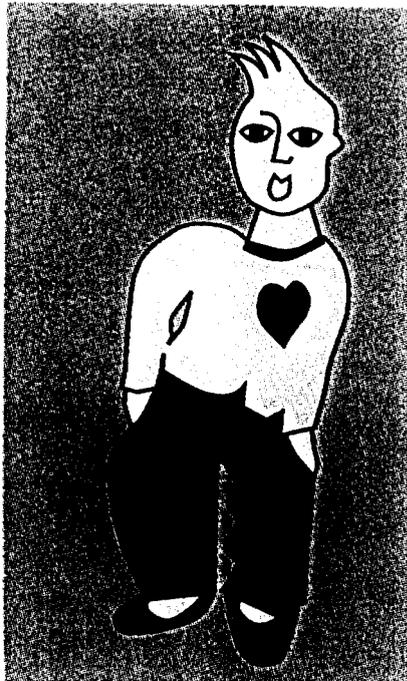
Ceci a permis l'apparition d'un véritable partenariat où chaque institution apprend à connaître et à "respecter" le savoir faire des autres professionnels.

1062

## AUTOUR DE L'ENFANT

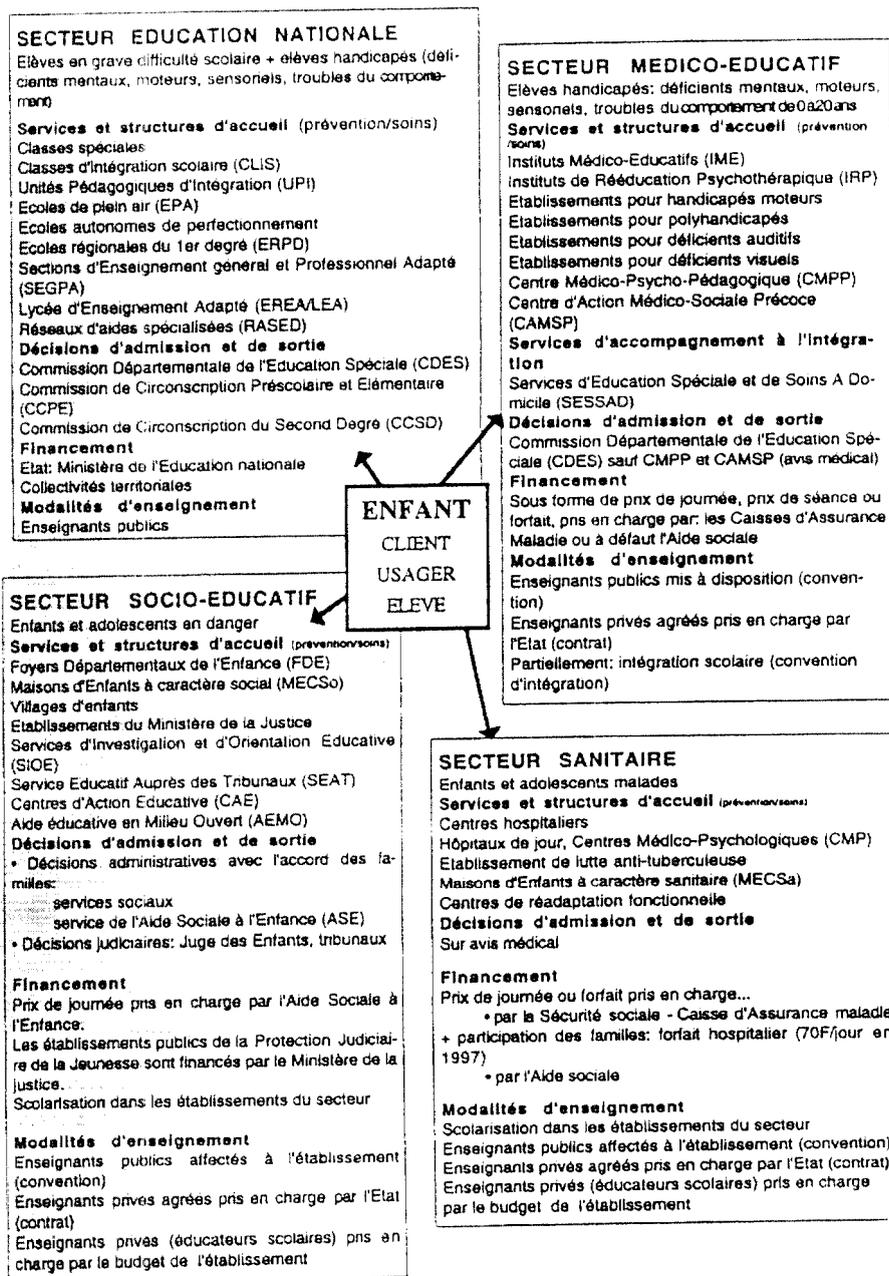
- L'Hôpital
- Les Pédopsychiatres
- Les écoles
- La P.M.I.
- Assistante Sociale Secteur
- Service de Justice

- Kinésithérapeute libéral
- La famille
- Les Grands Parents
- Orthophoniste libéral



- Médecin de famille
- Pédiatre
- Médecin Spécialistes
- Assistante Maternelle
- Halte Garderie
- Crèche
- Taxi
- V.S.L.
- C.D.E.S.
- C.R.A.M.
- Mutuelle
- C.A.F.
- Les Responsables Administratifs de nos Services Sociaux
- Les Parents
- Les Frères et Soeurs
- A.S.E.
- Etablissements spécialisés
- C.A.M.S.P.
- C.C.P.E.
- S.E.S.S.A.D.
- C.M.P.
- Les Associations
- Les Equipes des Réseaux

## Tableau synoptique des secteurs s'occupant de l'enfance handicapée.

Figure 6  
Tableau synoptique

Source: JEANNE P., LAURENT J.P., *Enfants et adolescents handicapés. Pour une prise en charge qualitative du handicap*. ESF éditeur, 1998.

## II - EVALUATION DE L'ADEQUATION DE L'EQUIPEMENT AUX BESOINS DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE

L'évaluation de l'équipement du secteur « mère/enfant » de Nouvelle-Calédonie doit prendre en compte :

### ① L'isolement de certaines populations

C'est pourquoi on ne peut pas se permettre d'utiliser les critères de seuil d'activité retenus en Métropole. Des normes de qualité ont tout de même été fixées par niveau de soins pour améliorer la sécurité des prises en charge.

En effet, les structures de proximité sont indispensables pour garantir l'accès aux soins.

### ② Un taux de natalité élevé mais en baisse sensible depuis 10 ans

- 21,3 ‰ en 1998 ( alors qu'il est de 12,6 ‰ en Métropole ), avec des variations d'une province à l'autre : 26,6 (Iles) - 24 (Nord) - 20,9 (Sud).

### ③ Un taux de fécondité élevé

- les femmes de 15 à 49 ans soit 51 963 en 1996 et 52 857 en 2000 représentent 54% de la population féminine.
- le taux de fécondité est de 2,8 enfants ( par femme de cette classe d'âge ).

### ④ Un nombre d'accouchements relativement stable sur les dernières années

4 300 / an environ :

- naissances 1994 ⇒ 4 205 en maternité sur 4 296
- naissances 1995 ⇒ 4 208 en maternité sur 4 284
- naissances 1998 ⇒ 4 331 en maternité sur 4 393
- naissances 1999 ⇒ 4 271 en maternité sur 4 316 nés vivants en 1999
- 1998 : entrées en néonatalogie : 629 + 189 en soins intensifs soit 18,88 % des naissances

### → Plus de 80% des accouchements ont lieu à Nouméa

En 1998, 81% des accouchements enregistrés dans les maternités (accouchements hors structures de santé exclus) ont lieu au centre hospitalier territorial et dans les cliniques de Nouméa dont 58% au centre hospitalier territorial (contre 62,5% en 1975).

L'aire d'attraction des maternités de Nouméa ne se limite pas aux résidents de la province Sud : en effet, le nombre d'accouchements est bien supérieur au nombre de naissances des seules femmes domiciliées en province Sud qui représentent 63,5 % des naissances (2 725 naissances en 1995 pour 4 284 naissances enregistrées en 1995).

En effet,

→ pour la province Nord : 467 naissances sur 975 naissances nées de femmes domiciliées dans le Nord ont lieu en province Nord, soit 58%.

→ pour la province des Iles Loyauté : sur 574 naissances, nées de femmes domiciliées aux Iles, 240 naissances, soit 41%, ont eu lieu dans les centres médicaux des Iles ( 60% environ, accouchent donc à Nouméa ).

Pour l'obstétrique, on considère qu'il convient d'ajouter, au nombre des accouchements, activité principale des services, 30% d'activité supplémentaire liée aux problèmes de grossesse.

Au vu des statistiques relatives au nombre d'accouchements réalisés, au nombre de journées d'hospitalisation, les taux d'occupation et la durée moyenne de séjour par maternité (CHT, circonscriptions médicales, cliniques), les capacités disponibles sont suffisantes.

*En retenant les paramètres précités (soit : DMS  $\Rightarrow$  5,3 jours et T.O  $\Rightarrow$  75%), les besoins théoriques seraient actuellement de 120 lits.*

*Cependant, il est indispensable de maintenir le potentiel de 132 lits dont on dispose pour répondre à la nécessité de conserver des lits d'obstétrique de niveau 2 et 3 en nombre supérieur aux besoins, vu la dispersion des populations sur la Grande Terre et l'insularité de la province des Iles Loyauté.*

### III - SCHEMA D'ORGANISATION

#### 1°/ Les objectifs spécifiques

- ① Développer les compétences maternelles, par la préparation à l'accouchement, la promotion de l'allaitement maternel, de la planification familiale, de l'éducation sanitaire.
- ② Assurer le suivi de toute grossesse en favorisant l'accès aux soins par la gratuité des visites prénatales.
- ③ Dépister et prendre en charge les grossesses à risques périnataux élevés, liés à la mère, à la pathologie de la grossesse, au fœtus lui-même.
- ④ Apprécier, en temps utile, la capacité de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.
- ⑤ Créer un réseau de prise en charge intégrant l'intra et l'extra-hospitalier ainsi que les structures provinciales de protection maternelle et infantile.
- ⑥ Réaliser des programmes assurant la continuité des soins entre les différents intervenants et les différentes structures provinciales de protection maternelle et infantile.

## 2°/ Les obstacles à l'amélioration du niveau de suivi des femmes enceintes

Les principales difficultés, pour une meilleure prise en charge de la maternité, sont :

- l'inégal accès aux soins des femmes enceintes, selon leur régime de couverture sociale, qui ne permet pas un suivi correct des grossesses et a de grosses conséquences sur : la morbidité infantile et l'engorgement des services de néonatalogie.
- l'absence de gynécologue-obstétricien dans les provinces.

## 3°/ Le schéma

Dans le schéma de l'obstétrique, il est proposé une organisation de l'offre de soins, en cinq niveaux, allant du plus élémentaire au plus sophistiqué, les activités et équipements en matériels et personnels sont définis par niveau et avec précision dans le schéma.

→ le niveau 1 n'assure que des activités préventives avant la naissance (éducation sanitaire, promotion de l'allaitement maternel, préparation à l'accouchement, dépistage, suivi des grossesses, soins des suites de couche).

→ le niveau 2 peut pratiquer des accouchements sans complication : c'est à ce niveau que se situent certains centres médicaux répondant aux normes posés par le schéma :

- centre médical de Bourail,
- centre médical de l'Île des Pins,
- centre médical de Canala,
- centres médicaux de Wé, Tadine, Ouloup...,
- hôpital de Poindimié.

→ le niveau 3 assure ce que peut faire le niveau 2, mais il doit pouvoir prendre en charge :

- des accouchements complexes avec mise en oeuvre de dispositifs anesthésiques,
  - des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière en couveuse ou en berceau
- ↳ doit obéir aux normes techniques en personnel et matériel fixées par le schéma.

→ le niveau 4, dit niveau de référence, concerne les cliniques privées de Nouméa et le centre hospitalier territorial.

→ le niveau 5, est assuré par le centre hospitalier territorial.

Les recommandations techniques, spécifiques à chaque niveau de soins, sont définies très précisément dans le schéma.

Dans le domaine de l'obstétrique, on retiendra comme grands axes :

→ une décentralisation des actions dont les provinces sont responsables : prévention et P.M.I avec, si nécessaire, l'appui des spécialistes du centre hospitalier territorial (néonatalogie).

→ une concentration des moyens les plus techniques sur Nouméa pour un meilleur rapport coût / efficacité

Ainsi, il serait souhaitable de regrouper, pour améliorer la qualité des soins, sur un seul site, l'activité réalisée à Nouméa dans les deux cliniques privées; si elles ne réalisent pas cet objectif, les maternités qui effectuent moins de 800 à 900 accouchements par an seront, des structures de niveau 3 et devront répondre, aux critères exigés pour ce niveau.

Pour le centre hospitalier territorial, un service de garde sur place 24/24 heures doit être assuré par :

- les médecins gynécologues-obstétriciens,
- *les anesthésistes affectés à l'obstétrique (+ astreinte de l'équipe de bloc),*
- les pédiatres.

Toutes les recommandations techniques devront être mises en place dans un délai de 3 ans, suivant la publication du texte.



## CERTIFICAT D'ISSUE DE GROSSESSE DES ENFANTS MORT-NÉS ET DES ITG A PARTIR DE 22 SA

Les mentions portées sur ce certificat sont couvertes par le secret médical et ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celles de la Santé Publique.

Nom de la mère

Prénom de la mère

N° de CIG :

Code de l'établissement :

Date de naissance :

Heure de naissance : heures minutes

Naissance : unique  jumeaux  autres 

Pour les naissances multiples, rang de naissance :

Nombre d'enfants vivant au foyer  
avant la nouvelle naissance :

## Mère

Date de naissance de la mère :

Lieu du domicile :

Pays de naissance de la mère :

Profession de la mère :

Exercée pendant la grossesse : non  oui Couverture sociale : non  oui Parent isolé : non  oui 

## Antécédents obstétricaux

Nombre de grossesse(s) antérieure(s)

Nombre d'accouchement(s) antérieur(s)

Nombre de prématuré(s) (&lt; 37 SA)

Nombre d'hypotrophie(s)

Nombre de mort-né(s)

Nombre d'enfant(s) né(s) vivant(s)

puis décédé(s)

Antécédent d'HTA gravidique non  oui Antécédent de césarienne non  oui Autres antécédents obstétricaux non  oui 

Si oui, lesquels :

Antécédents maternels pouvant  
retentir sur la grossessenon  oui 

Si oui, lesquels :

## Grossesse actuelle

Date de début de grossesse

1<sup>er</sup> consultation au :(quel que soit le lieu) 1<sup>er</sup> trimestre 2<sup>e</sup> trimestre 3<sup>e</sup> trimestre Nombre de consultations prénatales  
(y compris en dehors de la maternité)Nombre de consultations par l'équipe  
réalisant l'accouchement

## Sérologies initiales

Immunisée  \*Non immunisée  Non faite Toxoplasmose Rubéole Positive  Négative  Non faite Syphilis Ag HBs 

## Pathologies de la grossesse

Anémie (Hb < 10 g/100 ml) non  oui Menace d'accouchement prématuré non  oui 

(si hospitalisation)

HTA simple (mini  $\geq$  9 ; maxi  $\geq$  14) non  oui HTA et protéinurie non  oui Eclampsie non  oui HRP non  oui Diabète gestationnel non  oui Séroconversion de toxoplasmose non  oui Autres pathologies non  oui 

Si oui, lesquelles :

Hospitalisation pendant la grossesse : non  oui   
(y compris en hospitalisation à domicile)

Si oui, nombre de jours

Motif(s) :

Transfert maternel antépartum : non  oui 

Si oui, établissement d'origine :

## Surveillance du fœtus

Nombre total d'échographies

Échographie de datation non  oui 

Si oui, à quel terme (SA)

Échographie morphologique non  oui 

Si oui, à quel terme (SA)

Malformations

dépistées à l'échographie non  oui 

Si oui, à quel terme (SA)

RCIU dépisté à l'échographie non  oui 

Si oui, à quel terme (SA)

Amniocentèse non  oui 

Si anomalies, lesquelles :

ITG non  oui 

Si oui, motifs :

## Accouchement

En dehors d'une maternité non  oui Début du travail spontané non  oui Déclenchement non  oui Si oui, motif médical non  oui 

Si oui, lequel :

Présentation : sommet  siège  autre Analgésie : aucune  péridurale anesthésie générale  autre Souffrance fœtale aiguë non  oui Hyperthermie pendant le travail non  oui 

(≥ 38°5)

Rupture prématurée des membranes

plus de 12 h avant l'accouchement non  oui Si oui, durée : de 12 h à 24 h non  oui 

si &gt; 24 h, nombre de jours

## Mode d'accouchement

Voie basse : spontanée  instrumentale Césarienne : programmée  non programmée avant le travail  pendant le travail Si césarienne : cause maternelle  cause fœtale 

Motif(s) :

Transfert maternel post-partum : non  oui 

Si oui, motif(s) :

Lieu : réanimation  chirurgie  autre 

## État de l'enfant

Sexe : masculin  féminin 

Terme (SA) Poids (g)

Taille (cm) PC (cm)

Mort avant le travail non  oui Mort pendant le travail non  oui Mort-né sans précision non  oui Né vivant et mort en salle de travail non  oui Malformations ou anomalies non  oui 

Si oui, lesquelles :

## PARTIE MÉDICALE

Les mentions portées sur ce certificat sont couvertes par le secret médical et ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celle de la Santé Publique

**MÈRE**

Pays de naissance de la mère : \_\_\_\_\_

Couverture sociale : NON  OUI

**ANTECÉDENTS MATERNELS**

**Antécédents obstétricaux**

Nombre de grossesse(s) antérieure(s) : \_\_\_\_\_

Nombre d'accouchement(s) antérieur(s) : \_\_\_\_\_

Nombre de prématuré(s) (< 37 SA) : \_\_\_\_\_

Nombre d'hypotrophie(s) : \_\_\_\_\_

Nombre de mort-né(s) : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfant(s) né(s) vivant(s) puis décédé(s) : \_\_\_\_\_

Antécédent d'HTA gravidique : NON  OUI

Antécédent de césarienne : NON  OUI

Autres antécédents obstétricaux : \_\_\_\_\_

- Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autres antécédents maternels pouvant retentir sur la grossesse** : NON  OUI

- Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**GROSSESSE ACTUELLE**

Date de début de grossesse : \_\_\_\_\_

1<sup>er</sup> consultation au : 1<sup>er</sup> trimestre

(quel que soit le lieu) 2<sup>e</sup> trimestre

3<sup>e</sup> trimestre

Nombre total de consultations prénatales (y compris en dehors de la maternité) : \_\_\_\_\_

Nombre de consultations par l'équipe réalisant l'accouchement : \_\_\_\_\_

Préparation à l'accouchement : NON  OUI

**Sérologies initiales**

Immunitisée	Non immunisée	Non faite
Toxoplasmose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéole <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recherche de l'antigène HBs : NON  OUI

- Si oui, positive  négative

**GROSSESSE ACTUELLE**

**Pathologies de la grossesse**

Anémie (Hb < 10 g/100 ml) : NON  OUI

Menace d'accouchement prématuré (si hospitalisation) : NON  OUI

HTA simple (mini ≥ 9 ; maxi ≥ 14) : NON  OUI

HTA et protéinurie : NON  OUI

Eclampsie : NON  OUI

HRP : NON  OUI

Diabète gestationnel : NON  OUI

Retard de croissance intra utérin (ayant nécessité une hospitalisation) : NON  OUI

Séroconversion de toxoplasmosse : NON  OUI

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

- Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hospitalisation pendant la grossesse : (y compris en hospitalisation à domicile) : NON  OUI

- Si oui, nombre de jours : \_\_\_\_\_

- Motif(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Transfert maternel antepartum : NON  OUI

- Si oui, établissement d'origine : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SURVEILLANCE DU FETUS**

Nombre total d'échographies : \_\_\_\_\_

Échographie de datation : NON  OUI

- Si oui, à quel terme (SA) : \_\_\_\_\_

Échographie morphologique : NON  OUI

- Si oui, à quel terme (SA) : \_\_\_\_\_

Malformations dépistées à l'échographie : \_\_\_\_\_

- Si oui, à quel terme (SA) : \_\_\_\_\_

Retard de croissance intra-utérin dépisté à l'échographie : \_\_\_\_\_

- Si oui, à quel terme (SA) : \_\_\_\_\_

Amniocentèse : NON  OUI

- Si anormales, lesquelles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ACCOCHEMENT**

En dehors d'une maternité : NON  OUI

Début du travail spontané : NON  OUI

Déclenchement : \_\_\_\_\_

- Si oui, motif médical : \_\_\_\_\_

- Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PARTIE MÉDICALE

**ACCOCHEMENT**

Présentation : sommet  siège  autre

Analgésie : aucune  péridurale

anesthésie générale  autre

Souffrance fœtale aiguë (ayant nécessité une intervention obstétricale ou pédiatrique) : NON  OUI

Hyperthermie pendant le travail (≥ 38°5) : NON  OUI

Rupture prématurée des membranes plus de 12 h avant l'accouchement : NON  OUI

- Si oui, durée : de 12 h à 24 h : NON  OUI

si > 24 h, nombre de jours : \_\_\_\_\_

**Mode d'accouchement**

Voie basse : spontanée  opératoire

Césarienne : programmée  non programmée

avant le travail  pendant le travail

- Si césarienne : cause maternelle  cause fœtale

- Motif(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Transfert maternel post-partum : NON  OUI

- Si oui, motif(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Lieu : réanimation  chirurgie  autre

\_\_\_\_\_

**ÉTAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE**

Pour les naissances multiples, rang de naissance : \_\_\_\_\_

Age gestationnel en semaines d'aménorrhée : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ grammes

Périmètre crânien : \_\_\_\_\_ cm

Taille : \_\_\_\_\_ cm

Segment supérieur : \_\_\_\_\_ cm

Apgar à 1 mn : \_\_\_\_\_

Apgar à 5 mn : \_\_\_\_\_

A-t-il justifié des gestes de réanimation : NON  OUI

Transfert de l'enfant : NON  OUI

- Si oui : immédiat  secondaire

- Service et adresse du lieu de transfert : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Motif(s) du transfert : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTRES INFORMATIONS**

Allaitement au sein : NON  OUI

Vaccination par le BCG contre l'hépatite B : \_\_\_\_\_

Test de l'audition : \_\_\_\_\_

Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PATHOLOGIE DE LA PREMIÈRE SEMAINE**

NON  OUI

Si oui :

Insuffisance respiratoire grave : A

Etat neurologique anormal : B

Infection : C

Urgence chirurgicale : D

Ictère avec exsanguino-transfusion : E

Autres (précisez) : Y

\_\_\_\_\_

**ANOMALIES CONGÉNITALES**

NON  OUI

Si oui :

Polymalformation : F

Spina bifida : G

Fente labio-palatine : H

Atresie de l'œsophage : I

Réduction de membres ou absence d'éléments osseux : J

Omphalocèle, gastroschisis : K

Hydrocéphalie : \_\_\_\_\_ suspectée  certaine  L

Malformation cardiaque : \_\_\_\_\_ M

Trisomie 21 : \_\_\_\_\_ N

Hanches luxables : \_\_\_\_\_ O

Autres malformations (précisez) : \_\_\_\_\_ Z

\_\_\_\_\_

**ENFANT DÉCÉDÉ**

Age au moment du décès : \_\_\_\_\_ en jours ou heures

**CONCLUSION**

L'enfant nécessite-t-il une surveillance médicale particulière : NON  OUI

Précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 1ère partie

-----

### Liste des questions posées par l'évaluation des réseaux périnataux

#### A/ Description des lieux d'accouchements, de naissances et de transferts

##### A-1/ Qui accouche où?

➤ *description des lieux d'accouchements :*

[2] - des femmes présentant en début de grossesse une situation ou des antécédents pouvant justifier d'une surveillance particulière (caractéristiques socio-démographiques, antécédents médicaux, antécédents obstétricaux) ;

[1] - des femmes ayant présenté au cours de la grossesse une pathologie maternelle pouvant justifier d'une orientation ou d'un transfert maternel, d'après la charte du réseau (cf. plus loin, liste minimale de pathologies "traceuses") ;

[1] - des femmes à bas risque selon leur zone d'habitation (femmes ne présentant pas une situation socio-démographique à risque, ni aucun antécédent médical ou obstétrical en début de grossesse).

##### A-2/ Qui naît où?

➤ *description des lieux de naissances :*

[1] - des nouveau-nés selon leur âge gestationnel et leur poids ;

[1] - des nouveau-nés présentant à la naissance une pathologie susceptible d'être diagnostiquée en cours de grossesse et pouvant donc justifier d'une orientation ou d'un transfert in utero d'après la charte du réseau (cf plus loin, liste minimale de pathologies "traceuses").

##### A-3/ Qui est orientée\* ou transférée en cours ou en fin de grossesse et où ?

➤ *dénombrement et description des caractéristiques :*

[1] - des femmes enceintes effectivement orientées ou transférées vers un centre spécialisé, pour quel motif et à quel âge gestationnel ;

[2] - vers quel type de maternité, avec retour ou non vers la maternité d'origine.

##### A-4/ Qui est transféré (ou muté\*\*) en post-partum et où ?

➤ *dénombrement et description des caractéristiques :*

[1] - des femmes transférées (ou mutées) en post-partum

[1] - où (niveau de soins)?

[2] - pour quel motif ?

[1] - des nouveau-nés transférés (ou mutés) à la naissance

[1] - où (réanimation, médecine néonatale, chirurgie..)

[2] - pour quel motif ?

[1] - en cas de "transfert", quelles sont les conditions et durée du transport du nouveau-né et quel est l'état du nouveau-né à l'arrivée ?

[2] - en cas de "mutation intra-muros" ou "extra-muros", quel est l'état du nouveau-né à l'arrivée ?

---

\*femme enceinte "orientée" ou "référée" = adressée en consultation ou pour hospitalisation (à partir de son domicile)

femme enceinte "transférée" = hospitalisée dans un établissement et transférée dans un autre établissement (sens administratif du mot "transfert")

\*\* femme ou nouveau-né "muté" = hospitalisé dans un autre service du même établissement

(mutation "intra-muros" = même bâtiment ; "mutation extra-muros" = autre bâtiment)

femme ou nouveau-né "transféré" = hospitalisé dans un autre service d'un autre établissement

## B/ Evaluation du fonctionnement du réseau

**B-1/ Les recommandations incluses dans la charte du réseau, concernant les femmes et les nouveau-nés à risque, sont-elles suivies (cf. plus loin, listes minimales de pathologies "traceuses"). ?**

- *Parmi les femmes présentant une complication de la grossesse pouvant nécessiter une surveillance particulière (indication "maternelle"),*
  - [2] - combien ont été orientées en cours de grossesse, vers un centre spécialisé adapté à leur niveau de risque ?
  - [1] - combien ont été transférées vers un autre établissement pour accoucher?
    - [1] - âge gestationnel au transfert et délai entre transfert et accouchement
  - [1] - combien ont été transférées (ou mutées) en post-partum ?
- *Parmi les femmes dont les fœtus présentaient une suspicion de malformation ("indication fœtale"),*
  - [2] - combien ont été adressées pour consultation de diagnostic anténatal dans l'établissement ?
  - [2] - combien ont été orientées pour consultation dans un centre de diagnostic anténatal hors établissement ?
- *Parmi les femmes dont les fœtus présentaient un risque de complications à la naissance pouvant nécessiter un transfert néonatal ("indication fœtale"),*
  - [1] - combien ont été orientées ou transférées pour hospitalisation, en cours de grossesse ?
    - [1] - âge gestationnel au transfert et délai entre transfert et accouchement
  - [1] - combien ont été transférées en cours de travail ?
  - [1] - combien de leurs nouveau-nés ont été transférés (ou mutés) en postnatal ?

**B.2/ La nouvelle organisation en réseau a-t-elle un effet bénéfique global en terme de rapprochement mère/enfant ?**

- *Parmi l'ensemble des mères ayant accouché au sein du Réseau,*
  - [2] - combien d'enfants ont fait l'objet d'une mutation intra-muros (proximité mère/enfant) ?
  - [2] - combien d'enfants ont fait l'objet d'une mutation extra-muros ?
  - [1] - combien d'enfants ont été transférés ?
- *Parmi l'ensemble des enfants transférés à partir d'une maternité du Réseau,*
  - [1] - combien de leurs mères ont été transférées en post-partum pour rapprochement mère/enfant ?

**B.3/ Les recommandations incluses dans la charte du Réseau, concernant les femmes à bas risque, sont-elles suivies ?**

- *Parmi les femmes accouchant dans la ou les maternités de niveau III du Réseau,*
  - [1] - combien étaient à bas risque et résidaient hors proximité géographique ?
- *Parmi les femmes à bas risque demandant leur inscription pour accoucher en niveau III, et résidant hors proximité géographique,*
  - [2] - combien ont été orientées en début de grossesse vers leur maternité de proximité ?  
(cf. définition des femmes "à bas risque" plus haut)

#### **B.4/ La capacité d'accueil du réseau correspond-elle aux besoins de la population ?**

➤ *Parmi les femmes pour lesquelles un transfert anténatal était souhaité,*

[1] - dans combien de cas y a-t-il eu impossibilité de transfert ?

[1] - si oui, raison ?

[1] - dans combien de cas y a-t-il eu orientation ou transfert hors réseau (en obstétrique ou en réanimation adulte) ?

[1] - si oui, raison ?

➤ *Parmi les enfants nécessitant un transfert postnatal,*

[1] - dans combien de cas y a-t-il eu transfert hors réseau (en réanimation ou médecine néonatale)

[1] - si oui, raison ?

#### **B.5/ Le fonctionnement en Réseau est-il bien accepté par les usagers ?**

➤ *Information des femmes :*

[2] - y a-t-il eu diffusion d'informations aux femmes enceintes en début de grossesse, pour présenter le fonctionnement en réseau ?

➤ *Acceptation par les usagers :*

[2] - y a-t-il eu refus d'orientation ou transfert anténatal (en début, en cours ou en fin de grossesse) de la part des patientes ou de leur famille ?

[2] - si oui, raison ?

(à analyser en fonction de l'existence d'une information en début de grossesse)

➤ *Satisfaction des usagers :*

[2] - une enquête a-t-elle été mise en place pour apprécier la satisfaction des patientes sur la prise en charge obstétricale en réseau ?

[2] - si oui, quel en a été le résultat ?

#### **B.6/ Les issues défavorables (décès, complications graves) au niveau maternel ou fœtal/néonatal, auraient-elles pu être évitées grâce à un meilleur fonctionnement du réseau ?**

➤ *Analyse qualitative des dossiers, au cas par cas*

[1] Mise en évidence d'éventuels dysfonctionnements en termes d'organisation des services, de respect des recommandations pour la pratique clinique, et des protocoles etc..

[1] Recherche des causes évitables de ces issues défavorables.

### **C/ Evaluation des résultats du fonctionnement en Réseau sur la santé des mères et des enfants**

#### **C.1/Le fonctionnement en Réseau s'est-il accompagné d'un effet bénéfique sur la santé des mères ?**

➤ *Description de l'état de santé des femmes ayant accouché au sein du Réseau*

[1] - à la sortie de la maternité

[1] - à la sortie du service de transfert, en cas de transfert (ou mutation) en post-partum

➤ *Parmi les femmes ayant accouché au sein du Réseau,*

[2] - combien ont été ré-hospitalisées dans les 42 jours suivant l'accouchement.

[1] - combien sont décédées dans les 42 jours suivant l'accouchement

## C.2/ Le fonctionnement en Réseau s'est-il accompagné d'un effet bénéfique sur l'état de santé des nouveau-nés ?

### ➤ *Description de l'état de santé des enfants nés dans les maternités du Réseau*

#### ▪ *à la naissance :*

[1] - décès anténatals (MFIU, perpartum, et IMG < et >= 22 sem]

[1] - décès en salle de naissance

[1] - morbidité néonatale

#### ▪ *à la sortie de la maternité*

[1] - décès en maternité

[2] - état nécessitant une surveillance particulière

#### ▪ *à la sortie du service de transfert (ou mutation)*

[1] - décès néonatals précoces (< 8j) et tardifs [8 à 28 j)

[2] - état nécessitant une surveillance particulière

#### ▪ *au 28ème jour de vie chez les nouveau-nés transférés (ou mutés) encore présents à cette date (dans le service de réanimation)*

[1] - assistance respiratoire et/ou nutritionnelle

#### ▪ *à 36 semaines d'âge gestationnel chez les n.nés transférés encore présents à cette date*

[1] - assistance respiratoire et/ou nutritionnelle

### ➤ *Parmi les enfants nés au sein du réseau, non hospitalisés à la naissance,*

[1] - combien ont été hospitalisés dans le mois suivant leur naissance ?

### ➤ *Parmi les enfants hospitalisés à la naissance en réanimation ou médecine néonatale,*

[2] - quel est leur état de santé, évalué à 5 ans

## D/ Evaluation des pratiques au sein du réseau

Une liste succincte a été retenue, dans un 1<sup>er</sup> temps, à titre d'exemple, en s'appuyant sur les principaux indicateurs de pratiques et sur les problèmes posés actuellement ; celle-ci pourra être aménagée et développée au sein de chaque réseau.

### D.1/ Surveillance de certaines pratiques

#### ➤ *en maternité :*

[1] - amniocentèse

[1] - corticothérapie anténatale chez les n.nés d'AG<33 sem.

[1] - césarienne chez les femmes à bas risque (primipares/multipares)

[1] - césarienne chez les femmes accouchant < 33 sem.

[1] - antibiothérapie perpartum et/ou postnatale, selon le niveau de risque des patientes

#### ➤ *en service de réanimation ou médecine néonatale*

[1] - durée de ventilation en cas de détresse respiratoire, selon l'âge gestationnel

[1] - durée d'assistance nutritionnelle, selon l'âge gestationnel

à compléter selon les centres d'intérêt spécifiques à chaque réseau

### D.2/ Les pratiques observées au sein des maternités, à partir de leur tableau de bord, s'écartent-elles de celles observées au niveau du Réseau périnatal,

#### ➤ *Etablissement du tableau de bord d'activité au sein du Réseau*

[1] - confrontation des pratiques d'un établissement (tableau de bord individuel) à celles observées dans l'ensemble du réseau

[2] - après prise en compte du niveau de soins de l'établissement ?

[2] - confrontation des pratiques d'un établissement face à certaines situations cliniques, à celles observées dans l'ensemble du réseau