



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Hélène KILLIAN
Le 21 mai 2007

HAD OBSTETRICALE :

INDICATIONS ET ROLES DU MEDECIN GENERALISTE

Examineurs de la thèse :

M. Philippe JUDLIN	Professeur	Président
M. Gilbert THIBAUT	Professeur	Juge
M. Michel SCHWEITZER	Professeur	Juge
M. Khaled MERDASSI	Docteur en médecine	Juge
M. Christian HULLEN	Docteur en médecine	Codirecteur
Mme Sophie SIEGRIST	Docteur en médecine	Codirectrice

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-doyen de la Faculté de médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

M. le Docteur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONWICKI

M. le Professeur Marc BRAUN

M. le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ- Professeur Jean- Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD –René HERBEUVAL –Gabriel FAIVRE- Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER- Paul SADOUL –Raoul SENAULT

Jacques LACOSTE –Jean BEURET- Jean SOMMELET –Pierre HARTEMANN- Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX- Michel MANCIAUX –Paul GUILLEMIN- Pierre PAYSAN

Jean-Claude BURDIN- Claude CHARDOT- Jean- Bernard DUREUX –Jean DUHEILLE –Jean- Pierre GRILLIAT

Jean-Marie GILGENKRANTZ- Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE -Robert FRISCH- Michel PIERSON –Jacques ROBERT

Gérard DEBRY –Pierre TRIDON –Michel WAYOFF –François CHERRIER –Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS –Claude PERRIN –Jean PREVOT –Jean FLOQUET

Alain GAUCHER –Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE –Michel DUC –Claude HURIET- Pierre LANDES

Alain LARCAN –Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER –René- Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ –Jacques LECLERE –Francine NABET – Jacques BORELLY

Michel RENARD –Jean- Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE - Adrien DUPREZ Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS- Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU- Antoine RASPILLER –Gilbert THIBAUT

Michel WEBER –Gérard FIEVE –Daniel SCHMITT –Colette VIDAILHET- Alain BERTRAND –Hubert GERARD

Jean-Pierre NICOLAS –Francis PENIN –Michel STRICKER –Daniel BURNEL - Michel VIDAILHET –Claude BURLET-

Jean-Pierre DELAGOUTTE- Jean-Pierre MAILLET –Danièle SOMMELET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES –
PRATICIENS HOSPITALIERS**
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENESE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLLAND –Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES- Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER- Professeur Pierre-Yves MARIE – Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD- Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Philippe HAOUZI

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIENE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie-virologie ;hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIOWSKI

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ;maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTE PUBLIQUE ,ENVIRONNEMENT ET SOCIETE

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie ,économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANCON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU -NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques , informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCEROLOGIE , GENETIQUE HEMATOLOGIE,IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT- Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGOGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ;radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN- Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie- Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHESIE,REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMANN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul- Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre –Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LEVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ;pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET REEDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean- Pierre KAHN – Professeur Raymond SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTEO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE- Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean- Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique ,reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT -Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Loic MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean- Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER- Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN- Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MEDECINE INTERNE, GERIATRIE ET CHIRURGIE GENERALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET –VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORVIN – Professeur Pierre KAMINSKI

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL- Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

**54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE
, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN-

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER- Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT- Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN- Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN -Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TETE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE- Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIO-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET CHIMIE MOLECULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENESE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON- Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR - Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

3^{ème} sous-section : (Biologie cellulaire)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIENE
1^{ère} sous-section : (Bactériologie-virologie ;hygiène hospitalière)
Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD
2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTE PUBLIQUE ,ENVIRONNEMENT ET SOCIETE
1^{ère} sous-section : (Epidémiologie ,économie de la santé et prévention)
Docteur François ALLA – Docteur Alexis HAUTEMANIERE
4^{ème} sous-section : (Biostatistiques , informatique médicale et technologies de communication)
Docteur Pierre GALLOIS

47^{ème} Section : CANCEROLOGIE , GENETIQUE HEMATOLOGIE,IMMUNOLOGIE
1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)
Docteur François SCHOONEMAN
3^{ème} sous-section : (Immunologie)
Docteur Anne KENNEL
4^{ème} sous-section : (Génétique)
Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHESIE,REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE**
1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)
Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT
3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ;pharmacologie clinique)
Docteur Françoise LAPICQUE- Docteur Marie- José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET REEDUCATION**
5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)
Docteur Jean PAYSAN

**54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,GYNECOLOGIE -OBSTETRIQUE
,ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**
5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAITRES DE CONFERENCES

5^{ème} Section : SCIENCE ECONOMIE GENERALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} Section : SCIENCES DU MEDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} Section : MECANIQUE,GENIE MECANIQUE ET GENIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GENIE INFORMATIQUE, AUTOMATISME ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean RESTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS- Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé Membre

67^{ème} Section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ECOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} Section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Michel BOULANGE- Professeur Alain LARCAN- Professeur Michel WAYOFF- Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ- Professeur Adrien DUPREZ- Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT- Professeur Jean- Pierre GRILLIAT- Professeur Philippe CANTON- Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT- Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean FLOQUET- Professeur Claude CHARDOT- Professeur Michel PIERSON- Professeur Alain BERTRAND
Professeur Daniel BURNEL- Professeur Jean-Pierre NICOLAS- Professeur Michel VIDAILHET-
Professeur Michel LAXENAIRE- Professeur Claude PERRIN- Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ-
Professeur Simone GILGENKRANTZ- Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A.BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston(U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence(U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO(1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T.STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville(U.S.A)
Professeur Harry J.BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H.SCHIEBLER (1989)
Institute d'Anatomie de Wurtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Reseach Institute for Mathematical Sciences de Kyoto(JAPON)
Professeur Ralph GRASBECK(1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville(VIETNAM)*

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur P. JUDLIN,

Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse et d'en présider le jury.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu consacrer du temps afin de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre considération et de notre vive gratitude.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur G.THIBAUT,

Professeur de Médecine Interne.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu juger notre travail.

Nous avons été sensible durant nos études à vos compétences humaines et médicales.

Soyez assuré de notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur M.SCHWEITZER,

Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique,

Nous vous remercions de participer à notre jury de thèse.

Nous avons pu apprécier tout au long de nos études votre sens clinique et la richesse de votre enseignement.

Nous vous témoignons ici notre grande reconnaissance.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur K. MERDASSI,

Praticien Hospitalier à la Clinique Claude Bernard à Metz

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie du jury.

Vous nous avez permis la réalisation de l'enquête qui est le cœur de cette thèse , en acceptant la consultation de vos dossiers et de ceux de vos confrères.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre grande reconnaissance.

A notre Juge et Codirecteur de Thèse,

Monsieur le Docteur C. HULLEN,

Médecin anesthésiste, coordinateur de l'HADAM.

Nous avons apprécié votre humanité et votre investissement pour la promotion de l'Hospitalisation A Domicile de la région de Metz.

Nous vous remercions d'avoir accepté de co-diriger cette thèse et vous prions de trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

A notre Juge et Codirectrice de Thèse,

Madame le Docteur S. SIEGRIST,

Médecin Généraliste, présidente d'HADLOR

Nous vous remercions d'avoir accepté de co-diriger cette thèse.

Nous avons été touchée par votre disponibilité , votre sens de l' écoute ,votre dynamisme et votre ouverture d'esprit.

Soyez-en vivement remerciée.

Qu'ils soient également remerciés pour leur aide :

Monsieur le Docteur WELTER, chef du service de Gynéco-obstétrique de Bel-Air (CHR Metz – Thionville)

Monsieur le Docteur ADAMY, praticien hospitalier à la Clinique Cl. Bernard (Metz)

Madame le Docteur GHARAVI, praticien hospitalier à la Clinique Cl. Bernard (Metz)

Monsieur LEXA, directeur des soins de la Clinique Cl. Bernard (Metz)

Madame WALLERICH, cadre sage-femme à Bel-Air (CHR Metz – Thionville)

Madame SWAELES, cadre sage-femme à la Clinique Cl. Bernard (Metz)

Madame KUBIAK, sage-femme à la Clinique Cl. Bernard (Metz)

A mes parents, qui m'ont soutenue tout au long de mes études.

A mon frère.

A mes amis.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me sont demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leur famille dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTIONp.20

PREMIERE PARTIE : DEVELOPPEMENT DE L'HAD.....p.30

CHAPITRE I : HISTORIQUE DE L'HAD DE 1791 à 2003

CHAPITRE II : CIRCULAIRE DU 4 FEVRIER 2004

**DEUXIEME PARTIE : EXPERIENCES FRANCAISES ET
ETRANGERES EN MATIERE D'HAD OBSTETRICALE ...p.58**

CHAPITRE I : EN FRANCE

1. Situation de la périnatalité en France
2. Expériences en région parisienne
 - 2.1 Santé Service
 - 2.2 HAD de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
 - 2.2.1 Composition de l'HAD
 - 2.2.2 Fonctionnement de l' HAD
 - 2.2.3 Activités de l'HAD
 - 2.3 HAD du centre hospitalier de Poissy
3. Expériences en province
 - 3.1 Service de l'HAD de Grenoble
 - 3.1.1 Composition de l'HAD
 - 3.1.2 Fonctionnement de l' HAD
 - 3.1.3 Activités de l'HAD
 - 3.2 Service de l'HAD de Thionville
 - 3.2.1 Historique de l'HAD
 - 3.2.2 Organisation de l' HAD
 - 3.2.3 Activités de l'HAD
 - 3.2.4 Avantages de cette structure
 - 3.2.5 Faiblesses de cette structure

CHAPITRE II : A L'ETRANGER

1. Expériences canadiennes
2. Expériences néerlandaises
 - 2.1 Parcours obstétrical d'une femme enceinte
 - 2.2 La *VIL* ou l'essai d'une rationalisation des moyens mis en œuvre pour le suivi d'une grossesse et de l'accouchement
 - 2.2.1 Historique de la création de la *VIL*
 - 3.1.2 Présentation de la *VIL*
 - 2.3 Contraintes imposées aux différents acteurs de la périnatalité
 - 2.4 Limites de l'organisation de la périnatalité

TROISIEME PARTIE : ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE D'UNE MAP DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER AU COURS DE L'ANNEE 2005p.58

CHAPITRE I : CONTEXTE DE L'ENQUETE

1. Introduction
2. Buts

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

CHAPITRE III : RESULTATS

1. Données socio-économiques
 - 1.1 Statut marital
 - 1.2 Niveau socio-économique
 - 1.3 Lieu d'habitation
 - 1.4 Age moyen de la future mère
2. Renseignements sur la grossesse
 - 2.1 Motifs d'entrée
 - 2.2 Age de la grossesse à l'entrée
 - 2.3 Suivi de la grossesse
 - 2.4 Parités et nombre de gestations
3. Les actes diagnostiques
4. Les actes thérapeutiques
 - 4.1 La tocolyse
 - 4.2 L'antibiothérapie
 - 4.3 La corticothérapie
 - 4.4 La durée moyenne des différents traitements
5. Les données de l'accouchement
6. Le suivi après l'accouchement
7. La durée moyenne de séjour

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSIONp.78

CHAPITRE I : ANALYSE DES DONNEES DE L'ENQUETE

1. Données socio-économiques
2. Renseignements sur la grossesse
3. Les actes diagnostiques
4. Les actes thérapeutiques
 - 4.1 Indications d'une tocolyse
 - 4.2 Agents tocolytiques employés
 - 4.3 Exemples de protocoles tocolytiques utilisés
 - 4.3.1 Protocole du CHU de Reims (1999)
 - 4.3.2 Protocole des Hôpitaux civils de Strasbourg (2001)
 - 4.3.3 Protocole de la Maternité Régionale A. Pinard de Nancy (2005)
 - 4.4 Durée du traitement tocolytique
 - 4.5 L'antibiothérapie
 - 4.6 La corticothérapie
5. Les données de l'accouchement
6. Le suivi après l'accouchement
7. La durée moyenne de séjour
8. A quelles femmes proposer l'HAD ?

CHAPITRE II : DE L'UTILITE DE L'HAD OBSTETRICALE

1. Un enrichissement de l'offre de soins
2. Un renforcement du partenariat ville/hôpital
3. Une nouvelle politique de tarification
4. Une opportunité pour les médecins généralistes

CONCLUSIONp.96

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....p.98

ANNEXES.....p.103

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le concept d'Hospitalisation A Domicile (HAD) est apparu dans le paysage sanitaire français il y a presque soixante ans. Le développement de ce mode d'hospitalisation n'est cependant pas à la hauteur des espoirs qu'il a suscités.

La création de places d'HAD soumise au « taux de change », la non-connaissance voire la méfiance de certains professionnels de santé à son égard, un cadre législatif flou et parfois incohérent ainsi que des modalités de financement complexes et peu attractives ont entravé son essor [10]. Ces obstacles expliquent la faible proportion de ce mode de prise en charge dans le système de soins français, pourtant largement plébiscité par les usagers et leur famille.

Au cours des cinq dernières années, une nouvelle impulsion politique a été donnée en faveur de l'augmentation des places d'HAD et d'une répartition plus homogène sur le territoire.

Initialement, l'HAD s'est développée autour des soins destinés aux patients atteints de cancer ou en soins palliatifs [25]. Si ces soins représentent encore aujourd'hui le premier motif d'admission, l'HAD prend en charge bien d'autres pathologies. Elle connaît ainsi un engouement croissant en périnatalité.

Le dernier rapport sur la périnatalité, établi en 2003 à la demande du Professeur Mattéi, met en évidence une véritable crise de ce secteur. Ce domaine a subi de profondes modifications ces dernières années : plans de restructurations des maternités, diminution des effectifs des professionnels de santé et risques médico- légaux de plus en plus élevés.

Dans ce contexte, il nous a paru intéressant d'étudier ce que l' HAD pourrait apporter à ce secteur où la pression d'hospitalisation est très forte.

Nous nous attacherons dans une première partie à présenter le développement de l' HAD de sa création jusqu'à nos jours. Dans une seconde partie, nous nous intéresserons aux expériences d' HAD obstétricales menées en France, au Canada et aux Pays-Bas. Puis, nous présenterons une enquête réalisée dans un établissement hospitalier, portant sur la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré au cours de l'année 2005, afin de savoir quelle proportion de patientes auraient pu bénéficier de l'HAD si elle avait existé. Enfin, nous discuterons de la viabilité du projet d'HAD obstétrical, en particulier dans le domaine des pathologies de l'ante-partum.

PREMIERE PARTIE
DEVELOPPEMENT DE L'HAD

CHAPITRE I

HISTORIQUE DE L'HAD
DE 1791 à 2003

CHAPITRE I : HISTORIQUE DE L'HAD DE 1791 A 2003

- 1791 : Création des Comités de mendicité par le duc de La Rochefoucauld – Liancourt, président du comité de mendicité de l'Assemblée Constituante. Première évocation de soins à domicile.
- 1928 : Premier essai d' HAD en France par trois pédiatres, les docteurs Huter, Lesne et Guignon, qui émettent le vœu qu'au niveau de l'Assistance Publique soit créé un corps d'infirmiers chargés d'assurer les soins à domicile et l'éducation sanitaire des familles.
- 1945 : Fondation du “ Home Heath Care “ par le professeur Bluestone, à New – York pour désengorger son service hospitalier et pallier au défaut d'assurance sociale obligatoire pour les patients américains .Ce concept allie les soins infirmiers à domicile et les ressources de la médecine hospitalière. Cependant, la médecine libérale est exclue de ce concept.
- 1951 : Première expérience française de l' HAD menée par les professeurs Siguier et Estève, à l'hôpital Tenon à Paris, calquée sur le modèle américain du professeur Bluestone .
- 1957 : Création de la première structure d' HAD par l' Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP), qui s'appuie aussi sur la médecine libérale.
- 1958 : Création d' une seconde structure d' HAD en France, à Puteaux, par le professeur Denoix. Il s'agit d'une association de statut privé à but non lucratif, destinée dans un premier temps à des malades atteints de cancer.
- 1961 : Signature de la première convention relative à l' HAD entre l' Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et la Caisse Régionale de Sécurité Sociale de Paris.
- 1967 : Création de structures d' HAD en dehors de Paris (Bagnole, Amiens)
- 1968 – 1972 : Création des HAD de Bayonne, Dijon, Courbevoie, Nice et Lyon Calluire.
- 1970 : Reconnaissance officielle de l' HAD comme un prolongement à domicile de l'activité hospitalière.

- 1973 : Création de la Fédération Nationale des Etablissements d' Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), regroupant les différents organismes d'HAD publics ou privés à but non lucratif.
- 1974 : Circulaire de la Caisse Nationale d' Assurance Maladie des Travailleurs Salariés qui définit la Convention Nationale de l' HAD en précisant les conditions d'admission et de fonctionnement des structures d' HAD.
- 1978 : Première expérience d' HAD obstétricale en France pour les grossesses pathologiques sur l'initiative du professeur Sureau de la Clinique Baudelocque à Paris.
- 1979 : Loi étendant l'autorisation d'ouverture d'un service d' HAD aux structures privées.
- 1986 : Circulaire du Ministère des Affaires sociales et sanitaires précisant que « l' HAD recouvre l'ensemble des soins médicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Ces soins doivent être d'un nombre et d'une intensité comparables à ceux susceptibles de lui être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle. » Cette circulaire a aussi le mérite d'ouvrir l' HAD à presque tous les malades, et ce même après une simple consultation en externe. Le seul secteur non concerné par ce texte est celui de la psychiatrie.
- 1991 : Reconnaissance officielle de l' HAD comme alternative à l'hospitalisation traditionnelle par une loi sur la réforme hospitalière.
- 1992 : Décret définissant et précisant le cadre législatif de l' HAD. L' HAD « a pour but d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée » et « les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés ». Ce texte introduit aussi des nouveautés comme la possibilité pour un médecin libéral de prescrire une HAD, l'obligation d'avoir un médecin coordinateur au sein de la structure, l'affirmation de la permanence et de la continuité des soins, la reconnaissance de l' HAD dans la carte sanitaire et la définition du taux de change.
- 2000 : Circulaire qui vise à mieux définir la place de l' HAD par rapport aux autres services de soins à domicile, en précisant les champs d' intervention de l' HAD , les types de soins délivrés et les modes de prise en charge (soins ponctuels , soins continus et réadaptation à domicile) .
- 2002 : Loi relative aux droits des malades qui valorise les réseaux de santé en les désignant comme mode d' organisation privilégié entre les professionnels , les établissements de santé , les institutions sociales ou médico – sociales et les usagers.

- 2003 : Suppression , par une loi du « taux de change », qui prévoyait que « les projets de structures alternatives à l' hospitalisation , situés dans une zone sanitaire dont les moyens excédentaires dans la ou les disciplines en cause peuvent être autorisés à condition d'être assortis d'une réduction de moyens d'hospitalisation » (article L 6122-3 du code de Santé Publique) . Ce texte permet aussi l'intégration des structures d'HAD dans les SROS.

CHAPITRE II

LA CIRCULAIRE DE FEVRIER 2004

CHAPITRE II : LA CIRCULAIRE DE 2004

Une nouvelle circulaire est émise par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, le 4 février 2004 (cf. annexe 1). Elle s'inscrit dans la droite ligne des recommandations de la circulaire de 2000. Le développement de l'HAD a l'obligation d'être intégré au SROS. Elle réaffirme le caractère généraliste et polyvalent de l'HAD tout en permettant aussi l'ouverture de lits « dédiés » à certaines activités particulières. Elle précise les missions et les modalités de prise en charge de l'HAD en général, mais aussi dans les domaines de la périnatalité, de la pédiatrie et de la psychiatrie.

L'HAD en périnatalité « s'adresse aux femmes et à leurs enfants, qui requièrent des soins coordonnés et un suivi pouvant justifier de l'intervention d'une sage-femme, d'une infirmière, d'une puéricultrice, d'un pédiatre, d'un gynécologue obstétricien ou d'un autre médecin spécialiste, d'un psychologue, d'un diététicien, d'une assistante sociale et autres acteurs tels que les masseurs kinésithérapeutes, et tout autre intervenant ».

« L'HAD s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge coordonnée avec les professionnels de santé libéraux, qu'ils soient ou non constitués en réseaux, les professionnels de santé des établissements de santé, des structures des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et/ou tout autre intervenant relevant du secteur social et/ou médico – social ».

Ce texte précise que l'HAD en obstétrique « doit prioritairement centrer ses activités sur l'ante et le post- partum pathologique ».

La prise en charge en ante-partum doit comporter « au moins trois visites à domicile par semaine d'un membre de l'équipe médicale ou soignante de l'HAD » et « au moins une visite quotidienne » pour le post-partum pathologique.

Pour l'ante-partum, « les indications d'une prise en charge en HAD sont les :

- ✓ pathologies associées non équilibrées ou en cours d'équilibration (ex : diabète, HTA)
- ✓ menaces d'accouchement prématuré
- ✓ grossesses multiples, placenta prævia asymptomatique
- ✓ antécédents de fausses couches à répétition ou antécédents de mort in utero
- ✓ antécédents pathologiques non obstétricaux nécessitant une surveillance adéquate
- ✓ retards de croissance intra-utérin
- ✓ nécessités d'un soutien psychologique et/ou social
- ✓ suivis para- cliniques difficilement compatibles avec une prise en charge exclusivement libérale »

Pour le post-partum pathologique, les indications d'une prise en charge en HAD sont des :

- ✓ pathologies relatives à la mère :
 - ♦ accouchements par césarienne nécessitant des soins
 - ♦ problèmes de cicatrisation
 - ♦ pathologies infectieuses ou à risques de compliquer le post-partum ou vasculaires systémiques
 - ♦ risque de dépression maternelle

- ♦ risque de décompensation d'un problème psychopathologique connu
 - ♦ grossesses pathologiques déjà prises en charge en ante-partum par l'HAD
- ✓ pathologies touchant la relation mère-enfant
 - ♦ mère ayant eu une grossesse multiple et nécessitant des conseils en puériculture
 - ♦ accompagnement de l'allaitement en cas de difficultés de mise en place et en l'absence de structure ou de professionnel de santé notamment libéral permettant de le prendre en charge
 - ♦ difficultés psychologiques e/ou sociales notamment en lien avec la PMI
 - ✓ surveillance pédiatrique
 - ♦ surveillance d'un ictère néonatal
 - ♦ sortie d'enfant qui n'a pas repris son poids de naissance, ou surveillance d'une courbe pondérale »

L'HAD peut aussi prendre en charge du post- partum non pathologique dans le cadre des sorties précoces de maternité s'il n'existe pas « de réseau (de sages- femmes libérales ou de PMI) ou de sages-femmes libérales en capacité de prendre en charge les patientes et leur enfant au domicile ».

L'hospitalisation à domicile est encore relativement peu développée en France. Près de 8000 places sont actuellement installées. Le chiffre de 15 000 doit être atteint en 2010. La répartition des structures d'HAD sur le territoire devient progressivement plus homogène, puisque seuls 10 départements en juin 2006, ne comptaient encore aucune place contre 52 en 1999. L'HAD est présente dans tous les DOM sauf à Mayotte.

**DEUXIEME PARTIE
EXPERIENCES FRANCAISES ET
ETRANGERES EN MATIERE D'HAD
OBSTETRICALE**

CHAPITRE I
EN FRANCE

1. SITUATION DE LA PERINATALITE EN FRANCE

En France, des progrès considérables ont été faits dans le domaine de mortalité infantile. Le taux de mortalité infantile est passé de 5 pour mille en 1995 à 4,4 pour mille en 2000. Cependant la mortalité maternelle reste élevée puisqu'on dénombre 10 décès maternels pour 1000 naissances vivantes. Ce chiffre place la France en queue du peloton des pays européens.

Les enquêtes nationales sur la périnatalité de 1995 et 1998 ainsi que le rapport Mattéi de septembre 2003 concluent tous à une crise de la périnatalité [5]. Cette crise est due à des facteurs divers tels que l'augmentation du nombre de naissances depuis 2000, une augmentation de la prématurité et de la grande prématurité, les restructurations des maternités, de la situation démographique des différents professionnels de santé intervenant dans ce domaine, des évolutions légales relatives à la responsabilité médicale et aux droits des patients.

Cette crise touche en premier lieu les usagers qui connaissent des difficultés dans la prise en charge des grossesses. Ainsi dans un sondage réalisé en juin 2003, 43 % des mères interrogées avouent avoir ressenti un manque de suivi en suites de couches et 68 % une mauvaise prise en charge du « baby blues » qui touche 10 à 15 % des femmes ayant accouché. Les femmes citent aussi une surcharge de travail dans les services de maternité, la multiplicité des interlocuteurs médicaux et paramédicaux, un manque de coordination et une surmédicalisation de l'accouchement [27].

En réponse à ces différentes problématiques, des décrets de 1998 ont décidé la création de réseaux inter – hospitaliers. Dans un premier temps, ces réseaux se sont surtout développés autour des transferts in – utero pour les grosses pathologiques. Secondairement, ils se sont occupés du suivi des grossesses et de la prise en charge des sorties précoces de maternité.

2. EXPERIENCES EN REGION PARISIENNE

En Ile de France, il existe quatre HAD spécialisées dans le domaine obstétrical :

- HAD du Centre Hospitalier de St Cloud (4 places)
- HAD du Centre Hospitalier de Neuilly – Courbevoie (10 places)
- HAD du Centre Hospitalier de Meaux (4 places)
- HAD du Centre Hospitalier de Poissy – St Germain (22 places)

Par ailleurs, d'autres HAD polyvalentes possèdent un pôle obstétrical (Santé Service, HAD de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, la Croix St Simon).

La plus grande partie de l'activité obstétricale de ces structures correspond à une prise en charge du post – partum. La proportion du post-partum varie entre 88 et 99,5% de l'activité selon les différentes structures.

Nous allons présenter les principales structures avec un peu plus de détails.

a. Santé service

Il s'agit d'un établissement de santé privé à but non lucratif. Le début de l'activité HAD obstétricale date de 1991.

Cette activité correspond surtout à la prise en charge du post-partum. En 2002, la prise en charge des pathologies de l'ante-partum représentait 0,24% des admissions en HAD obstétricale et 4,77% des jours d'hospitalisation dans cette activité concernent des grossesses à risque dont la moitié des menaces d'accouchement prématuré.

La durée moyenne des séjours est de cinq jours pour un accouchement spontané, de huit jours pour un accouchement par césarienne et de dix-sept jours pour la prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré.

Les prescripteurs de l'HAD obstétricale sont les médecins hospitaliers des services d'obstétrique des Centres Hospitaliers publics de Lagny, Villeneuve St Georges, Pontoise, Argenteuil et l'Hôpital Max Forestier de Nanterre.

Au sein de l'équipe HAD, on trouve une infirmière coordinatrice, des sages-femmes, un psychologue, une diététicienne mais aussi des aides ménagères.

b. HAD de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

Il s'agit d'un établissement de santé publique. L'activité HAD obstétricale a commencé en 1978 pour les pathologies de l'ante-partum et en 1987 pour celles du post-partum. Son territoire d'action s'étend sur Paris et 108 communes environnantes. L'HAD regroupe 14 maternités APHP et 3 maternités conventionnées (Bégin – Montreuil- IPP Brune).

maternités	type	activités
Robert Debré Necker Antoine Béclère Port- Royal St Vincent de Paul Montreuil IPP Brune	III	1500 accouchements dont 600 grossesses pathologiques réanimations néonatale et maternelle
Jean Verdier St Antoine Tenon Bichat Pitié Salpêtrière Rothschild Louis Mourier	II	1000 accouchements dont 400 grossesses pathologiques unité de néonatalogie de 6 à 8 lits
Beurjonc Lariboisière Jean Rostand Bégin	I	Accouchement à terme Nouveaux- nés eutrophiques

2.2.1 Composition de l'HAD

- Moyens humains

Le service d'HAD comprend :

- une sage-femme cadre supérieure
- une sage-femme cadre
- 10 sages-femmes
- 2 secrétaires pour l'ante-partum
- 2 secrétaires pour le post-partum

Les sages-femmes de l' HAD sont référentes pour deux ou trois maternités. Elles participent aux réunions des services dans les maternités et sont responsables de la transmission des données et de la prise en charge des femmes qu'elles suivent.

Par ailleurs, l'HAD travaille en partenariat avec 60 sages-femmes libérales. Chaque patiente suivie par l'HAD aura une visite obligatoirement réalisée par une sage-femme de l'HAD en début et en fin de l'HAD.

L'HAD met aussi à la disposition des patientes des services de kinésithérapie, de soins à domicile, de diététique, de psychologie, sociaux et d'aides ménagères.

- Moyens matériels

Pour mener à bien sa mission, l'HAD possède 10 cardiocardiographes gémeillaires ,12 cardiocardiographes simples, 21 télé monitorages ,12 appareils à tension dynamap (pour les patientes hypertendues), des appareils mesurant la glycémie (pour les patientes diabétiques) et 15 dopplers.

Chaque sage- femme est équipée d'un téléphone portable, d'une voiture de fonction (10 au total), d'un cardiocardiographe et d'un doppler.

Les examens biologiques sont réalisés à domicile par des infirmières.

Les médicaments et produits pharmaceutiques sont apportés à la patiente à son domicile.

Enfin les moyens de transport sont mis à la disposition des patientes pour se rendre en consultation ou aux urgences (taxi, VSL, ambulance voire SAMU si nécessaire).

2.2.2 Fonctionnement de l'HAD

- Procédure d'admission

Les femmes désirant intégrer l'HAD font l'objet d'un pré signalement réalisé soit par la sage-femme des grossesses pathologiques soit par le médecin. Ce pré signalement contient outre les renseignements administratifs et médicaux essentiels (nom, adresse, motif d'hospitalisation, surveillance), un projet thérapeutique .Ce dernier détermine les objectifs de l'HAD pour la patiente ainsi que les moyens mis en œuvre pour atteindre le but (nombre de visites/semaine, nombre d'enregistrements, traitement, examens biologiques).

Dans une seconde phase, après accord de la patiente, la sage-femme de l'HAD prévient par fax la coordination et le secteur de soins du lieu de résidence de la patiente. Puis l'infirmière de coordination prend contact avec la patiente hospitalisée et lui remet un dossier d'HAD.

Quand la patiente sort de l'établissement hospitalier, l'admission en HAD est confirmée et le suivi HAD se met en place.

▪ Journée-type de l'HAD

L'HAD obstétricale assure la permanence des soins de 8h30 à 19h00, week-end et jours fériés compris. Les sages-femmes se répartissent les différentes tâches de la journée. Ainsi, un premier groupe fait des visites à domicile de 8h30 à 16h06 en journée continue sans passer par le service d'HAD. Un autre groupe effectue des visites à domicile de 8h30 à 16h06 mais passe dans le service d'HAD dans l'après-midi. Il assure aussi la permanence sur le site jusqu'à 19h00. Le week-end et les jours fériés, le service d'HAD assure une permanence téléphonique et l'interprétation des télémonitorages. Ces jours-là, une sage-femme est de permanence sur le site et une autre est dévouée aux visites de 8h30 à 16h06.

Les activités des sages-femmes dans le service comprennent l'interprétation des télémonitorages, la gestion des entrées et sorties du service (examen des prés signalements, contacts avec les maternités ...) et le suivi des patientes en HAD (programmations des moyens de transport et de la surveillance médicale, récupération, interprétation et transmission des examens biologiques).

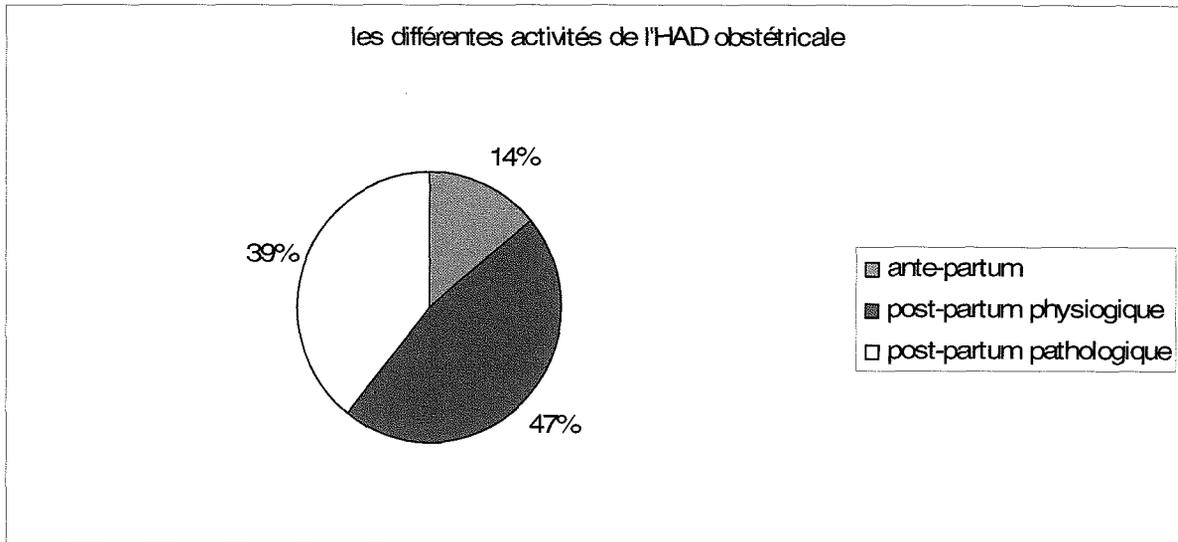
En ce qui concerne le télé monitoring, si le tracé ne révèle pas d'anomalie, le résultat est communiqué à la maternité d'origine et le rythme de surveillance de la grossesse n'est pas modifié. Si le tracé est suspect, la patiente doit en refaire un autre dans les vingt-quatre heures. En cas de tracé pathologique, la patiente est adressée à la maternité d'origine préalablement prévenue par le service d'HAD.

A domicile, la sage-femme effectue une consultation prénatale classique. Le compte-rendu de cette dernière est réalisé en double exemplaire : un est conservé dans le dossier d'HAD, au domicile de la patiente, le deuxième est destiné au service d'HAD. Lorsqu'une femme se rend en consultation ou aux urgences, elle doit emporter son dossier d'HAD.

2.2.3 Activités de l'HAD

En 2005, le nombre total d'admissions en HAD était de 5823, réparti de la façon suivante :

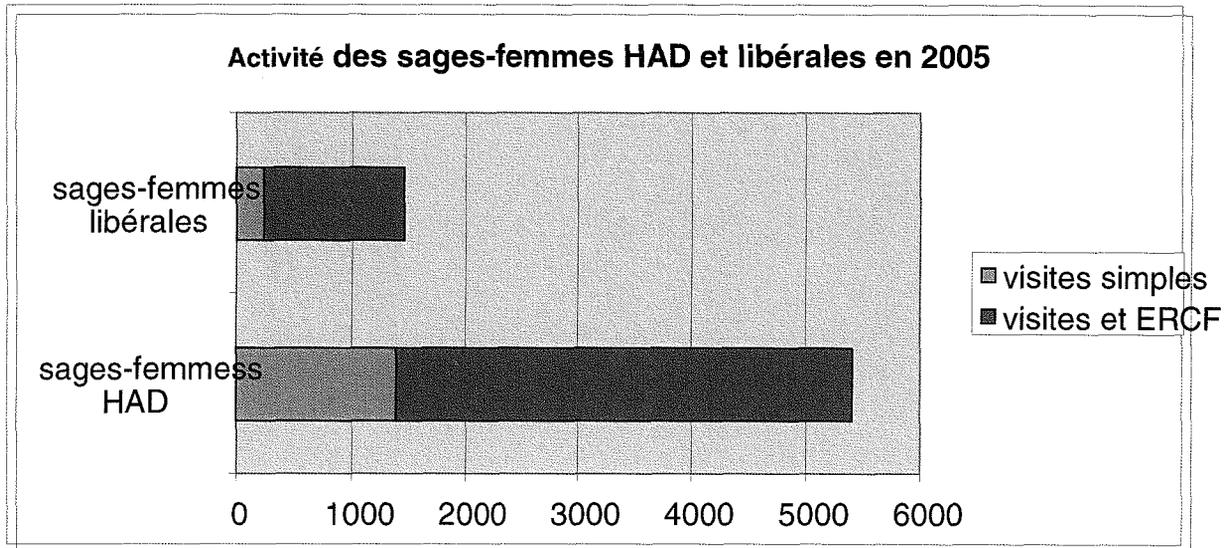
- 802 en ante-partum
- 2747 en post-partum pathologique
- 2274 en post-partum physiologique



▪ Activités de l'ante-partum

Le nombre de journées d'HAD ante-partum est de 19121 en 2005 tandis que le nombre de visites s'élève à 6865. Les femmes enceintes sont suivies soit des sages-femmes salariées de l'HAD soit par des sages-femmes libérales en fonction de la gravité de leur pathologie.

Les sages-femmes ont de l'HAD ainsi réalisé 5407 visites simples ou avec un ERCF contre 1458 pour les sages-femmes libérales.

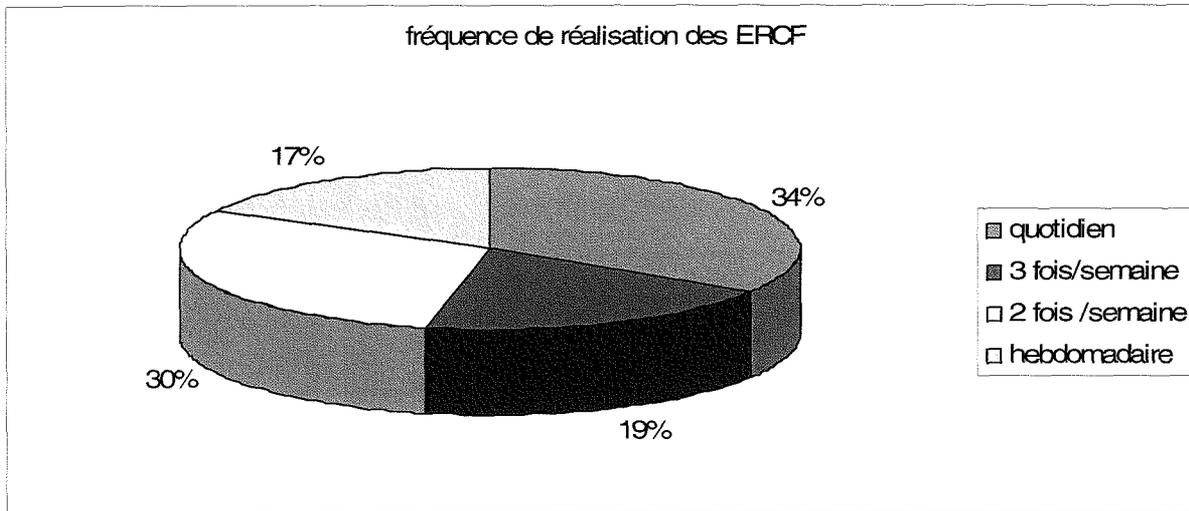


L'HAD a pris en charge en moyenne 66,83 femmes/mois pour l'année 2005.

La moyenne des visites pour une sage-femme de l'HAD est de 3,58/jour.

Le nombre de télé monitorages s'élève à 1510.

Le graphique suivant présente la fréquence de réalisation des ERCF :



Trois établissements fournissent la majorité des patientes Clamart, Bichat et Tenon.

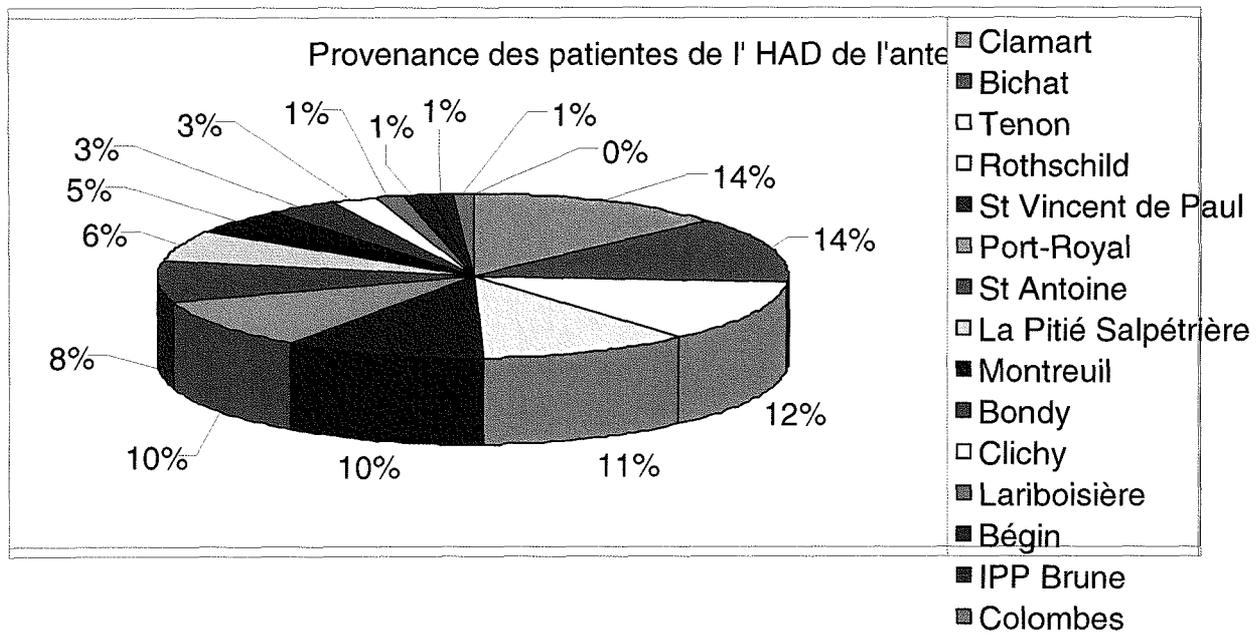
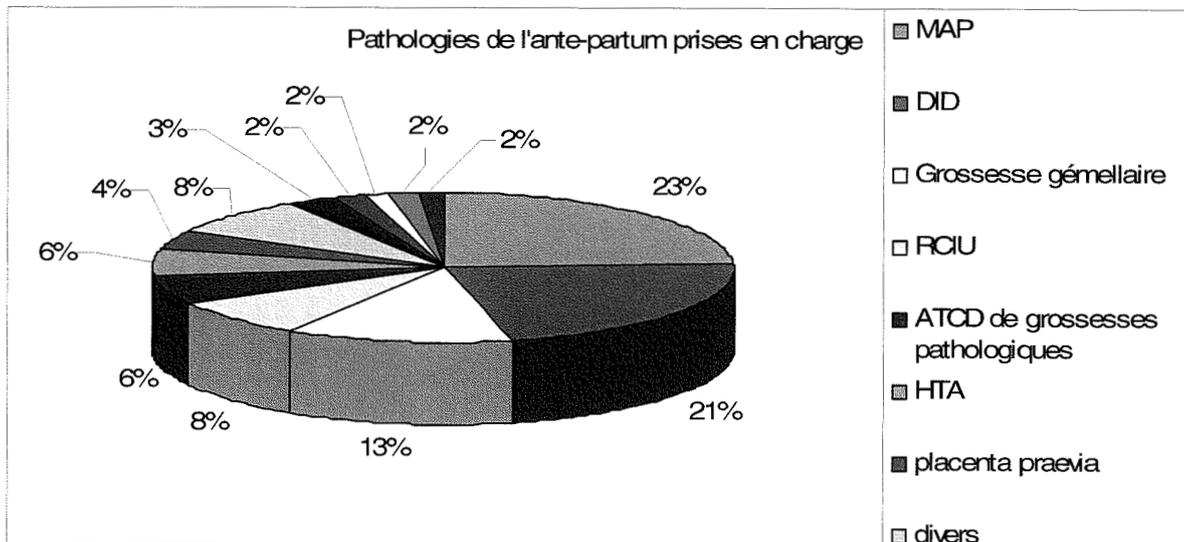


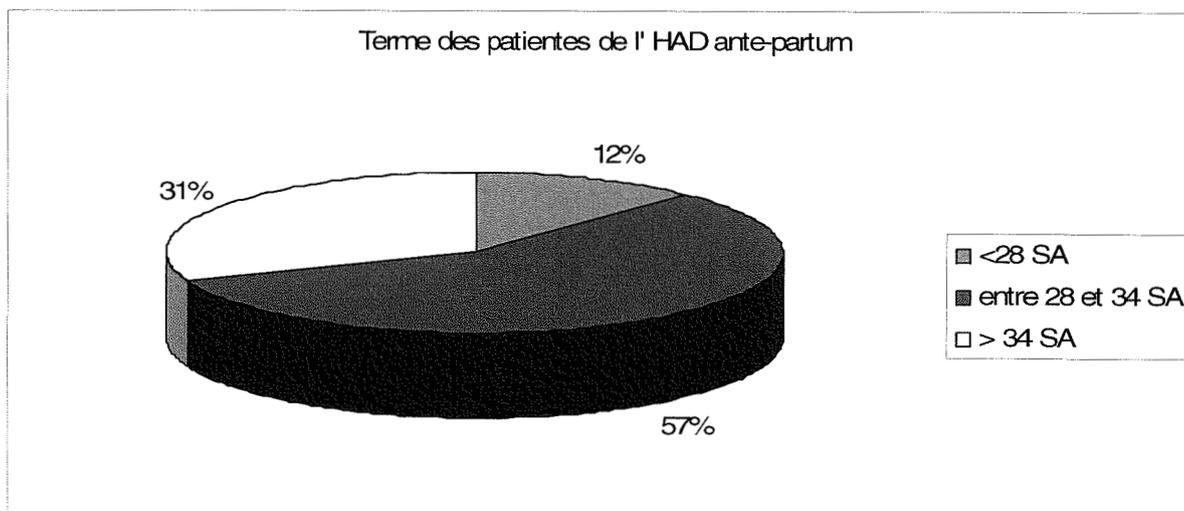
Figure 1

La MAP représente la première cause d'hospitalisation juste devant le diabète et la grossesse gémellaire.



Un peu plus de la moitié des patientes sont primipares (54,36 %).

Le terme des patientes se situe majoritairement entre la 28 et la 34 SA (57 %).



Enfin, les différentes enquêtes menées montrent que les patientes sont satisfaites à 100% en ce qui regarde l'information sur le motif d'hospitalisation, l'organisation des soins et leur état de santé ainsi que leur sécurité et la qualité d'écoute du personnel. Elles redemanderaient l'HAD et le conseilleraient à leur entourage à 100 %.

Par contre, il est à noter que le livret d'accueil n'a été remis qu'à 50 % d'entre elles et que les délais de transport n'ont été respectés qu'à hauteur de 25 %.

- Activités du post-partum

L'HAD est mise en place sur proposition de la sage-femme de suites de soins de couches après information et accord de la patiente.

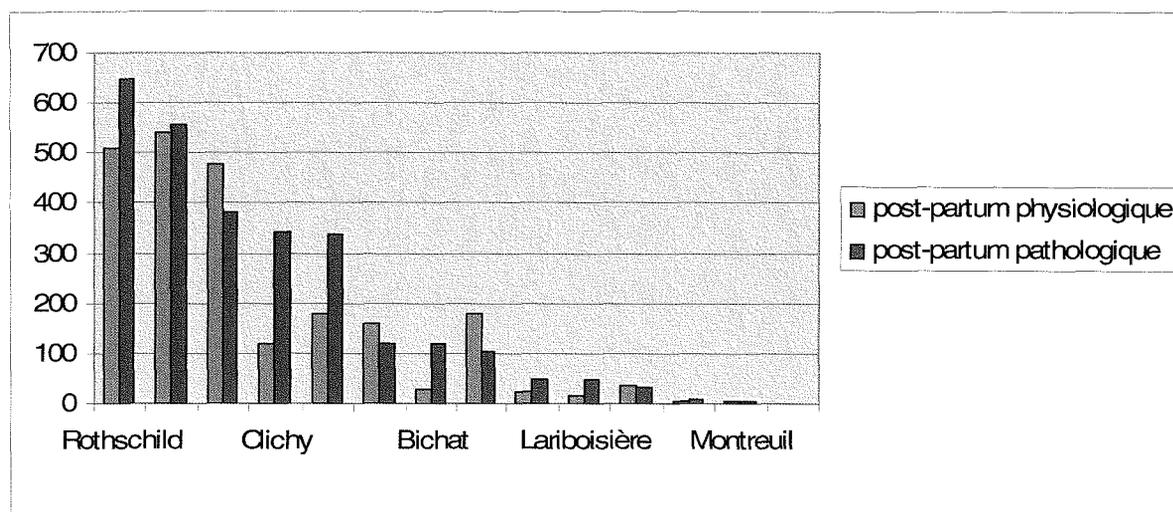
L'activité se répartit presque équitablement entre post-partum physiologique et post-partum pathologique : respectivement 45,57 % et 54,43 % des cas.

Les visites s'élèvent à 26 683 dont 26 525 sont effectuées par les sages-femmes libérales et 158 par les sages-femmes de l'HAD pour l'année 2005.

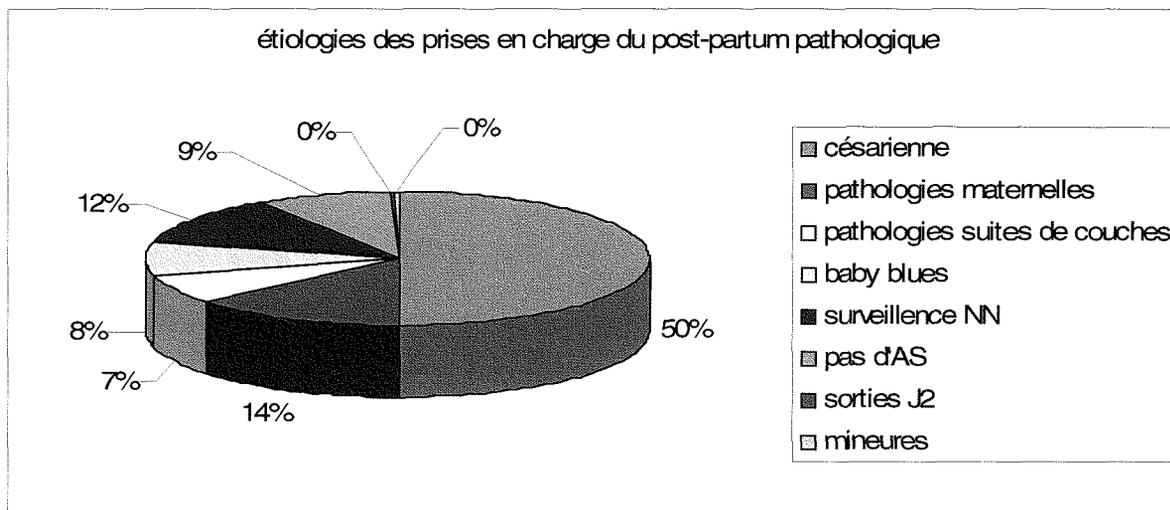
Si tout se passe bien, une visite est programmée tous les 2 jours pour une durée de 10 jours.

La moyenne des patientes prises en charge par l'HAD est de 189,5 patientes/mois pour le post-partum physiologique et de 228,91 patientes/mois pour le post-partum pathologique.

Les patientes proviennent principalement de trois établissements : Rothschild, Saint-Antoine et Port-Royal.



Pour le post-partum pathologique, 2985 patientes ont été prises en charge. La première cause d'hospitalisation étant les suites d'une césarienne, très loin devant les pathologies de la grossesse (HTA, diabète ...).



Le taux de ré hospitalisation est de 0,46 % pour les mères et de 0,21 % pour les nouveau-nés.

Les principales difficultés signalées sont un manque de remise de dossiers d'HAD (seules 30 % des patientes en possédaient un) et un défaut d'échanges d'information entre maternités d'origine et service d'HAD.

c. HAD du centre hospitalier de Poissy

Il s'agit d'un établissement public qui dispose de 22 places d' HAD. Le début de l'activité obstétricale date de 1993.

La maternité est la seule du département des Yvelines à être de niveau 3. Elle appartient au réseau « Maternités en Yvelines ».

En 2002, l' HAD obstétricale représentait un tiers environ des journées d'obstétrique.

Les activités de l'HAD concernent aussi bien le suivi des grossesses pathologiques que les sorties précoces à J3.

Pour les sorties précoces si les femmes résident près de l'hôpital, elles sont suivies par les sages-femmes de l'HAD. Dans le cas contraire, le suivi se fait par des sages-femmes libérales.

3. EXPERIENCES EN PROVINCE

3.1 Service d'HAD de Grenoble

L'HAD a été créé en 1969 et fut la première HAD en province. L'HAD est un service du CHU de Grenoble, établissement public.

Elle a été fondée à l'initiative de géiatres et d'une assistante sociale. Progressivement, l'HAD s'est étendue à d'autres domaines : en 1972 un secteur pédiatrique puis en 1982 un secteur obstétrical ont vu le jour [31].

Actuellement, l'HAD comporte 80 places : 58 places en secteur adulte, 16 places en secteur obstétrical et 8 places en secteur pédiatrique. Le territoire d'action de l'HAD couvre un rayon de 30 km autour de Grenoble, soit 400 000 habitants.

3.1.1 Composition de l'HAD

L'équipe de l'HAD se compose de :

- 1 praticien hospitalier à temps plein
- 1 praticien attaché à mi-temps
- 1 interne
- 3 sages-femmes
- 3 puéricultrices
- 16 infirmières
- 9 aides soignantes
- 2 kinésithérapeutes
- 3 assistantes sociales
- 2 cadres infirmiers
- 1 agent administratif à mi-temps
- 3 secrétaires médicales

3.1.2 Fonctionnement de l'HAD

L'admission en HAD se fait sur avis du médecin coordinateur avec l'accord du médecin traitant. Le protocole thérapeutique est établi la plupart du temps par le médecin hospitalier. Les décisions médicales, concernant les réajustements thérapeutiques, sont dans la mesure du possible prises en commun entre le médecin hospitalier et le médecin traitant.

Il existe un système d'astreinte téléphonique médicale 24 H/ 24, assurée par le service d'HAD. Pour chaque patient admis en HAD, un dossier médical informatisé est systématiquement transmis au centre 15. Ce dernier intervient en cas d'urgence vitale ou si l'état du patient nécessite une visite à domicile et que le médecin traitant référent est indisponible à ce moment.

3.1.3 Activités de l'HAD

En 2000, les protocoles obstétricaux représentaient 7 % des admissions totales. L'HAD obstétricale a d'abord commencé son activité par le post- partum physiologique puis pathologique et enfin la prise en charge des pathologies de l'ante-partum. Pour le post-partum, l'HAD prend en charge le post- partum pathologique et plus récemment les sorties précoces après accouchement.

Pour l'ante- partum, elle accueille des patientes ayant des pathologies maternelles (diabète, patientes greffées, mucoviscidose,...) ou ayant un risque associé à la grossesse (MAP, toxémie gravidique, RCIU, anomalies placentaires,...).Elle assure aussi des enregistrements du rythme cardiaque fœtal à domicile, plusieurs fois par semaine si nécessaire.

La plupart des sages-femmes intervenant dans le cadre de l'HAD sont salariées de cette structure. Elles sont en lien direct avec les gynéco obstétriciens du CHU de Grenoble et participent toutes les semaines aux réunions de ce service. Les protocoles de soins sont rédigés par les gynéco obstétriciens et le suivi médical des patientes se fait conjointement entre ces derniers et le médecin traitant de la patiente. Le médecin coordinateur n'intervient pas dans le suivi médical.

Le service d'HAD travaille en collaboration constante avec le réseau de sages- femmes libérales de l'agglomération grenobloise, qui s'occupe des MAP jugées peu sévères et des suites de couches simples.

Cette répartition des tâches permet de réserver l'HAD aux soins plus techniques.

3.2 Service d'HAD de Thionville

3.2.1 Historique

Décembre 2001 : début de la prise en charge du post partum physiologique et pathologique

Mars 2005 : début de la prise en charge de l'ante – partum

3.2.2 Organisation de l'HAD

L'HAD est un service du Centre Hospitalier Régional Metz- Thionville , qui est un établissement public.

Le service se compose :

- d'un médecin coordinateur (Dr WELTER, chef du Service de gynéco – obstétrique, CHR Bel – Air)
- d'une sage femme cadre HAD (Mme WALLERICH)
- de sages – femmes (3 postes $\frac{3}{4}$)
- d'une secrétaire ($\frac{1}{2}$ poste)

Pour l'année 2006, un poste supplémentaire de sage – femme devrait être créé.

Il existe actuellement 10 places.

Le service est accessible aux femmes habitant Thionville ou dans un rayon d'une quinzaine de kilomètres autour de cette ville.

Cette zone géographique est divisée en deux secteurs .Une sage – femme est affectée à chaque secteur. Elle effectue des visites programmées auprès de la mère .En cas de problème, les patientes peuvent joindre cette sage – femme par téléphone portable, de 8 H 00 à 17 H 00. En dehors de ces horaires, les patientes sont invitées à prendre contact avec le service de la maternité de l'hôpital.

Une réunion quotidienne des sages – femmes de l' HAD, permet d'assurer la continuité des soins.

Le médecin coordinateur admet la patiente en HAD après avoir pris connaissance et approuvé le projet thérapeutique, présenté par le médecin prescripteur.

Dans ce service, seuls les PH des services de gynéco – obstétrique et de pédiatrie de Bel – Air peuvent être médecins prescripteurs.

En post- partum, la patiente désireuse d'une HAD, rencontre l'une des sages –femmes de l' HAD au cours de son hospitalisation. Cet entretien a pour buts de tester l'aptitude de la mère et de son entourage à l' HAD et de présenter le déroulement de la phase du post – partum.

Dans le cadre du réseau périnatalité , le service de l' HAD travaille en partenariat avec les PMI , les CMP , les assistantes sociales , les sages – femmes libérales , les médecins libéraux (en particuliers , les pédiatres et les médecins généralistes) des secteurs concernés ainsi que l' aide à domicile de la région thionvilloise .

3.2.3 Activités de l'PHAD

- Pathologies prises en charge

- ◇ En ante – partum

- ✓ Menace d'accouchement prématuré (7 cas)
- ✓ Toxémies équilibrées (2 cas)
- ✓ Placenta prævia (1 cas)

- ◇ En post – partum

- ✓ Sortie précoce J + 3
- ✓ Sortie précoce après césarienne J + 5
- ✓ Mort fœtale in utero

- Activités du service d' HAD

- ◇ En ante – partum

- ✓ Visites à domicile avec enregistrement tocographique externe et télétransmission à la maternité
- ✓ Préparation à la naissance
- ✓ Surveillance biologique

- ◇ En post – partum

- ✓ Activités médicales et para – médicales (examen gynécologique, soins de la cicatrice, du cordon ombilical ...)
- ✓ Activités de prévention par rapport à la mort subite du nourrisson, des accidents domestiques, des conduites addictives (tabac, alcool, drogues)
- ✓ Accompagnement à l'allaitement

- ◇ Rapport d'activités HAD ante et post partum pour les premiers mois de 2005

	ANNEE 2005						TOTAL
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	
Admissions post partum	49	61	56	53	48	48	315
Ré hospitalisations post partum	0	1	0	0	1	0	2
Ré hospitalisation de la mère	0	1	0	0	1	0	2
Ré hospitalisation du bébé	0	0	0	0	0	1	1
Admissions ante partum	0	0	0	1	6	3	10
Ré hospitalisations ante partum	0	0	0	0	2	0	2

L'activité du service est quasi – exclusivement tournée vers le post – partum (96, 9 %). Le taux de ré hospitalisation pour le post – partum est de 0, 6 % et atteint 20 % pour l' ante partum.

3.2.4 Avantages de cette structure

Cette structure permet de répondre aux désirs des patientes ne souhaitant pas rester à la maternité après l'accouchement, en offrant des conditions optimales pour le retour à domicile (mise en place d'une aide ménagère ou d'une travailleuse familiale par exemple).

Elle tend à renforcer la coordination des moyens entre l'hôpital et la ville, en particulier au niveau des sages – femmes.

3.2.5 Faiblesses de cette structure

L'accessibilité à ce service est limitée par le nombre réduit de prescripteurs possibles. De plus, le passage par l'hôpital « classique » est obligatoire pour pouvoir prétendre à une admission.

L'offre de soins est incomplète. Des gestes techniques comme la pose de VVP ou de PSE ne sont pas disponibles. Il n'existe pas actuellement de prise en charge des patientes dans le domaine psychiatrique. Cette dernière lacune est en passe d'être comblée avec la création d'un poste de psychologue pour l'année 2006.

Le médecin traitant est un acteur marginal de cette structure. Il est, certes, informé de l'entrée de sa patiente en HAD et de l'évolution de son état de santé mais peut difficilement agir. En effet, de par son fonctionnement cette unité d'HAD l'exclut de la fonction de médecin prescripteur. Son rôle se borne à prendre en charge les pathologies chroniques de la patiente et éventuellement l'examen du nourrisson au 8^{ème} jour.

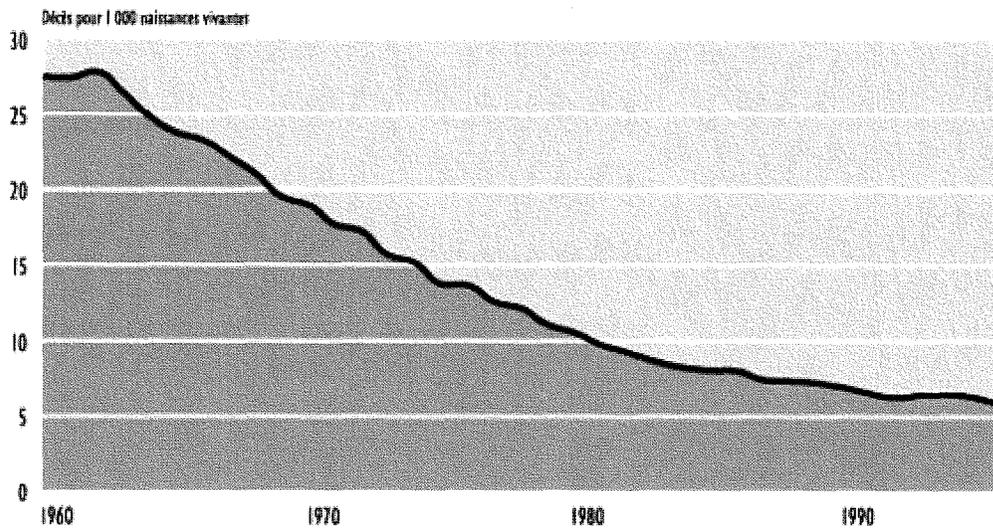
CHAPITRE II
A L'ETRANGER

CHAPITRE II : A L'ETRANGER

1. EXPERIENCES CANADIENNES

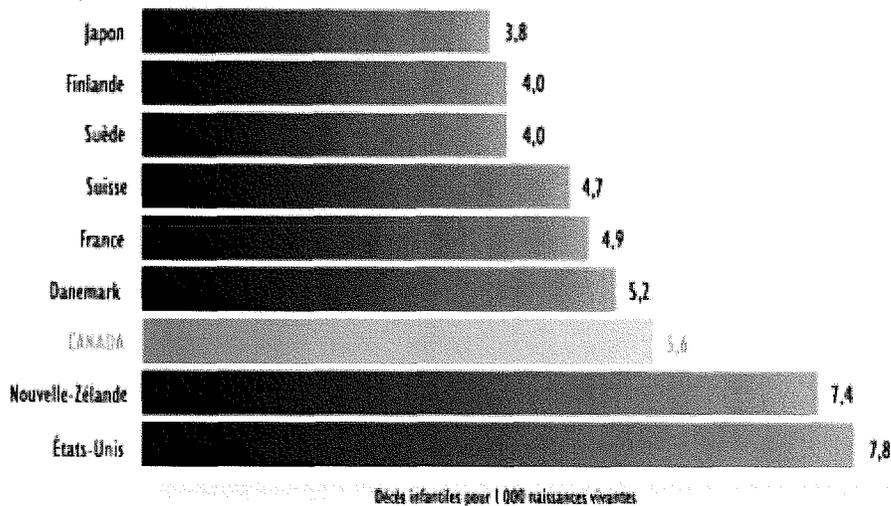
Le Canada a enregistré la plus forte baisse du taux de mortalité infantile de tous les pays, excepté le Japon, au cours des 35 dernières années [1].

Figure 1 Taux de mortalité infantile, Canada, 1960-1996



Source : Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, LLCM, d'après des données de Statistique Canada⁽¹⁾

Figure 2 Taux de mortalité infantile, pays choisis, 1996



Source : Données de l'OCDE, 1998, sauf pour le Canada : Bureau de la santé génésique et de la santé de l'enfant, LLCM^(1,4)

Dans les années 1984-1985, le gouvernement canadien a mis en place une politique favorisant une alternative à l'hospitalisation traditionnelle [9].

Un programme de santé anténatale a été établi en 1995 par l'Autorité Régionale de santé d'Edmonton. Le but de ce programme est de proposer une alternative de qualité aux soins hospitaliers dans le domaine périnatal grâce au développement des soins à domicile.

Une étude a été menée en juin 2001 dans la province d'Edmonton qui compare la prise en charge de femmes présentant une menace d'accouchement prématuré ou une hypertension artérielle gravidique qui reçoivent des soins à domicile et celles qui sont prises en charge dans des structures hospitalières traditionnelles [26].

Les soins à domicile englobent des visites à domicile par des infirmiers, le monitoring du rythme cardiaque fœtal, la tocographie externe maternelle, l'éducation de la future mère, les examens biologiques, les médicaments nécessaires ainsi que des aides ménagères et financières.

Les femmes à domicile ont au minimum un contact téléphonique quotidien avec un des membres de l'équipe soignante.

Parmi les femmes ayant un risque d'accouchement prématuré ,228 ont été prises en charge à domicile et 209 à l'hôpital.

Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques des femmes et des enfants étudiés :

Demographic data	In- home care	In-hospital care	P
Preterm labor group	n =228	n = 209	
Maternal age	28,1	27,9	NS
Parity (% nulliparous)	73 (32 %)	75 (36 %)	NS
Infant gender (% male)	126 (55 %)	110 (53 %)	NS
Family income	52,611	47,230	<0,001
Hypertension group	n = 155	n = 153	
Maternal age	29,3	28,7	NS
Parity (% nulliparous)	103 (66 %)	68 (45 %)	<0,001
Infant gender (% male)	79 (51 %)	77 (50 %)	NS
Family income	51,632	48,014	<0,002

Table 1. Characteristics of Women and Infants

L'étude conclut qu'il n'existe pas de différence statistique significative entre les deux groupes en ce qui concerne :

- la mortalité périnatale
- le nombre des réadmissions hospitalières
- la durée de séjour en unité de soins intensifs de néonatalogie pour le nouveau-né.

Birth outcome	In-home care (n=228)	In-hospital care (n= 209)	p
Gestational age (wk)	36,1	34	<0.001
Birth weight (g)	2732	2330	<0.001
Apgar (5 mn) < 7	17	23	NS
FGR < 3rd percentile	6	4	NS
Mechanical ventilation	21	28	NS
Intraventricular hemorrhage	3	9	NS
Perinatal death			
Fetal death	1	0	
Neonatal death	3	6	NS
Infant readmission	11	10	NS
Clinical chorioamnionitis	17	31	0,014
Eclampsia	0	1	
Cesarean	47	58	NS
Maternal readmission	4	3	NS
Maternal death	0	0	

Table 2. Secondary Birth Outcomes for mothers and infants for preterm labor group

FGR = fetal growth restriction

NS = not significant

Hospital stays	In –home care (n= 228)	In- hospital (n=209)	p
Antenatal LOS	3	0	< 0.001
Postnatal LOS	2	4	< 0.001
Infant in NICU > 2 days	82	108	0.001
NICU LOS	0	3	< 0.001

Table 3 .Hospital service use for preterm labor group

LOS = length of stay in day

NICU = neonatal intensive care unit

Pour les femmes ayant une hypertension artérielle gravidique ou essentielle, 155 ont été prises en charge à domicile et 153 à l'hôpital.

L'étude conclut qu'il n'existe pas de différence statistique significative entre les deux groupes en ce qui concerne la morbidité et la mortalité infantiles, les réadmissions infantiles et maternelles ainsi que la durée de séjour en unités de soins intensifs de néonatalogie.

Bith outcome	In-home care (n=155)	In-hospital (n=153)	p
Gestationnal age(wk)	37,9	37,9	NS
Bith weight (g)	3158	3226	NS
Apgar (5 mn)	5	2	NS
FGR < 3rd percentile	8	6	NS
Mechanical ventilation	3	8	NS
Intraventricular hemorrhage	1	0	
Perinatal death			
Fetal death	0	0	
Neonatal death	0	0	
Infant readmission	11	11	NS
Clinical chorioamnionitis	5	6	NS
Eclampsia	1	1	
Cesarean	46	52	NS
Maternal readmission	4	4	NS
Maternal death	0	0	

Table 4. Secondary Bith Outcomes for mothers and infants for hypertension group

Hospital stays	In –home care (n= 155)	In- hospital (n=153)	P
Antenatal LOS	0	0	NS
Postnatal LOS	3	4	<0,001
Infant in NICU > 2 days	26	31	NS
NICU LOS	0	0	NS

Table 5. Hospital service use for hypertensive

LOS = length of stay in day

NICU = neonatal intensive care unit

Enfin, l'étude se propose d'étudier les différences de coûts entre les deux modes de prise en charge.

Là encore, il n'y a pas de différence significative comme le démontrent les tableaux 4 et 5, que ce soit pour les femmes présentant une MAP ou pour celles ayant une hypertension artérielle gravidique :

	In-home care	In –hospital care	p
Costs (\$ CDN)			
Total inpatient	9156	10,626	
NICU	5871	12,016	
Physician	346	249	
In-home program	1184		
Total cost	16,556	22,891	NS

Table 4. Patients costs for preterm labor group

	In-home care	In –hospital care	p
Costs (\$ CDN)			
Total inpatient	4832	5743	
NICU	1926	4338	
Physician	279	232	
In-home program	835		
Total cost	7872	10,313	NS

Table 5. Patients costs for hypertensive group

Cette étude montre donc que les femmes suivies à domicile pour MAP et hypertension artérielle gravidique bénéficiant d'une prise en charge de qualité et que sur le plan financier, il n'y a pas de surcoût. Cependant, cette enquête n'a pas pris en compte la satisfaction des patients quant à leur prise en charge.

Une autre étude, réalisée dans la province du Québec en juin 1999, a voulu inclure la mesure du sentiment de bien-être de la mère et de l'enfant dans ses paramètres de recherche [22]. Les femmes ont été recrutées dans la population des femmes enceintes admises pour MAP dans deux centres régionaux de la région de Montréal et du Québec (Hôpital Sainte-Justine et Hôpital Saint-François d'Assise). Les critères d'inclusion sont un premier épisode de MAP, pas d'antécédent de MAP, une grossesse unique, un âge gestationnel compris entre 20 et 35 SA à l'entrée dans l'étude, âge maternel > à 18 ans et un lieu de résidence situé à moins de 50 km du centre hospitalier.

Il s'agit d'un essai randomisé qui se propose d'évaluer deux modes de prestations de soins lors d'une menace d'accouchement prématuré.

Variables socio-économiques	Groupe expérimental	Groupe témoin
Age moyen (ans)	27,69	27,42
% de femmes mariées	90	85
% de femmes travaillant à l'extérieur	75	74
% de femmes primipares	37	45
Age gestationnel du bébé à l'entrée (SA)	30,27	29,77

Tableau 1. Données socio-économiques maternelles

Pour ce faire, l'essai a comparé des paramètres médicaux (le taux d'accouchement prématuré, le nombre d'admissions à l'unité néonatale, la durée du séjour hospitalier) mais aussi des paramètres socio-psychologiques (les niveaux de stress maternel perçu, la satisfaction du soutien social et le fonctionnement familial entre les groupes). Un premier groupe de patientes reçoit des soins en hospitalisation traditionnelle à domicile (Groupe Témoin=GT) et un deuxième groupe est suivi à domicile (Groupe Expérimental=GE). Les participantes sont assignées de manière aléatoire aux groupes.

Les paramètres socio-psychologiques sont mesurés à l'aide de trois échelles : l'échelle de stress périnatal (Goulet, Polomero et Harel 1996), l'inventaire des comportements de soutien (Brown 1986) et l'échelle de fonctionnement familial (Skinner, Steinhauser et Santa-Barbara 1983). Les trois échelles sont complétées à trois reprises : au moment de la randomisation (T1), une semaine après la randomisation (T2) et enfin deux semaines après la randomisation (T3).

Pour les femmes à domicile, le suivi était assuré par des infirmiers qui allaient au domicile des patientes, avec la réalisation d'ERCF (qui étaient relus le jour même par le pédiatre de garde) et d'examen biologiques si nécessaire.

Si les femmes présentaient un signe ou un symptôme inopiné persistant, elles pouvaient téléphoner soit à l'infirmier qui s'occupe d'elles soit à leur médecin traitant.

L'étude conclut qu'il n'existe pas de différence significative statistique en ce qui concerne les variables néonatales (âge gestationnel, taux de prématurité, durée du séjour hospitalier néonatal et nombre d'admissions à l'unité néonatale), ni pour les variables maternelles (moyennes de durée de séjour hospitalier).

Variables néonatales	Groupe expérimental	Groupe témoin	p
Age gestationnel	37,41	37,26	0,5679
Poids de naissance	2970	3011	0,6936
Taux de prématurité	43,6	44,1	0,2180
Durée de séjour hospitalier	8,24	6,3	0,2703
Nbre de bébés admis en UNSI	13	9	
Durée de séjour en UNSI	15,69	18,63	0,7456

Tableau 2. Données néonatales

UNSI : Unité de néonatalogie de soins intensifs

Deux types de stress sont mesurés. Le stress « spécifique » est le stress périnatal lié à une grossesse à risque. Le stress « général » est le stress périnatal lié à toute grossesse.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes pour le stress périnatal qu'il soit spécifique ou global.

Catégorie de stress	Temps de mesure	Groupe	Moyenne	p
Spécifique	T1	Expérimental	45,17	0,6637
		Témoin	46,02	
	T2	Expérimental	45,57	0,4146
		Témoin	43,73	
	T3	Expérimental	41,39	0,6155
		Témoin	42,69	0,6155
Général	T1	Expérimental	64,55	0,8468
		Témoin	63,98	
	T2	Expérimental	57,95	0,8943
		Témoin	58,35	
	T3	Expérimental	51,26	0,5994
		Témoin	53,03	

Tableau 3.Statistiques et comparaisons des groupes pour le stress périnatal
 Les femmes du GE sont plus satisfaites du soutien social reçu du partenaire et des autres membres du réseau social, mais il n’y a pas de différence significative entre les deux groupes.

Source de satisfaction	Temps de mesure	Groupe	Moyenne	p
Conjugal	T1	Expérimental	5,15	0,0184
		Témoin	4,91	
	T2	Expérimental	5,05	0,2278
		Témoin	4,86	
	T3	Expérimental	5,12	0,0075
		Témoin	4,80	
Général	T1	Expérimental	4,63	0,0075
		Témoin	4,53	
	T2	Expérimental	4,70	0,0492
		Témoin	4,48	
	T3	Expérimental	4,72	0,0642
		Témoin	4,50	

Tableau 4.Statistiques et comparaisons des groupes pour la satisfaction du support social

Les analyses statistiques rattachées au fonctionnement social ne mettent pas en évidence de différence significative entre les deux groupes.

Source de satisfaction	Temps de mesure	Groupe	Moyenne	p
Conjugal	T1	Expérimental	5,15	0,0184
		Témoin	4,91	
	T2	Expérimental	5,05	0,2278
		Témoin	4,86	
	T3	Expérimental	5,12	0,0075
		Témoin	4,80	
Général	T1	Expérimental	4,63	0,0075
		Témoin	4,53	
	T2	Expérimental	4,70	0,0492
		Témoin	4,48	
	T3	Expérimental	4,72	0,0642
		Témoin	4,50	

Tableau 4.Statistiques et comparaisons des groupes pour la satisfaction du support social

Cette étude montre que si la prise en charge de la patiente à domicile est sûre au niveau médical, elle apparaît supérieure au niveau de la satisfaction de la patiente et de son entourage.

2. EXPERIENCES NEERLANDAISES

Le taux de mortalité périnatale aux Pays-Bas est l'un des plus bas au monde. La prise en charge de la grossesse y est très différente de la France. Elle est le reflet d'un postulat basé sur le sentiment que la grossesse et l'accouchement sont avant tout des événements physiologiques. Dans les années 1960, une forte volonté politique a permis la mise en place d'un système de suivi des grossesses novateur, tout en tenant compte aussi de l'aspect financier.

2.1 Parcours obstétrical d'une femme enceinte

L'organisation du suivi de la grossesse et de l'accouchement est rigoureusement encadrée [4].

Elle comporte 3 niveaux d'intervention :

- le premier niveau comprend les sages-femmes et les médecins généralistes.
- le deuxième est constitué par les gynéco-obstétriciens exerçant à l'hôpital et par d'autres médecins spécialistes.
- le troisième niveau regroupe les soins spécialisés que nécessitent les grossesses pathologiques à très haut risque.

Quand une femme est enceinte, elle consulte d'abord le plus souvent une sage-femme, voire un médecin généraliste, qui a la charge de mettre en place le suivi obstétrical.

Lors de la première consultation, ce praticien du premier niveau réalise l'anamnèse complète des antécédents de sa patiente puis un examen clinique comprenant la prise de la tension artérielle, la mesure de son poids, l'écoute des bruits fœtaux et la palpation abdominale. Il est à noter que le toucher vaginal ne fait pas partie de l'examen courant. Un échantillon sanguin est aussi prélevé soit par le praticien soit par le laboratoire pour vérifier des paramètres biologiques simples comme l'hémoglobine et la glycémie.

Concernant l'échographie fœtale, elle n'est pas inscrite sur la liste des examens à réaliser de façon systématique. La tendance actuelle est d'en faire une au cours de la grossesse mais l'âge gestationnel à laquelle elle doit être réalisée fait débat.

L'aniocentèse n'est proposée qu'aux femmes ayant des antécédents familiaux ou âgées de plus de 36 ans.

Les tests génétiques, même s'ils sont indiqués médicalement, ne sont réalisés qu'à la demande expresse de la patiente.

Le suivi du partum comprend de 12 à 15 consultations.

Si au cours d'une consultation, le praticien du premier niveau détecte une anomalie obstétricale, il adresse sa patiente à un gynéco-obstétricien du second niveau de prise en charge soit pour une visite ponctuelle soit pour une prise en charge intégrale.

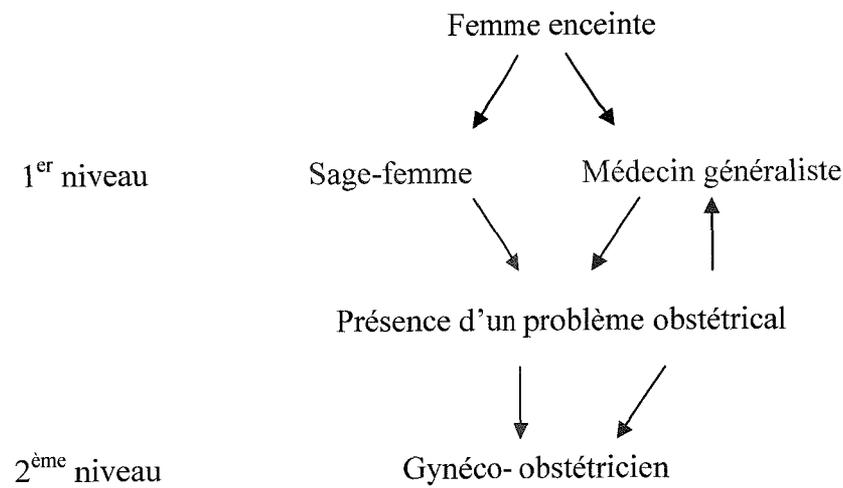
S'il s'agit d'une anomalie non obstétricale, le médecin généraliste peut la prendre en charge ou adresser la patiente à un spécialiste.

Si la patiente est suivie par une sage-femme, cette dernière devra l'adresser à son médecin généraliste qui l'orientera ou non vers un spécialiste.

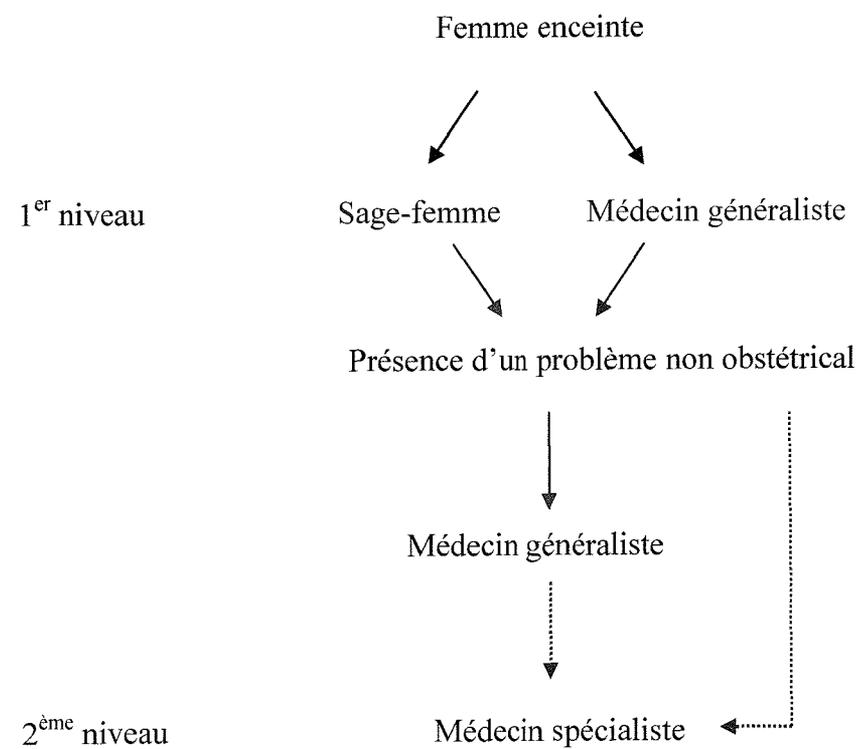
Ainsi le praticien du premier niveau joue-t-il le rôle de garde-barrière entre les premier et second niveaux et est l'interlocuteur privilégié de la femme enceinte et du futur père.

Les deux organigrammes suivants schématisent cette prise en charge théorique de la patiente.

Parcours de soins aux Pays-Bas d'une femme enceinte rencontrant un problème obstétrical



Parcours de soins aux Pays-Bas d'une femme enceinte rencontrant un problème non obstétrical



Le praticien du premier niveau (médecin généraliste ou sage-femme) apparaît comme la cheville-ouvrière de l'orientation de la trajectoire du suivi de la grossesse en pratiquant une sélection obstétricale et en veillant à son application. Pour orienter les femmes enceintes, les praticiens disposent d'un outil spécifique, la *Verloskundige Indicatie List (VIL)*.

2.2 La VIL ou essai d'une rationalisation des moyens mis en œuvre pour le suivi d'une grossesse et de l'accouchement

La *VIL* est une liste qui donne la correspondance entre les indications obstétricales et leur niveau de prise en charge. Dans un premier temps, nous allons voir les différentes étapes de sa création, puis sa composition.

2.2.1 Historique de la création de la VIL

Dans les années 1960, une première liste a vu le jour. Elle précisait les pathologies de la grossesse nécessitant un accouchement en milieu hospitalier. Cette liste a été exigée par les assurances maladies car le nombre de femmes accouchant à l'hôpital n'a cessé de croître tout au long du XX^{ème} siècle et par conséquent les dépenses de santé dans ce domaine ont considérablement augmenté.

Puis, à l'instigation du Pr Kloosterman, professeur en gynécologie, a été créée une autre liste comprenant les pathologies médicales obstétricales devant être soumises à un avis spécialisé. Cette liste est connue sous le nom de *Kloostermanlijst* (liste Kloosterman). En 1987, un groupe de travail constitué des différentes professions de l'obstétrique a repris ces indications pour former la *VIL*.

2.2.2 Présentation de la VIL

La *VIL* permet de distinguer les complications relevant des antécédents médico-sociaux de la patiente, de celles apparaissant lors du premier examen clinique ou au cours de la grossesse ou bien encore lors du post-partum. Les complications sont classées en 4 catégories A, B, C et D, selon le risque d'avoir une pathologie lors de la grossesse.

Catégorie	Risque de pathologies per-partum
A	faible
B et D	moyen
C	élevé

La catégorie A inclut les femmes ayant une grossesse et un accouchement physiologiques. Cette catégorie est prise en charge par le premier niveau (sages-femmes, médecins généralistes et aides maternelles pour le post-partum). La patiente a la possibilité de choisir entre accoucher à domicile ou en mode ambulatoire. Cette formule permet à la femme d'accoucher à l'hôpital sous la surveillance de la sage-femme ou du médecin généraliste qui la suit avec un retour à domicile dans les 24 heures après l'accouchement.

Les catégories B et D englobent des grossesses ayant des complications légères. Les praticiens du premier niveau suivant ces patientes doivent demander un avis auprès d'un spécialiste. Ces femmes accouchent en règle générale à l'hôpital, sous la surveillance de la sage-femme ou du médecin généraliste qui les suit.

La catégorie C comprend les grossesses à haut risque et sont par conséquent suivies par des spécialistes. La naissance a lieu à l'hôpital sous la surveillance d'un gynéco-obstétricien du deuxième niveau.

2.3 Contraintes imposées aux différents acteurs de la périnatalité

Le respect de l'organisation de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement n'est pas dû qu'au bon-vouloir des différents acteurs du système. Le gouvernement néerlandais a mis en place de nombreux dispositifs de nature différente pour inciter les professionnels de santé et les femmes enceintes à emprunter un parcours de soins bien défini.

Le premier dispositif visant les professionnels de santé est d'ordre légal. La loi impose aux nouvelles sages-femmes leur lieu d'installation. Ce lieu est défini par rapport aux besoins de la population, en s'appuyant notamment sur le nombre de grossesses estimées et de naissances à venir. Cette contrainte aboutit à ce que dans certaines régions rurales, la femme enceinte n'a souvent qu'un seul interlocuteur disponible : la sage-femme ou plus rarement le cabinet de sages-femmes de cette région. Ceci était d'autant plus vrai encore avant 1994 où le médecin généraliste n'était habilité à suivre une grossesse et à pratiquer un accouchement que devant l'absence de sage-femme dans son périmètre d'intervention.

La seconde contrainte est d'ordre financière. Elle concerne la patiente et les professionnels de santé.

Pour la patiente, si elle n'est couverte que par l'assurance du régime général et si sa grossesse est classée en catégorie A, elle ne peut accéder qu'au premier niveau de soins. De plus le praticien qu'elle consulte doit être installé dans un certain rayon kilométrique par rapport à son domicile. En ville, les patientes peuvent choisir entre 3 ou 4 cabinets. Si, pour convenances personnelles, elle veut accéder au second niveau, ses soins (y compris son accouchement) ne lui seront pas remboursés. Le remboursement des soins du deuxième niveau est en effet subordonné à la recommandation d'un praticien du premier niveau.

Pour les professionnels de santé du premier niveau, ils sont rémunérés au forfait. Ainsi, ils reçoivent environ 615 euros par grossesse suivie. Dans le cas où ils orientent la patiente vers l'hôpital, ils ne perçoivent que les honoraires des consultations prénatales qu'ils ont assurées. En ce qui concerne l'accouchement, la contrainte financière est encore accrue. En effet, si la patiente est transférée à l'hôpital lors de son accouchement (même si ce dernier a commencé à domicile), c'est l'établissement hospitalier qui perçoit les frais d'accouchement.

2.4 Limites de l'organisation de la périnatalité

La femme néerlandaise enceinte devrait donc avoir un parcours de soins bien déterminé... La réalité est bien plus contrastée.

Il existe de fortes disparités entre les différentes provinces et entre zones rurales et urbaines, pour les conditions d'accès au deuxième niveau de soins. Dans le sud du pays (provinces du Brabant et Limbourg), le taux de patientes accédant au second niveau est environ 1,5 fois supérieur à la moyenne nationale. Ce résultat est dû selon les différentes études menées à la conduite des sages-femmes.

Dans ces provinces du sud, les sages-femmes ont recours de manière quasi-systématique à une échographie fœtale, réalisée à 12 SA, tandis que dans les provinces du nord, l'échographie n'a lieu qu'à la demande expresse de la patiente et après une longue

discussion avec la sage-femme. L'échographie est en général réalisée en milieu hospitalier et donne l'occasion à la femme de prendre contact avec ce milieu. D'autre part le recours à l'échographie peut-être perçu comme la présence d'un facteur de risque accru et peut parfois encourager la patiente à solliciter un professionnel de deuxième niveau.

En ce qui regarde les différences entre zones urbaines et zones rurales, nous avons déjà évoqué dans le chapitre précédent la restriction concernant l'installation des sages-femmes, ce qui a pour conséquence que la femme enceinte en zone rurale n'a souvent qu'un seul interlocuteur possible. Les patientes en zone rurale font plus rarement des échographies et se rendent moins facilement à l'hôpital. De plus, elles accouchent plus souvent à la maison (70 % des patientes en zone rurale contre 60 % en zone urbaine). Il semble que ce phénomène est dû en partie à la distance reliant le domicile à l'hôpital, mais aussi à la pratique de la sage-femme et surtout à sa liaison avec sa patiente. Les rapports entre soignants/soignés apparaissent plus chaleureux et personnels en zone rurale et nombre de femmes soulignent leur totale confiance en la sage-femme. Cet aspect relationnel est beaucoup moins présent dans les propos des femmes en zone urbaine [4].

L'évolution des techniques obstétricales met également à mal le parcours « idéal ». En effet, les femmes bénéficiant des traitements contre l'infertilité sont de plus en plus nombreuses. Or ces femmes sont suivies par des spécialistes et elles restent en général sous la surveillance de ces spécialistes pour la grossesse et l'accouchement, contrairement à ce que préconise la *VIL*.

En 1992, une enquête indiquait que seuls 15 % des gynéco-obstétriciens utilisaient la *VIL* contre 50 % des médecins généralistes et 85 % des sages-femmes. D'ailleurs, la première version de la *VIL*, datant de 1987, n'a jamais été ratifiée par la Société Nationale d'Obstétrique et de Gynécologie. Cette non adhésion tient principalement au fait que la décision de l'orientation d'une femme revient à un praticien du premier niveau et donc exclut le gynéco-obstétricien de ce processus.

La *VIL* de 1987 stipulait notamment que toute grossesse peut-être suivie indifféremment par une sage-femme ou un médecin généraliste dans la mesure où il n'apparaît aucune indication médicale nécessitant la prise en charge par un gynéco-obstétricien et que toute naissance peut avoir lieu au premier niveau de la prise en charge à moins d'une indication spécifique du deuxième niveau.

La *VIL* a été révisée en 1999 et cette fois elle a été ratifiée par la Société Nationale d'Obstétrique et de Gynécologie. Une des clauses fondamentales de la précédente mouture, laissant l'entière responsabilité du parcours de la patiente au premier niveau, a été supprimée. A présent, le praticien du premier niveau ne garde pas forcément la responsabilité du parcours de la patiente après une sollicitation d'un avis auprès d'un acteur du second niveau. Cet élément remet donc en cause le fragile équilibre qui s'était installé entre les acteurs de la périnatalité des différents niveaux de la prise en charge de la grossesse. La classification a elle aussi subi des modifications. Des indications de la catégorie A ont glissé vers la catégorie B et certaines de catégorie B vers la catégorie C. De plus, la catégorie B de la classification est relativement floue laissant un certain degré de latitude aux praticiens et à la patiente quant à l'orientation du suivi. On note aussi l'apparition de nouvelles indications. Ces modifications tendent à accroître la médicalisation de la grossesse et donc par conséquent le nombre d'accouchements en milieu hospitalier. Enfin, certaines assurances privées remboursent les frais de soins du deuxième niveau, même si la femme ne remplit pas les critères médicaux pour y accéder.

TROISIEME PARTIE

ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE D'UNE MAP DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER AU COURS DE L'ANNEE 2005

CHAPITRE I
CONTEXTE DE L'ENQUETE

1. INTRODUCTION

A Metz, il existe 3 établissements de santé pratiquant des accouchements

- La Clinique Claude Bernard est un établissement privé à but lucratif, participant au service public. Il pratique environ 2100 accouchements / an. Il dispose de 41 lits en obstétrique. Le taux de césarienne avoisine les 17 %.
- La Maternité Ste Croix est un établissement privé à but non lucratif. Il pratique 2000 accouchements / an. Il dispose de 62 lits en obstétrique. Le taux de césarienne avoisine les 27 %.
- L'hôpital Bon – Secours, appartenant au CHR Metz- Thionville, est un établissement public. Il pratique environ 900 accouchements par an. Il dispose de 19 lits en obstétrique. Le taux de césarienne avoisine les 15 %.

Les différentes études menées en France montrant que la menace d'accouchement prématuré (MAP) est la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse.

Nous rappelons que la MAP survient entre 22 et 36 SA révolues et se caractérise par l'association de modifications cervicales et de contractions utérines régulières et douloureuses qui conduiront à l'accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale.

La MAP touche environ 10 % des grossesses en France et se solde par une naissance prématurée dans 25 % des cas soit 2,5 % des grossesses au total [30].

En 2003, le taux de prématurité en France était de 6,2 % .Les étiologies de la prématurité se répartissent de la façon suivante : 40 % de prématurité spontanée, 40 % de prématurité induite (césarienne ou déclenchement de l'accouchement avant le travail), et 20 % dus aux grossesses multiples [5].

Nous avons donc choisi d'étudier la prise en charge de la MAP à la Clinique Claude Bernard pour l'année 2005.

2. BUTS DE L'ENQUETE

Dans un premier temps, nous nous proposons d'analyser les prises de ces MAP dans cette clinique ainsi que les durées d'hospitalisation.

Puis nous chercherons à savoir combien de ces MAP pourraient bénéficier d'une prise en charge en HAD primitivement ou secondairement, en tenant compte de paramètres médicaux mais aussi socio- économiques.

CHAPITRE II

METHODOLOGIE

CHAPITRE II : METHODOLOGIE

Il s'agit d'une enquête rétrospective, uni centrique, sans groupe témoin.

Pour ce faire, nous avons réuni pour notre enquête les dossiers de grossesses pathologiques de l'année 2005, ce qui représente 143 dossiers.

Sur ces 143 dossiers, 16 dossiers n'entraient pas dans la définition de la MAP.

Enfin, 14 dossiers n'ont pu être retenus dans notre enquête faute de données.

Ceci porte le nombre de dossiers inclus à 113.

Pour recueillir ces données, nous avons créé une grille (cf. annexe 2). Cette dernière a été validée par les Drs Siegrist et Merdassi .Elle a permis de collecter différents renseignements : des données socio- économiques, les données sur la grossesse, les thérapeutiques appliquées, le suivi et la durée d'hospitalisation.

Les grilles ont été remplies par 3 personnes différentes (une sage-femme cadre et une sage-femme de l'établissement ainsi que la thésarde).

CHAPITRE III

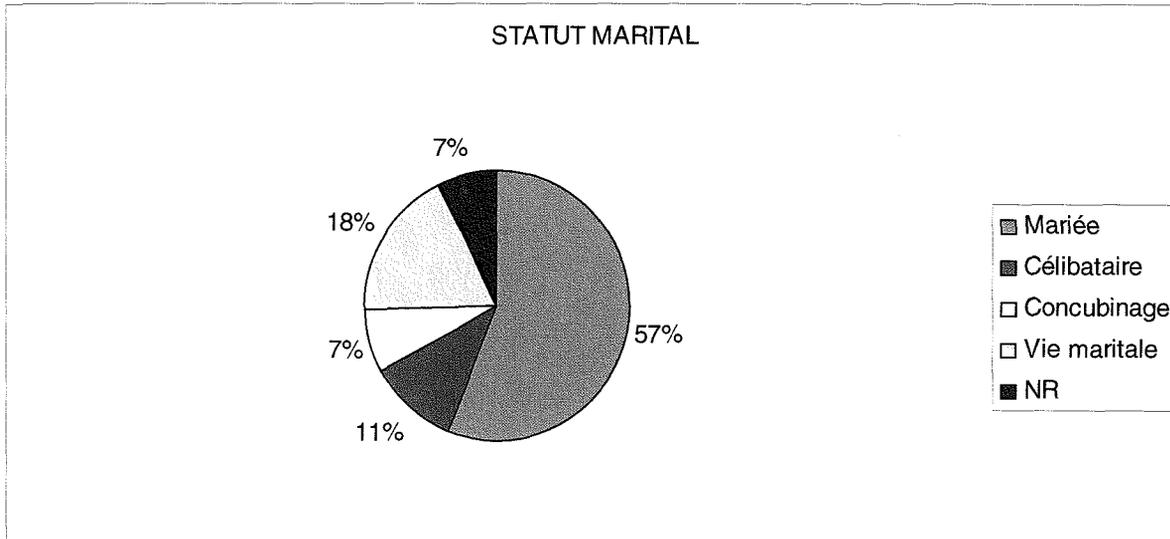
RESULTATS

CHAPITRE III :RESULTATS

1. DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES

1.1 Statut marital

La majorité des femmes de l'étude sont mariées (57 %).
82 % de ces femmes vivent en couple.



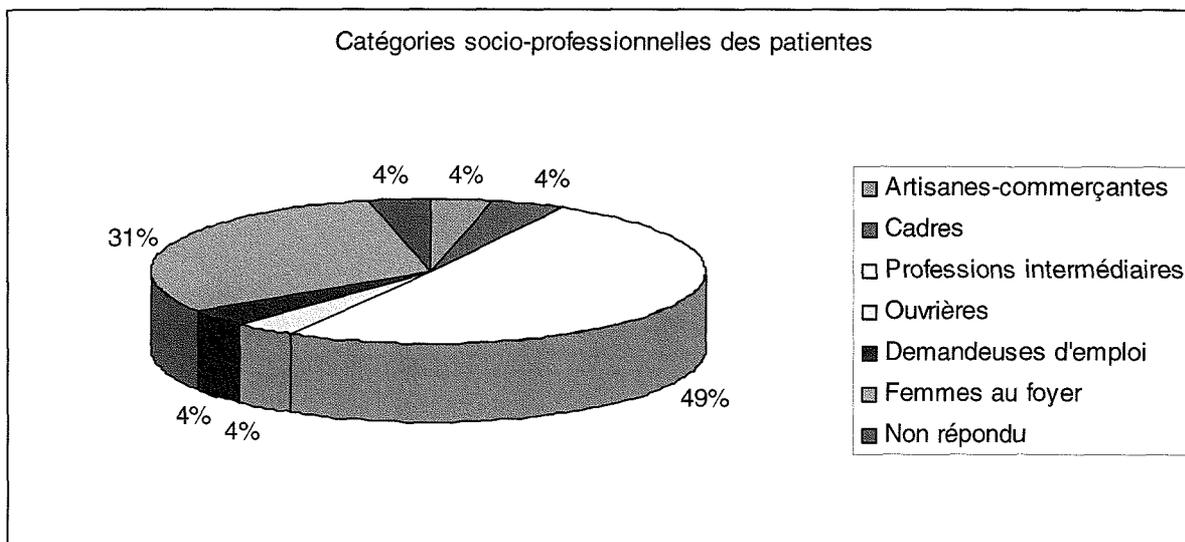
1.2 Niveau socio-économique

Les cadres sont représentées par des professions libérales et des femmes cadres salariées dans des entreprises.

Les professions intermédiaires regroupent des comptables, des secrétaires de direction, des employées de bureau et de banque ainsi que des personnels de la fonction publique de catégorie B et des professeurs d'école.

Un petit tiers des femmes n'exercent pas de profession.

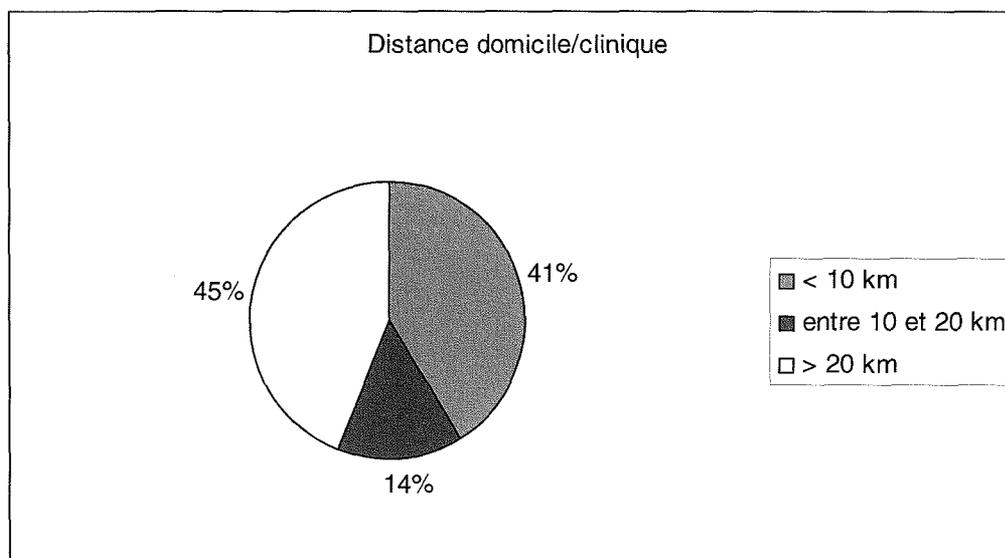
Il n'y a aucune femme agricultrice.



1.3 Lieu d'habitation

Nous avons retenu la première adresse de la patiente en cas de changement d'adresse au cours de la grossesse.

La plus grande distance enregistrée est de 70 km.



1.4 Age moyen de la future mère

La moyenne d'âge des patientes est de 28,4 ans.

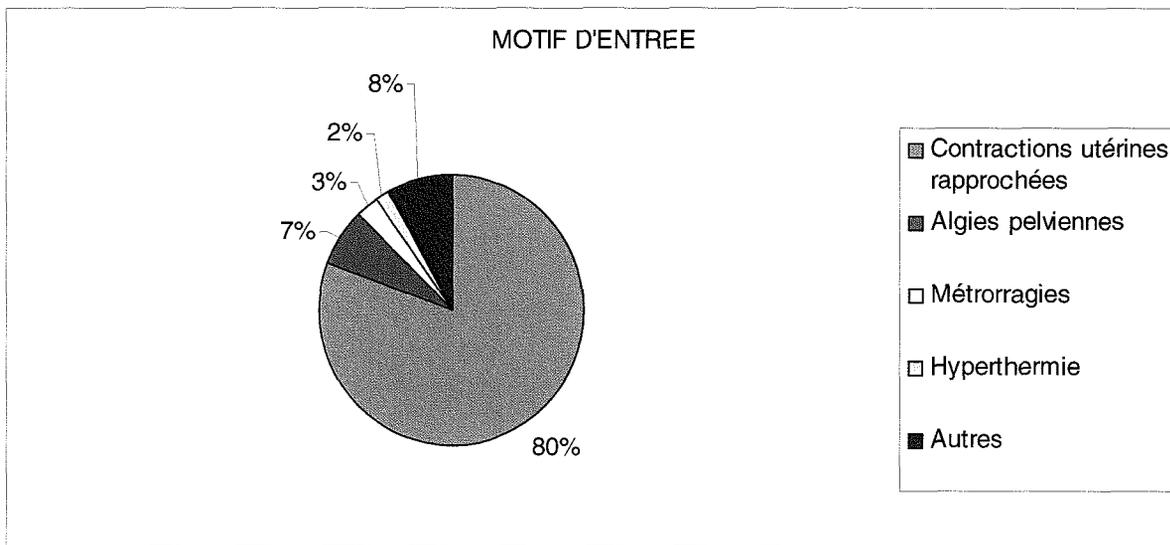
La moyenne d'âge des patientes primipares est de 28 ans.

L'âge des patientes de cette enquête est compris entre 17 et 40 ans

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA GROSSESSE

2.1 Motifs d'entrée

Le premier motif d'entrée est les contractions utérines rapprochées, puis viennent les algies pelviennes, l'hyperthermie et les métrorragies. Les leucorrhées louches, les vomissements, les modifications du col utérin ainsi qu'un état de pré-éclampsie constituent les autres motifs d'entrée.

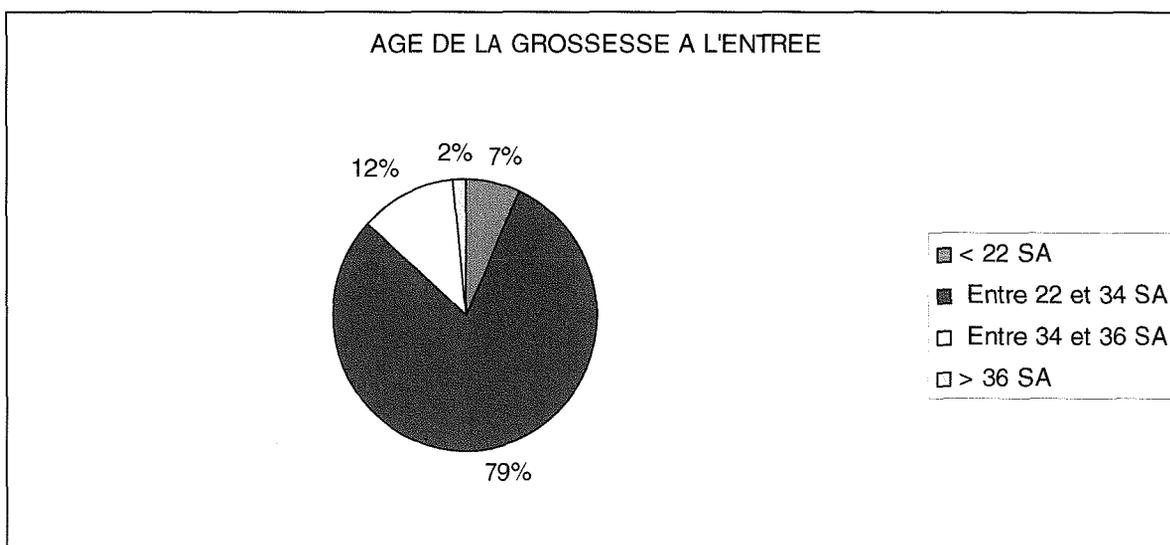


2.2 Age de la grossesse à l'entrée

7 % des grossesses ont un âge à l'entrée inférieur à 22 SA.

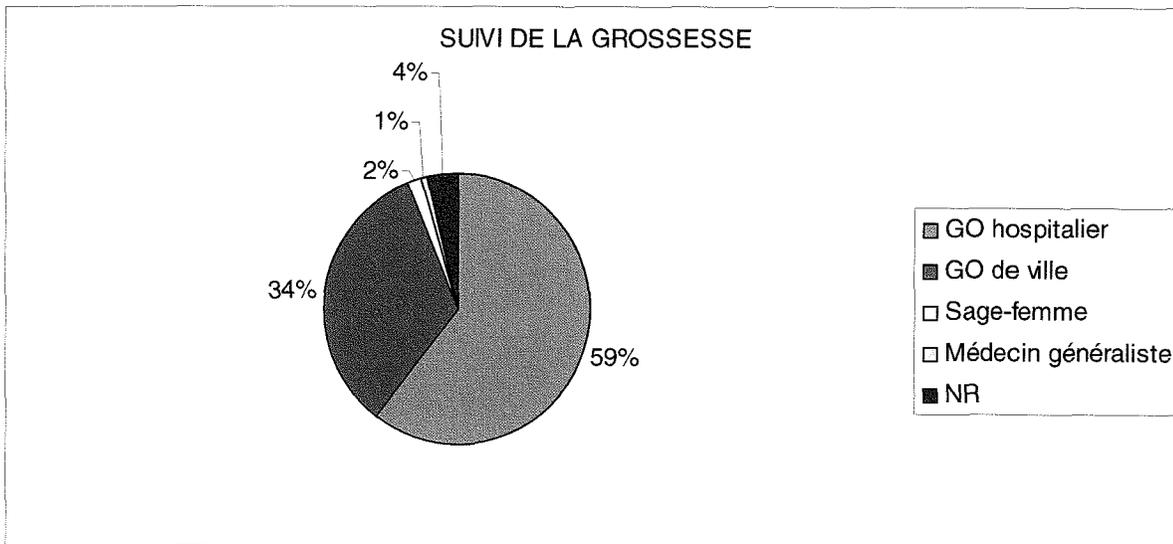
Nous les avons incluses dans l'étude si ces grossesses ont dépassé les 22 SA révolues.

91 % des cas correspondent à la définition de la MAP.



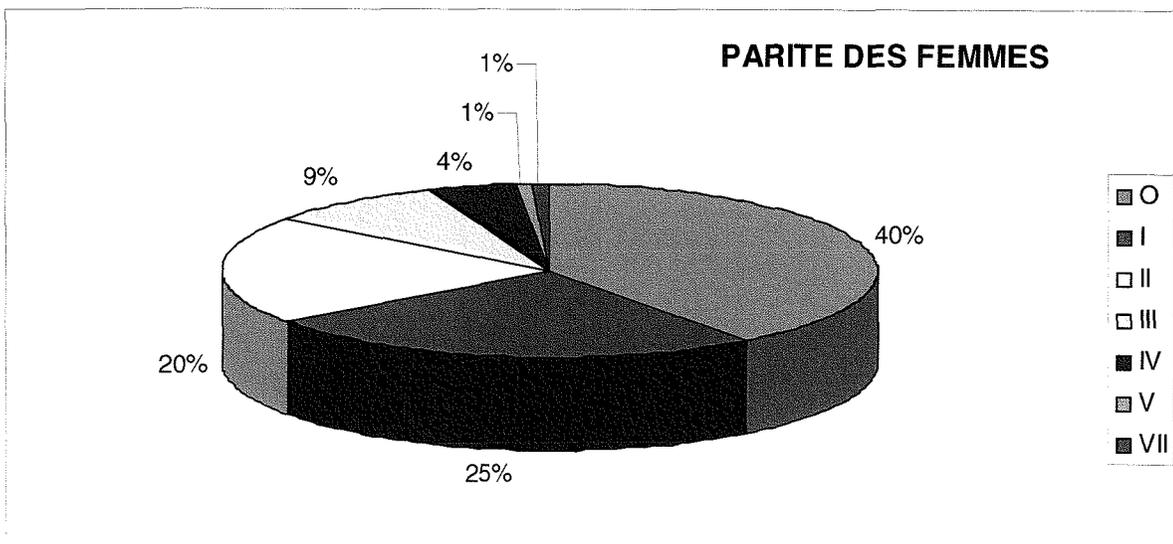
2.3 Suivi de la grossesse

Dans cette clinique, la majorité des femmes sont suivies par les 3 gynéco- obstétriciens de la clinique. Un tiers provient de la patientèle de gynéco-obstétriciens de ville .Le médecin généraliste est quasiment absent de ce suivi dans cette enquête.

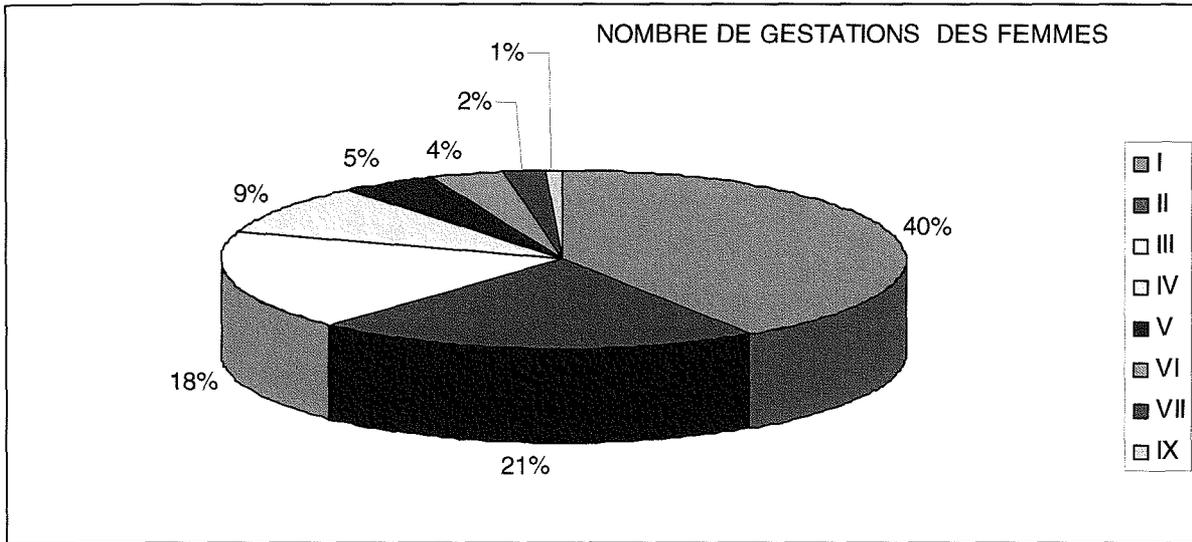


2.4 Parité et nombre de gestations

La plupart des femmes de l'enquête sont nullipares (40 %). Les primipares et les deuxièmes pares constituent les 2 autres importantes catégories. Ces trois catégories représentent 85 % des patientes de l'étude.

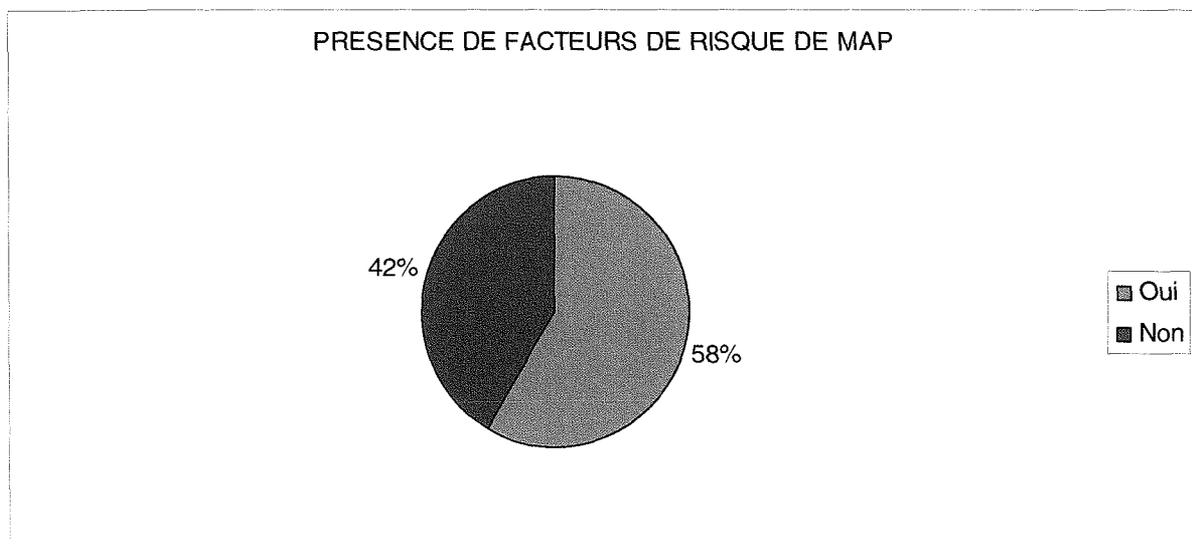


Pour les gestations, les effectifs des groupes sont un peu plus équilibrés mais l'ordre des groupes est conservé. En effet, les primigestes sont les plus nombreuses (40%), suivies par les deuxièmes gestes (21%), puis les troisièmes gestes. Les autres catégories sont très minoritaires.



2.5 Facteurs de risques de MAP

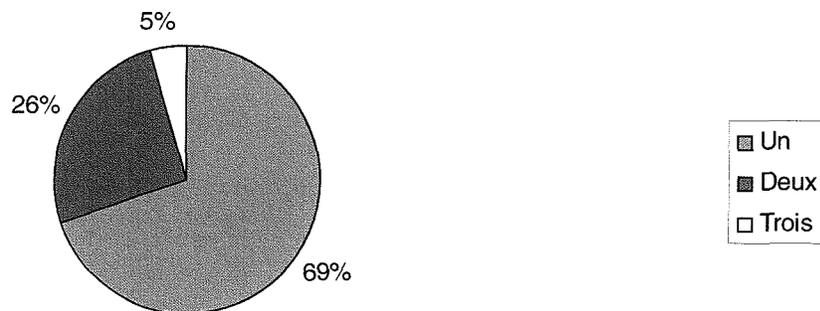
Il existe des facteurs de risque de MAP dans 58 % des cas.



Dans 69 % des cas, un seul facteur de risque est retrouvé.

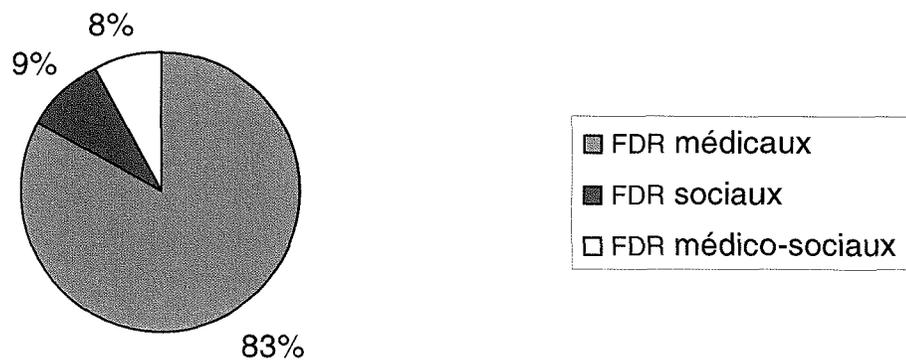
Dans 26 % des cas, il existe 2 facteurs de risque et dans 5 % des cas, 3 facteurs de risque.

NOMBRE DE FACTEURS DE RISQUE DE MAP



La plupart des femmes présentent un facteur de risque médical de MAP. Un peu de moins 10 % a uniquement un facteur social (monoparentalité , stress lié au travail, ...).

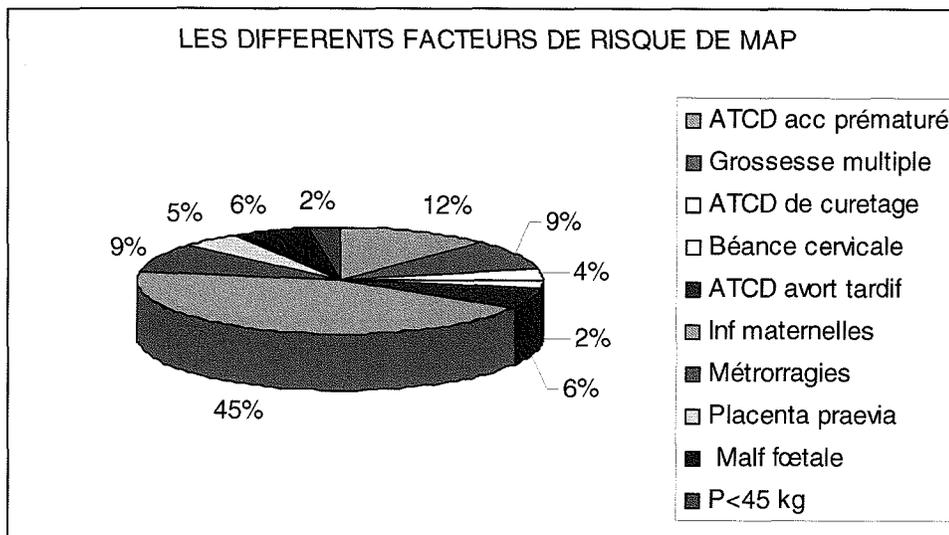
LA REPARTITION DES DIFFERENTS TYPES DE FACTEURS DE RISQUE



Les facteurs de risque médicaux rencontrés sont par ordre de fréquence :

- les infections maternelles (45 %)
- les antécédents d'accouchement prématuré (12 %)
- la grossesse multiple et les métrorragies du 2^{ème} semestre (9 %)
- les antécédents d'avortement tardif et les malformations fœtales (6 %)
- le placenta prævia (5 %)
- les antécédents de curetages (4 %)
- la béance cervicale et le poids maternel inférieur à 45 kg (2 %)

Les autres facteurs de risque tels une chirurgie abdominale pendant la grossesse ou une taille maternelle inférieure à 150 cm, n'ont pas été rencontrés lors de cette étude.



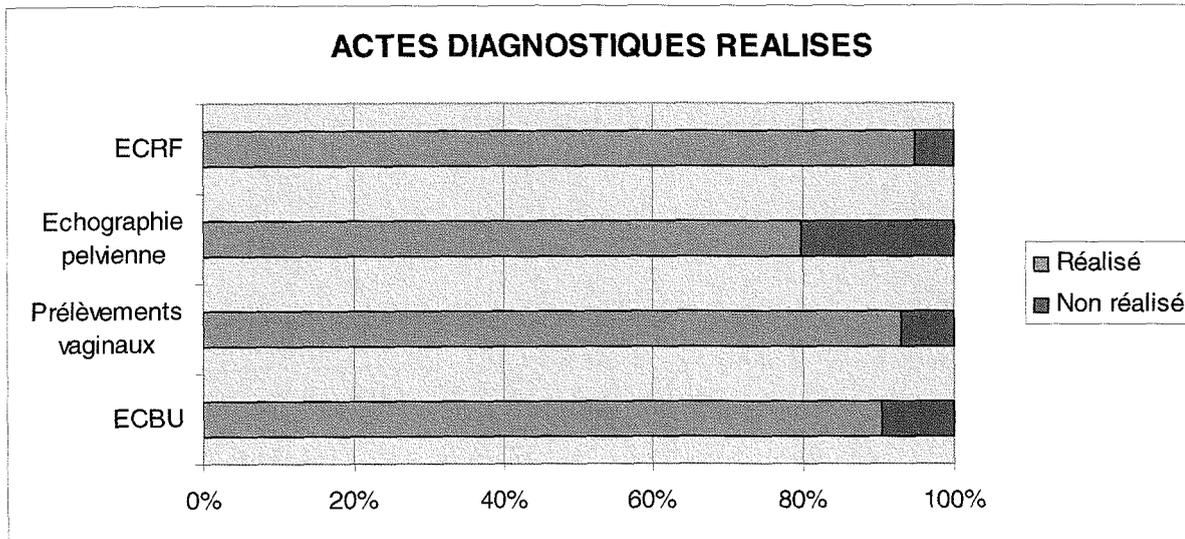
3. LES ACTES DIAGNOSTIQUES

Les prélèvements vaginaux sont réalisés à 95 %, l'ECBU est réalisé dans 90 % des cas à la clinique. Dans les autres cas, ces deux examens sont faits en externe.

La tocographie externe est réalisée dans 98 % des cas et dans 80 % des cas pour l'échographie pelvienne.

Les autres examens à visée diagnostique sont par ordre de fréquence :

- l'ECG (11,5 %)
- la radiopelvimétrie (8,8 %)
- l'amniocentèse (1,8 %).

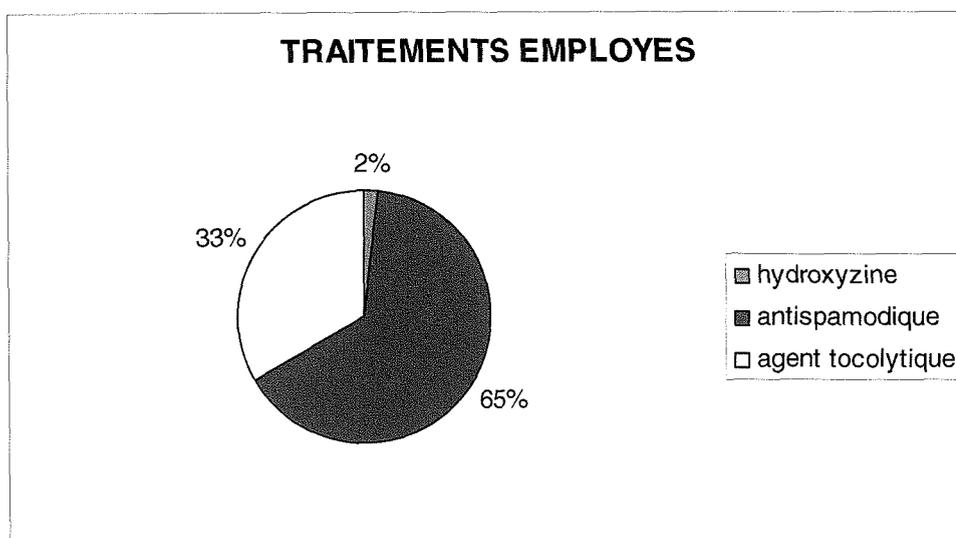


4. LES ACTES THERAPEUTIQUES

2 % des patientes ont eu un traitement par hydroxyzine seule.

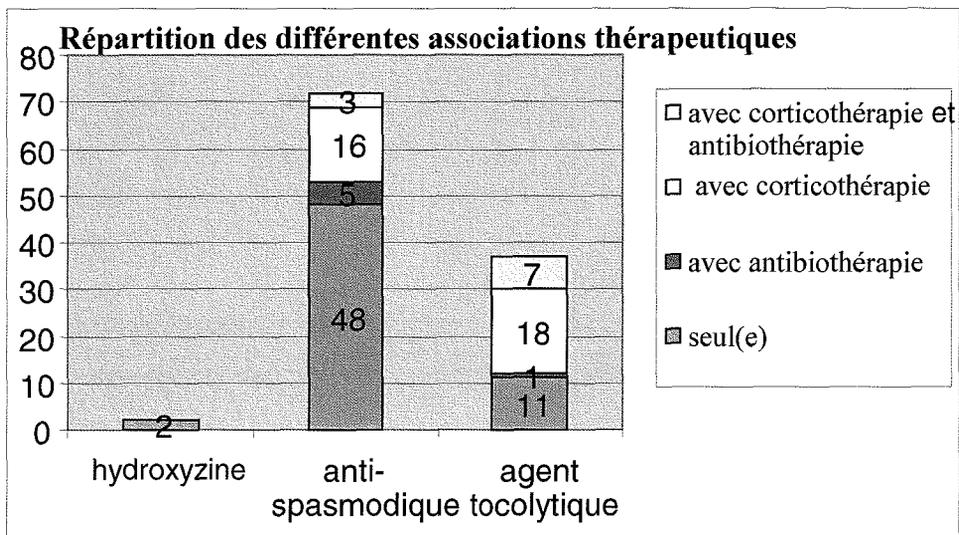
65 % des patientes ont reçu un antispasmodique seul.

33 % des femmes ont bénéficié d'une tocolyse.



Les différents traitements utilisés dans cette enquête sont :

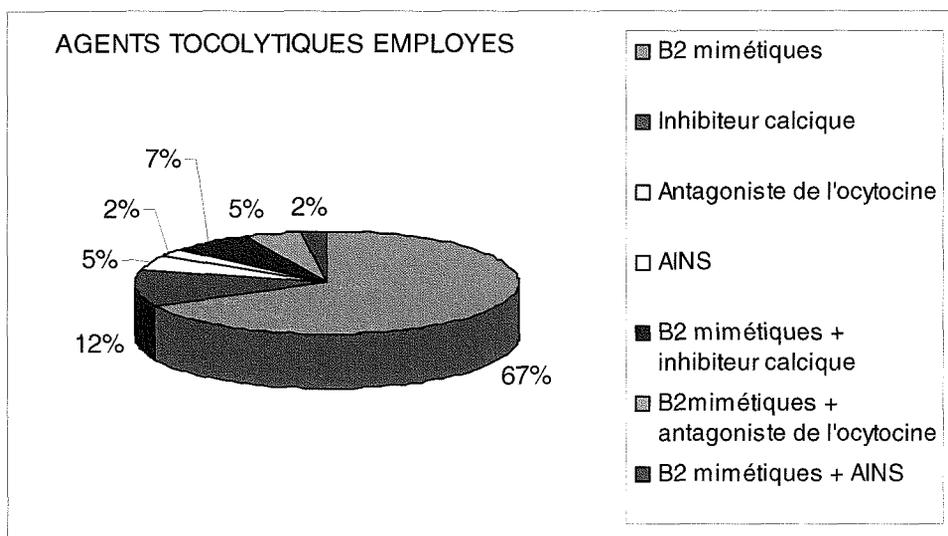
- du phloroglucinol pour l'antispasmodique
- du salbutamol, de la nifédipine, de l'atosiban et du naproxène pour les agents tocolytiques
- de l'amoxicilline et l'association amoxicilline/acide clavulanique pour les antibiotiques
- du méthylprednisolone et de la bétaméthasone pour les corticoïdes.



49 % des patientes qui ont reçu un agent tocolytique ont bénéficié d'une corticothérapie contre 22 % des femmes traitée par antispasmodique.

4.1 La tocolyse

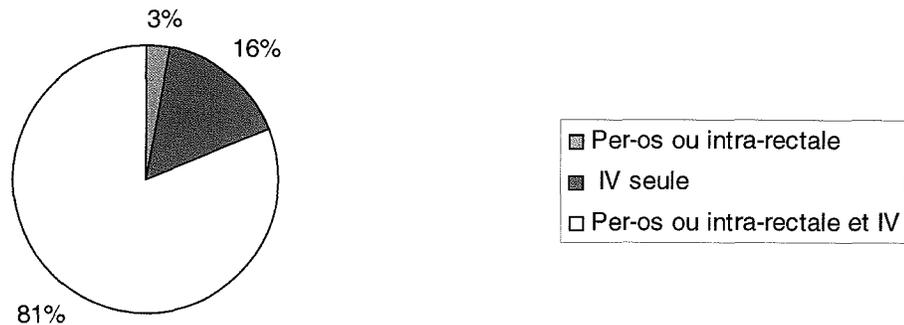
86 % des femmes reçoivent une monothérapie.
Le traitement tocolytique privilégié est celui des B2 mimétiques.



La très grande majorité des patientes a bénéficié d'une tocolyse intraveineuse (IV), relayée par la voie per-os, en général au bout de 48 heures (81%).

16 % des femmes ont eu un traitement uniquement par voie intra-veineuse et seule une minorité (3 %) n'a eu qu'un traitement per-os.

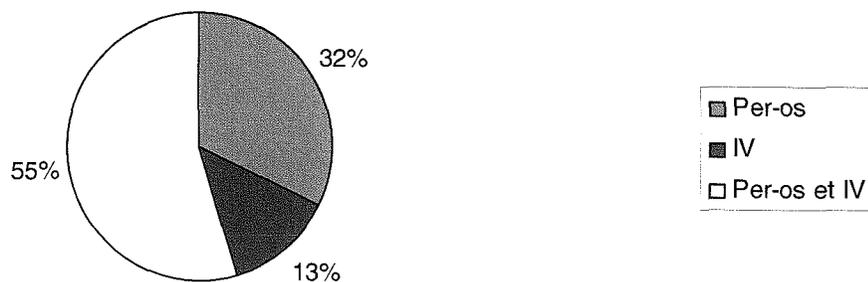
MODES D'ADMINISTRATION DE LA TOCOLYSE



4.2 L'antibiothérapie

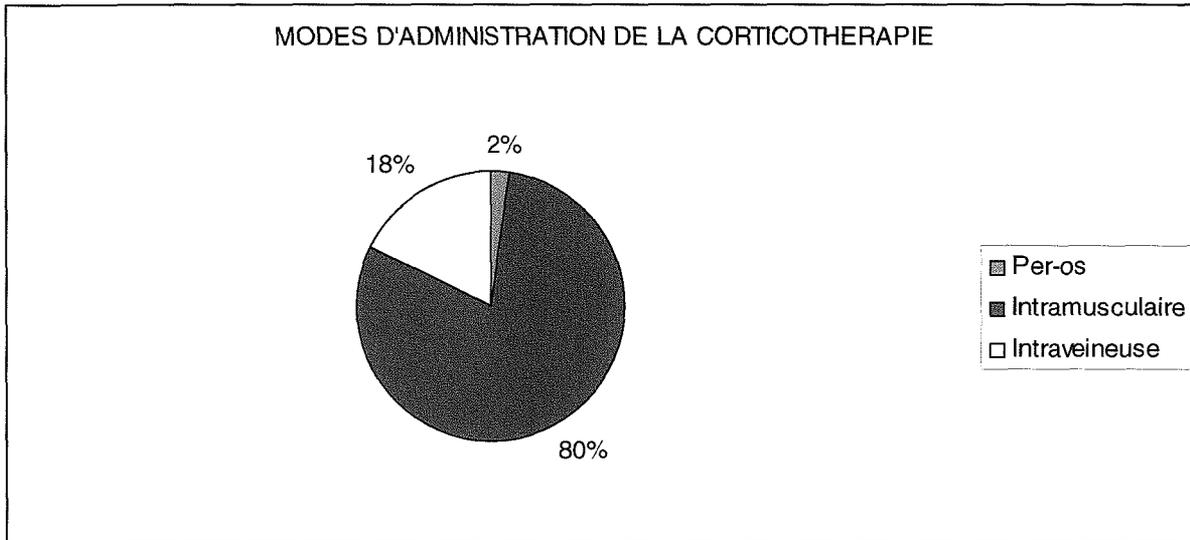
En ce qui concerne l'antibiothérapie, les groupes sont plus équilibrés avec une majorité de femmes ayant reçu les deux modes d'administration, un tiers uniquement par voie per-os et 13 % uniquement par voie intra-veineuse. Cette dernière catégorie étant constituée essentiellement de femmes ayant une suspicion d'infection, qui n'a pas été confirmée par les prélèvements réalisés et dont on a par conséquent suspendu le traitement.

MODES D'ADMINISTRATION DE L'ANTIBIOTHERAPIE



4.3 La corticothérapie

La très grande majorité des patientes a reçu une corticothérapie par voie intramusculaire (80 %). Le seul produit utilisé par cette voie, ainsi qu'en per-os est la bétaméthasone. La méthylprednisolone a toujours été administrée par voie intra-veineuse.



4.4 La durée moyenne des différents traitements

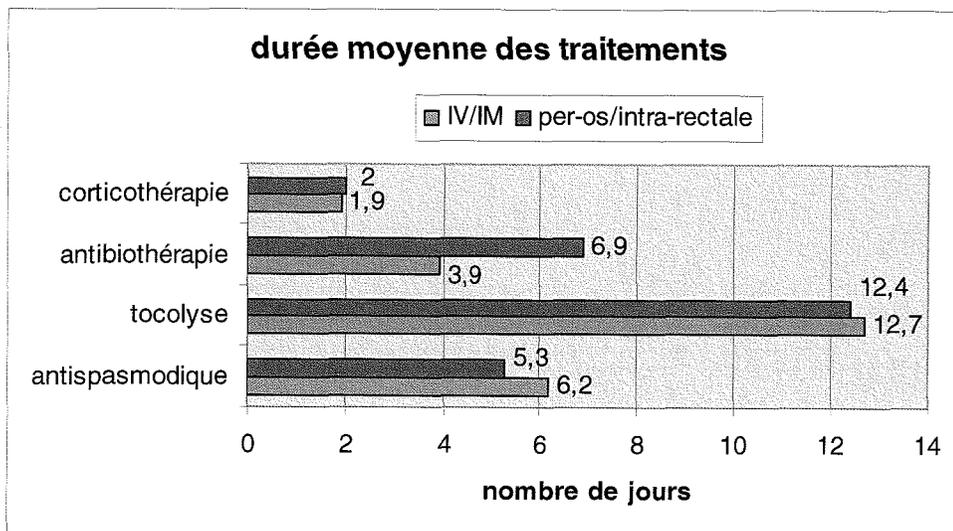
La durée moyenne du traitement par antispasmodique est de 5,75 jours et de 12,55 jours pour la tocolyse, pour les 2 voies confondues.

La plus longue durée de tocolyse en IV est de 42 jours et de 53 jours globalement.

La durée moyenne d'une tocolyse avec un agent tocolytique est de 5 jours tandis que la durée moyenne d'une tocolyse avec 2 tocolytiques est de 13 jours.

La durée moyenne de l'antibiothérapie est environ deux fois plus longue pour la voie IV que celle per-os.

Quant aux durées moyennes de la corticothérapie, elles sont équivalentes quel que soit le mode d'administration.

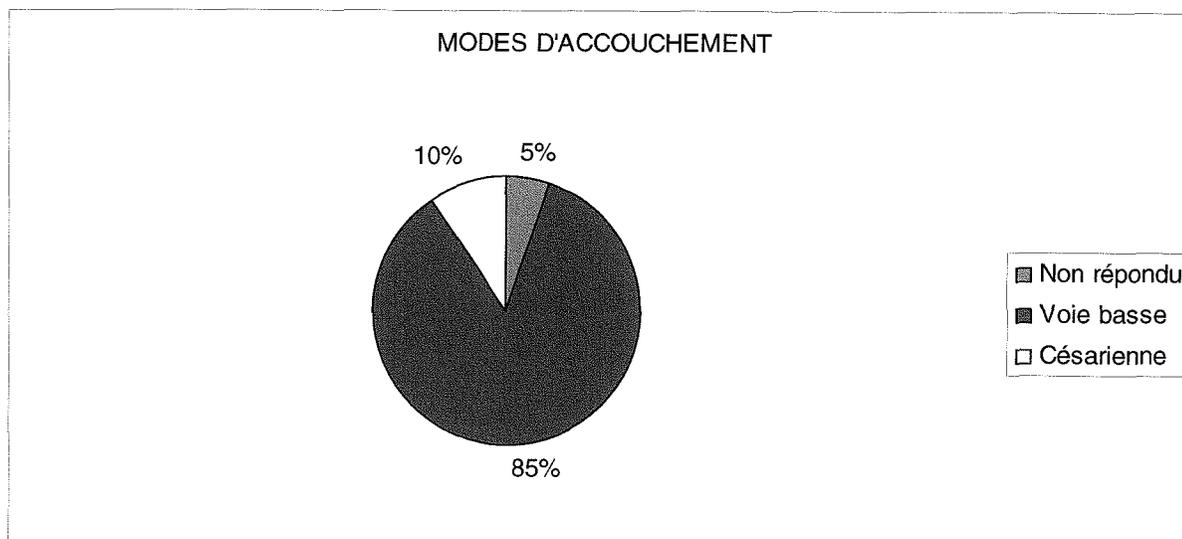


5. LES DONNEES DE L' ACCOUCHEMENT

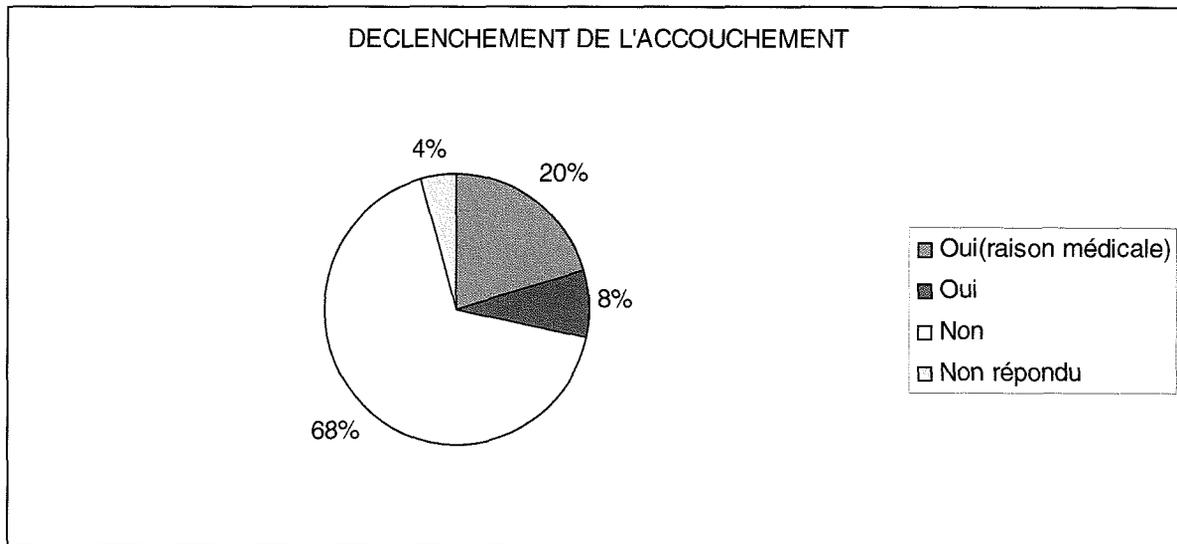
La moyenne du terme de la grossesse est à 37,5 SA.

23 % des patientes ont accouché avant 36 SA.

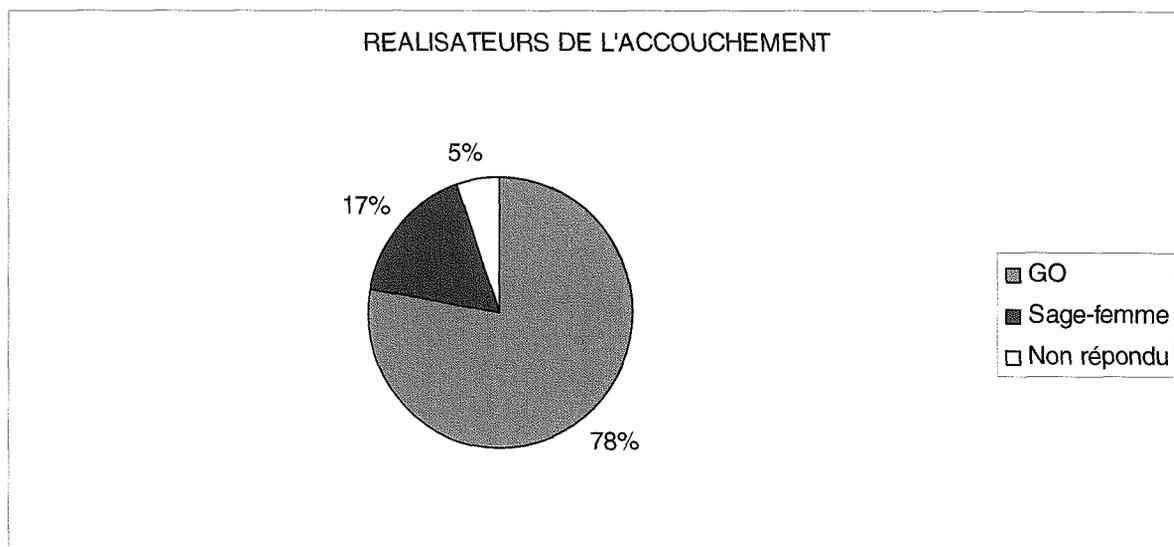
L'accouchement se fait très majoritairement par voie basse (85 %).



Il est à noter que 28 % des accouchements sont déclenchés : 20% le sont pour raisons médicales et 8 % pour convenance personnelle.

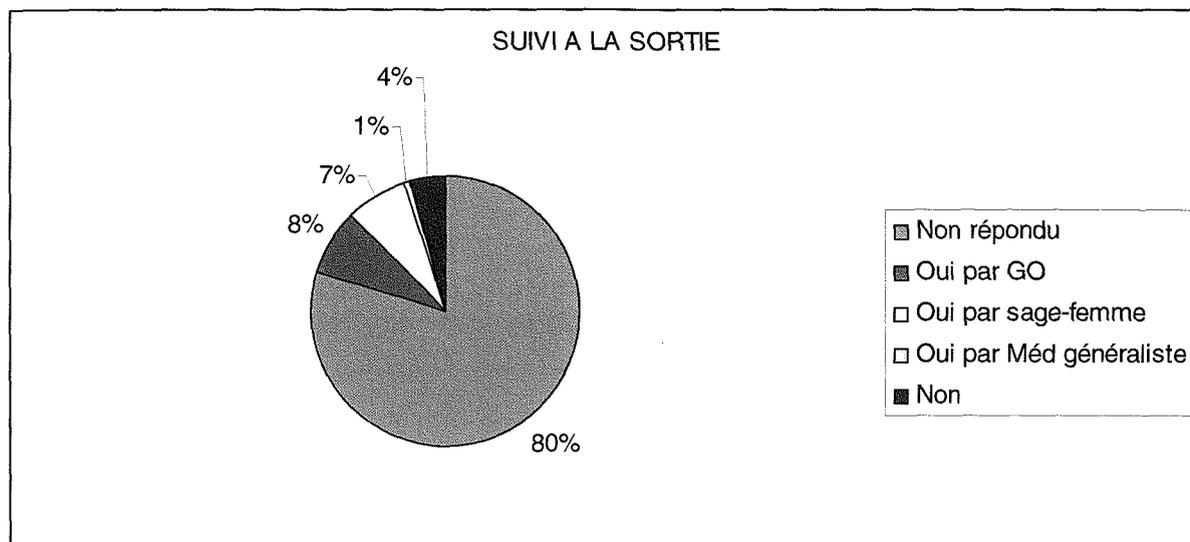


La plupart des accouchements sont réalisés par les gynéco-obstétriciens (78 %).



6. LE SUIVI APRES L'ACCOUCHEMENT

Dans l'immense majorité des cas (80 %), la personne assurant le suivi à la sortie n'est pas mentionné dans le dossier. Dans le cas contraire, ce sont par ordre de fréquence, les gynéco-obstétriciens (8 %), les sages-femmes (7%) puis les médecins généralistes (1%).



7. LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR

La durée moyenne d'hospitalisation est de 16 jours.

La plus courte durée d'hospitalisation est de 2 jours et la plus longue de 80 jours.

Quatre femmes ont effectué deux séjours hospitaliers. Dans ce cas, nous avons comptabilisé la somme de ces deux séjours.

On note que ces femmes ont bénéficié dans le laps de temps où elles sont rentrées à domicile d'un suivi réalisé par une sage-femme à raison de deux visites par semaine.

Deux patientes ont aussi pu avoir un télé monitoring hebdomadaire.

QUATRIEME PARTIE

DISCUSSION

CHAPITRE I

ANALYSE DES DONNEES DE L'ENQUETE

CHAPITRE I : ANALYSE DES DONNEES DE L'ENQUETE

En France, on enregistre chaque année quelque 775 000 naissances.

Depuis une vingtaine d'années, la prématurité s'accroît du fait de grossesses gémellaires plus nombreuses dues au développement des traitements contre la stérilité, de la modification de l'âge maternel et de l'augmentation de la natalité globale [14].

En 2003, le taux de prématurité global est de 6,2 %, variant de 4,2 % pour les naissances uniques à 43 % pour les naissances multiples. Le taux de grande prématurité global (naissance avant 33 SA) est de 1,1 %, allant de 0,9 % pour les naissances uniques à 7,5 % pour les naissances multiples.

1. LES DONNEES SOCIO -ECONOMIQUES

Sur le plan familial, on remarque tout d'abord que la très grande majorité des femmes vivent en couple dont 67 % officiellement (mariage ou contrat de concubinage). 11 % des femmes sont célibataires et sont donc susceptibles de constituer une famille monoparentale.

En France, selon le rapport de l'enquête nationale sur la périnatalité en 2003 seulement 53 % des naissances ont lieu dans des couples.

Sur le plan socio- professionnel, 31 % des patientes sont des femmes au foyer. Cette situation est semblable à celle observée chez des femmes enceintes ayant accouché prématurément en France. Par contre sur le plan national, 10 % des femmes concernées par la MAP sont sans emploi alors que dans notre enquête, elles ne représentent que 4 % des patientes. Le rapport sur la situation de la périnatalité en France souligne de grandes disparités entre les différentes catégories socio- professionnelles (CSP). Le taux de prématurité est de 3,9 % chez les cadres et les professions intermédiaires mais s'élève à 6,4 % chez les ouvrières et les femmes au foyer. Le taux de grande prématurité oscille entre les différentes CSP, entre 0,7 et 2,2 % des naissances. Les plus touchées par ce phénomène sont les ouvrières. Notre enquête n'est pas représentative à ce niveau de la population française puisque les ouvrières sont moins nombreuses que les professions intermédiaires dans notre échantillon.

Les patientes primipares de cette étude sont un peu plus jeunes que la moyenne nationale puisque l'âge moyen d'une première grossesse est de 29 ans. On note que les moyennes d'âge des patientes sont proches entre les primipares et les autres.

Un peu moins de la moitié des patientes habitent dans un rayon de moins de 10 km autour de la clinique. Les patientes habitant à plus de 40 km (10 %) sont adressées la plupart du temps par un autre établissement hospitalier car la clinique Cl. Bernard possède un service de réanimation néo-natale. Il ne s'agit pas dans ces cas d'un choix délibéré de la patiente mais d'assurer la meilleure prise en charge possible de la mère et de son enfant.

2. RENSEIGNEMENTS SUR LA GROSSESSE

Le motif d'entrée le plus fréquemment rencontré est logiquement les contractions utérines rapprochées.

Dans 91 % des cas, l'âge de la grossesse à l'entrée correspond à la définition de la MAP.

7 % des cas correspondent aux fausses couches tardives et 2 % des patientes sont admises au delà de 36 SA.

Pour les patientes admises entre 22 et 36 SA, nous les avons scindées en 2 groupes (avant 34 SA et après 34 SA) car, selon le texte des recommandations sur la prise en charge des MAP du CNGOF de 2002, il n'existe pas d'essai randomisé testant le bénéfice d'une tocolyse après 34 SA et entre 34 et 36 SA, les bénéfices attendus sont à évaluer en fonction des

risques et des effets secondaires maternels des traitements utilisés et des conditions d'accueil du nouveau-né.

En ce qui concerne le suivi de la grossesse, l'immense majorité des patientes est suivie par l'un des trois principaux gynéco-obstétriciens de la clinique. Un tiers des patientes provient de la patientèle des gynéco-obstétriciens de ville, dont certains ont des activités au sein de la clinique. La sage-femme et le médecin généraliste sont des interlocuteurs marginaux pour le suivi de la grossesse. Ils interviennent de façon ponctuelle, quand les interlocuteurs habituels ne sont pas disponibles ou dans des situations complexes (nécessité d'un suivi social ou médical autre que dans le domaine obstétrique).

En ce qui regarde la parité et le nombre de gestations des femmes, la répartition entre les différentes catégories est relativement comparable à la situation générale française.

Dans environ 60 % des cas, un facteur de risque a été retrouvé. Le premier facteur de risque est l'infection maternelle. La famille monoparentale est en troisième position. Il faut aussi souligner que, quand il existe trois facteurs de risque, la famille monoparentale apparaît toujours.

3. LES ACTES DIAGNOSTIQUES

Ces actes ont pour buts principaux d'affirmer la MAP, d'éliminer une urgence obstétricale (hématome rétroplacentaire, souffrance fœtale aigüe ou chorio-amnionite), de déterminer la sévérité de la MAP et si possible de trouver une étiologie à cette dernière.

Les scores basés sur l'association de critères cliniques et de facteurs de risque (CRAP, Papiernik) n'ont pas été validés et ne peuvent être recommandés pour les décisions en pratique quotidienne.

Dans l'étude, le diagnostic de la MAP est posé en fonction des résultats de l'examen clinique et du TV (100 % de réalisation), de l'ECRF (98 % de réalisation) et de l'échographie du col (80 % de réalisation). Ces examens permettent aussi de déterminer la sévérité de la MAP.

La MAP sévère est définie par l'association des contractions utérines intenses et à l'échographie un col cervical de moins de 30 mm avec plus ou moins un orifice interne ouvert à plus de 5 mm. Les autres MAP sont considérées comme peu sévères et ne nécessitent pas un traitement tocolytique. Les recommandations du CNGOF préconisent la réalisation d'une échographie du col cervical dans des situations intermédiaires (en pratique, les plus nombreuses) car elle permet, couplée au TV, de mieux évaluer la sévérité de la MAP et donc d'identifier les patientes à risque d'accoucher prématurément. L'échographie a l'avantage d'être plus précise et plus reproductible que le TV. Cependant dans les cas extrêmes (col très modifié associé à des contractions utérines régulières ou au contraire col très peu modifié avec des contractions utérines rares), le TV est plus performant.

Les prélèvements vaginaux tout comme l'ECBU permettent la recherche d'une infection maternelle. Les germes les plus fréquemment rencontrés sont le Streptocoque B et E. Coli. On sait que l'infection même asymptomatique est liée à la menace d'accouchement prématuré. Le diagnostic est souvent porté a posteriori et lorsqu'une infection est fortement suspectée une antibiothérapie probabiliste est débutée sans attente des résultats, quitte à la suspendre quand les examens bactériologiques se révèlent négatifs.

Certains centres dosent la fibronectine. En cas de MAP, la valeur diagnostique de la fibronectine semble être supérieure à celle de l'examen clinique. Mais, il n'existe pas d'étude démontrant la supériorité de ce marqueur sur l'échographie du col cervical, ni l'inverse. Ce marqueur n'a pas été utilisé par l'établissement où l'enquête a été réalisée.

4. LES ACTES THERAPEUTIQUES

4.1 Indications d'une tocolyse

Unanimentement, la littérature reconnaît les agents tocolytiques comme ceux permettant la prolongation d'une grossesse.

Il n'existe pas de limite inférieure d'âge gestationnel pour débiter une tocolyse. Cependant, entre 34 et 36 SA, les bénéfices néonataux attendus de la tocolyse sont à évaluer en fonction du risque et effets secondaires maternels des traitements utilisés et des conditions d'accueil du nouveau-né, selon les recommandations du CNGOF en 2002.

Ce même texte ne fixe pas non plus de limite inférieure de longueur du col cervical pour commencer le traitement. Par contre, il préconise un traitement d'attaque d'une durée de 48 heures. En cas d'efficacité, il n'y aurait pas d'intérêt à le poursuivre au-delà de cette période. Un traitement d'entretien pourrait réduire les ré hospitalisations ainsi que le nombre de deuxième cure tocolytique par voie intra-veineuse.

4.2 Agents tocolytiques employés

Les classes de tocolytiques ayant démontré une efficacité supérieure à celle d'un placebo pour prolonger la grossesse, sont :

- les bêtamimétiques
- les antagonistes de l'ocytocine
- les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Les AINS sont efficaces mais ont de nombreux effets secondaires fœtaux (syndrome de la persistance de la circulation fœtale, insuffisance rénale par exemple).

Il n'existe pas d'étude à ce jour concernant l'efficacité des inhibiteurs calciques versus placebo c'est pourquoi cette classe thérapeutique n'a pas l'AMM dans cette indication. Par contre, il y a de nombreux essais randomisés les comparant aux bêtamimétiques et qui concluent à une efficacité égale ou supérieure.

Le Collège des gynéco-obstétriciens français préconise trois classes thérapeutiques, en première intention, dans le traitement tocolytique. Il s'agit des :

- bêtamimétiques
- inhibiteurs calciques
- antagonistes de l'ocytocine

Le traitement est adapté à la sévérité de la MAP.

Dans cette clinique, quand un traitement tocolytique est instauré, la voie intra-veineuse est largement privilégiée au départ et relayée si nécessaire par voie per-os ou intra-rectale. La tocolyse commence toujours par un antispasmodique auquel est adjoit si nécessaire un B2mimétique.

Dans cette étude, une majorité de femmes a bénéficié d'un traitement antispasmodique seul. La deuxième classe thérapeutique utilisée est celle des B2mimétiques. Les inhibiteurs calciques sont rarement employés (8 % des cas) de même que les AINS (2% des cas). En France, certains services hospitaliers ont choisi d'utiliser en première intention un inhibiteur calcique (nicardipine ou nifédipine) tout en sachant que cette classe n'a pas l'AMM pour cette indication [8]. Elle bénéficie par contre d'une recommandation d'utilisation du CNGOF en

2002 de niveau NP1 car les inhibiteurs seraient mieux tolérés sur le plan clinique que les B2mimétiques.

L'antagoniste de l'ocytocine a été utilisé pour 3 patientes : 2 patientes après échec d'agent tocolytique de première intention ; le troisième cas concernait une patiente avec une grossesse gémellaire. Deux études ont été menées dans des hôpitaux français concernant son emploi. La première est une étude multicentrique, randomisée en double aveugle, issue de l'Hôpital de la Croix Rousse de Lyon réalisée en 2001. Elle comportait 742 patientes et comparait les effets de l'antagoniste de l'ocytocine et ceux des B2mimétiques. 363 patientes ont reçu de l'Atosiban et 379 patientes, des B2 mimétiques sans autre agent tocolytique. Elle concluait que le succès thérapeutique des 2 produits est identique à 48 heures mais l'Atosiban présente moins d'effets secondaires pour la mère comme pour l'enfant [35].

La seconde étude a été réalisée à l'Hôpital Antoine Béchère en 2005. Il s'agit d'une étude rétrospective sur une période de 18 mois incluant 46 patientes. 40,8 % de ces grossesses étaient gémellaires et 6% avaient été obtenues par FIV. 56 % de ces patientes avaient eu en inhibiteur calcique, 20% une bithérapie alliant inhibiteur calcique et B2 mimétiques, 4 % des B2mimétiques, 2% un AINS et enfin 12 % aucun traitement. L'efficacité du tractocile, c'est-à-dire pas d'accouchement dans les 48 H après le début du traitement est de 71,4%, soit une efficacité équivalente aux autres agents tocolytiques. 57,2 % des patientes ont même accouché au-delà de 7 jours après les perfusions. Aucun effet indésirable, ni maternel, ni fœtal n'a été constaté [24].

Une autre étude publiée par Montquin en 2001 a démontré que le profil de tolérance du tractocile est meilleur que celui des B2mimétiques. L'Atosiban a cependant un inconvénient par rapport aux autres agents tocolytique : son prix. Une cure revient à environ 1000 euros. C'est pourquoi, il est réservé aux situations d'échecs des autres tocolytiques en seconde intention et en première intention aux grossesses gémellaires où le risque avec les B2mimétiques de provoquer un OAP maternel est élevé.

4.3 Exemples de protocoles tocolytiques utilisés

4.3.1 Protocole du CHU de Reims (1999) [35]

- Traitement d'attaque

→ Ritodine

La voie d'administration de ce produit est intraveineuse.

Les indications sont les MAP ne relevant pas d'une indication spécifique de la nifédipine ou de l'indométacine.

Les contre-indications à son utilisation sont toutes les cardiopathies, l'HTA non contrôlée et le diabète sévère décompensé.

La concentration du produit est à 0,02 % habituellement, mais pour les grossesses gémellaires, elle est à 0,04 %.

Le débit initial est de 50 µg/mn. Il doit être augmenté toutes les trente à quarante-cinq minutes jusqu'à l'arrêt des contractions utérines ou l'apparition d'effets secondaires. Le débit maximal est de 300 µg/mn.

→ Nifédipine

La voie d'administration de produit est orale.

Elle peut être utilisée en première intention en cas d'HTA sévère ou de contre-indications aux bêtamimétiques, ou en deuxième intention si la Ritodine est inefficace ou mal tolérée.

→ Indométacine

La voie d'administration est per- os.

Elle peut être employée en première intention en cas de MAP sévère avant 26 SA ou lors d'une grossesse monofoetale avec hydramnios idiopathique âgée de moins de 32 SA.

- Traitement d'entretien

Le traitement d'entretien n'est pas une nécessité.

Il doit être débuté au maximum 48 heures après le début du traitement d'attaque.

La nifédipine sera le traitement d'entretien préférentiellement, par voie per- os, du fait de sa bonne tolérance maternelle.

4.3.2 Protocole des Hopitaux civils de Strasbourg (2001) [18]

- Traitement d'attaque

→ Nifédipine

Ce traitement doit être utilisé préférentiellement en première intention en cas de diabète, de métrorragies liées à un placenta prævia ou de grossesse multiple.

Les contre-indications sont l'hypotension maternelle, la défaillance cardiaque et l'association avec le sulfate de magnésie.

Il existe deux protocoles.

- ✓ MAP très sévère

La nifédipine est donnée par voie sub-linguale à la posologie de 10 mg. L'administration peut être renouvelée à la même posologie au bout de quinze minutes si les contractions utérines persistent et que la TA est stable.

- ✓ MAP sévère

La nifédipine est administrée par voie per-os à la posologie de 2 capsules de 10 mg. Si les contractions utérines persistent au bout de quatre-vingt dix minutes, on donne à la patiente une nouvelle capsule de 10 mg et un comprimé de 20 mg (forme LP).

→ Salbutamol

Le salbutamol est administré en perfusion intraveineuse continue.

Le débit initial est à 1,5 mg/h avec un débit maximal autorisé à 3,4 mg/h. Après l'obtention de la cessation de la contraction utérine, il faut maintenir un débit efficace pendant une heure puis le diminuer de 1 mg/h.

→ Atosiban

Il s'agit d'un agent tocolytique de seconde intention si la patiente présente une contre-indication ou une intolérance aux bêtamimétiques ou en cas de grossesse multiple.

Il est donné en perfusion intraveineuse continue à la dose de 1,8 mg/h sur 3 heures avec un bolus de 0,625 mg au départ.

▪ Traitement d'entretien

→ Nifédipine

La nifédipine est donnée en forme à libération prolongée 20 mg toutes les 6 heures puis toutes les 8 heures.

→ Salbutamol

Le salbutamol est donné sous forme per-os à la posologie de 2 comprimés toutes les 3 heures puis toutes les 4 heures.

→ Atosiban

L'atosiban est administré en perfusion intraveineuse continue à un débit de 0,6 mg/h. Ce traitement ne doit excéder 45 heures.

4.3.3 Protocole de la Maternité Régionale de Nancy (2005) [28]

▪ MAP peu sévère

Définie par des contractions utérines de faible importance sans modification cervicale, de préférence évaluée par l'échographie (longueur cervicale > 30 mm)

- Retour à domicile
- Arrêt de travail
- Repos
- Traitement étiologique (infection urinaire, cervicale ...)
- Pas de traitement tocolytique

▪ MAP sévère

Définie par des contractions utérines intenses et une modification cervicale importante.

- Hospitalisation
- Repos strict au lit
- Jusqu' à 34 SA, débuter la maturation pulmonaire fœtale par corticothérapie :
BETNESOL 12 mg en IM à répéter 24 heures plus tard
- Traitement tocolytique

✓ Avant 25 SA

Antispasmodiques IV (SPASFON ,10 ampoules dans 500 cc de sérum glucosé à 5 %)

✓ Entre 25 et 35 SA

Inhibiteur calcique (ADALATE) en absence de CI (hémopathie, TAS < 90 mm d'Hg, association au sulfate de magnésium)

- dose de charge : 2 capsules d'ADALATE 10 mg par voie orale en évitant formellement l'administration sublinguale
- après 90 minutes : évaluation

- si persistance des CU : 1 capsule d'ADALATE 10 mg associé à 1 comprimé d'ADALATE LP 20 mg .Si traitement inefficace 2 heures plus tard, passage aux antagonistes de l'ocytocine

4.4 Durée du traitement tocolytique

La durée moyenne du traitement tocolytique est 12,4 de jours pour les modes d'administration oral et/ou intra-rectal et 12,7 jours pour la voie intraveineuse .Cette durée est longue car les dernières recommandations ne préconisent pas de traitement d'entretien. L'efficacité du traitement est donc jugée sur 48 heures au maximum. Même si la patiente a reçu 3 agents tocolytiques différents elle ne devrait pas rester hospitalisée plus d'une semaine.

Il faut toutefois nuancer ces chiffres du fait d'une grande disparité entre les praticiens .La durée moyenne de la tocolyse par voie intraveineuse varie en effet de 4 jours à 13 jours. L'écart le plus important est enregistré pour les patientes ayant bénéficié de 2 ou 3 traitements tocolytiques La moyenne de durée de traitement dans cette situation, va de 7 jours à 23 jours. L'écart le plus faible se situe au niveau des femmes n'ayant reçu qu'un traitement tocolytique au cours de leur séjour puisque la moyenne de durée de traitement tocolytique en monothérapie oscille entre 4 et 6 jours.

4.5 L'antibiothérapie

L' administration d'une antibiothérapie en systématique n'est pas recommandée car il n'existe aucune réduction de la prématurité et aucune amélioration de l'état néonatal .Dans cette enquête , l' antibiothérapie n'a été débutée que devant une suspicion clinique d'infection (fièvre maternelle, urines troubles , tachycardie foetale) ou un bilan inflammatoire anormal (hyperleucocytose , élévation de la PCR) .On peut noter que si 41 % des patientes entraient pour suspicion d'infection , seules 27 % ont bénéficié d'une antibiothérapie. Parmi celles ayant eu une antibiothérapie, l'infection n'a pas été confirmée dans 13 % des cas. Les femmes ayant une infection réelle au moment de leur entrée ne représentent plus qu'un peu moins d'un quart des patientes (23,5 %). La durée moyenne de l'antibiothérapie est de 3,9 jours en IV suivie d'un relai per-os de 6,9 jours ce qui donne une durée globale de 11,8 jours.

4.6 La corticothérapie

39 % des patientes ont eu une corticothérapie.

Le principal produit utilisé est la bétaméthasone qui a prouvé qu'elle réduisait la mortalité néonatale et le nombre de leucomalacies périventriculaires. Elle présente aussi une facilité d'utilisation puisqu'elle ne nécessite qu'une seule injection par jour contre deux pour la dexaméthasone.

La corticothérapie a été donnée en cure unique pour toutes les patientes. La cure unique de corticoïdes permet une réduction de 40 % de la mortalité néonatale (NP1), une réduction de 50 % de la maladie des membranes hyalines (NP1), une réduction des hémorragies intra-ventriculaires cérébrales néonatales (NP1) et une réduction des entérocrites ulcéro-nécrosantes (NP1).Les patientes avaient un âge gestationnel compris entre 17 et 34 SA.

5. LES DONNEES DE L'ACCOUCHEMENT

23 % des patientes accouchent avant 36 SA .Les dates d'accouchement vont de 27 SA (enfant mort-né) à 41 SA.

Aucun enfant de cette étude n'est atteint par la prématurité extrême qui est définie par une naissance avant 28 SA. 2 % des enfants connaissent une prématurité sévère (naissance entre 28 et 32 SA).

La césarienne concerne surtout les grossesses multiples. Les autres causes de césarienne sont un travail dystocique, une souffrance fœtale aigüe, un placenta prævia et une situation de prééclampsie.

28 % des accouchements sont déclenchés dont 8 % pour convenance personnelle.

6. LE SUIVI APRES ACCOUCHEMENT

Dans la plupart des cas, il n'y a pas de trace de suivi dans les dossiers.

Les femmes sortent en règle générale 48 à 72 H de la clinique après leur accouchement si ce dernier a eu lieu par voie basse et 4 à 5 jours si elles ont bénéficié d'une césarienne.

Les femmes dont le suivi est mentionné dans le dossier le sont par ordre de fréquence pour une surveillance de la cicatrice de césarienne, une surveillance tensionnelle ou encore un suivi social par le biais de la Protection Maternelle et Infantile.

Le suivi de ces femmes après leur hospitalisation est confié par ordre de fréquence décroissante à des sages-femmes libérales, à la PMI et enfin aux médecins généralistes.

7. LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR

La durée de séjour globale est de 16 jours mais elle varie entre les différents praticiens allant de 11 à 21 jours.

8. A QUELLES FEMMES PROPOSER L'HAD ?

Au terme de cette enquête, il s'avère que les deux tiers des MAP admis l'année 2005 sont des MAP peu sévères sur le plan médical.

65 % des patientes ont reçu un simple traitement antispasmodique et ont séjourné en moyenne 5,5 jours à la clinique. 5% de ces femmes sont dans une situation rendant l'HAD difficile (pas de soutien de l'entourage) ou impossible (éloignement géographique trop important). Le reste de ces femmes auraient pu bénéficier de l'HAD si elle avait existé, après 48 H d'hospitalisation traditionnelle ce qui permettrait de gagner 3,5 jours d'hospitalisation par femme.

Quant aux femmes ayant reçu un traitement tocolytique, elles ne sont que 15 % à avoir eu un traitement avec un deuxième produit tocolytique. Dans 85 % des cas, le traitement tocolytique de première intention a été un succès. La durée de l'hospitalisation de ce groupe est cependant en moyenne de 12,5 jours. Les facteurs socio-économiques de ce groupe sont pourtant sensiblement meilleurs que ceux du groupe précédent. La responsabilité de cette longue durée de séjour est peut-être à mettre sur le compte d'une crainte d'un nouvel épisode de la part de la patiente car 20 % de ces femmes appartiennent à des professions en relation avec la santé. Pour les 85 % de ce groupe dont le traitement de première intention a été un succès, il serait intéressant de leur proposer l'HAD au terme de 5 à 6 jours d'hospitalisation , ce qui pourrait diviser par deux la durée d'hospitalisation de ce groupe.

Au final en tenant compte des données médicales, sociétales et géographiques, il serait licite de proposer à 60 % de ces patientes une HAD au bout de 48 H d'hospitalisation et à 25 autres % une HAD au bout de 5 à 7 jours d'hospitalisation. 15 % des femmes de cet échantillon nécessitant une surveillance hospitalière traditionnelle pour des raisons médicales principalement.

CHAPITRE II

DE L'UTILITE DE L'HAD OBSTETRICALE

1. UN ENRICHISSEMENT DE L'OFFRE DE SOINS

Actuellement, les femmes présentant une MAP ont comme alternative soit une prise en charge hospitalière conventionnelle si la MAP est sévère soit un retour à domicile après la fin de l'épisode critique. La durée préconisée du traitement d'attaque est de deux jours. Or dans notre étude, les femmes sont hospitalisées en moyenne pour une durée de seize jours. On constate également que 60 % des femmes n'ont reçu qu'un traitement par antispasmodique. La question est de savoir s'il faut vraiment maintenir ces patientes à l'hôpital ou bien si elles ne pourraient pas rentrer à domicile avec une surveillance.

Le retour à domicile doit prendre en compte l'état clinique de la patiente, et en premier lieu le résultat de la tocolyse, mais aussi ses conditions de vie. Il est ainsi important de savoir comment la patiente est entourée et si elle a déjà des enfants à la maison.

A ce jour, il n'existe aucune publication traitant des indications de retour à domicile des MAP après une hospitalisation. Mais, pour de nombreux obstétriciens, la prise en charge d'une MAP pourrait se faire à domicile sous couvert d'une surveillance stricte et régulière et de la proximité d'un centre obstétrico-pédiatrique de niveau technique adapté aux soins requis par la mère et/ou par le nouveau-né [16].

Les différentes études menées aux Etats-Unis (Katz et al. en 1986, Watson et al. en 1990 et Lam et al. en 1990) et en France (Blondel et al. en 1992) comparant la tocométrie à domicile versus une surveillance simple ne démontrent pas que la tocométrie puisse identifier précocement les MAP ou diminuer le taux d'accouchements prématurés. Deux autres études américaines (Nagey et al. en 1993 et Brown et al. en 1999) ont quant à elles, comparé la tocométrie à un suivi standard chez des femmes préalablement hospitalisées et traitées par voie intra-veineuse pour un premier épisode de MAP. La conclusion de ces études allait dans le même sens que les études précédentes. Il s'agit cependant d'études anciennes, réalisées avant l'utilisation de l'échographie endocervicale en pratique courante et de faible puissance du fait d'une mauvaise qualité de la randomisation de l'échantillon et aussi de la subjectivité des critères de diagnostic de MAP. Une étude menée par l'Assistance Publique de Paris, au sein de son HAD obstétricale en 1997 a mis en évidence l'intérêt du télé monitoring pour éviter certaines hospitalisations en ante-partum. Les femmes bénéficiant de cette mesure, présentaient diverses pathologies de l'ante-partum (MAP, diabète gestationnel, hypertension gravidique, RCIU, grossesse gémellaire,...) ou des antécédents graves (mort fœtale in utero, éclampsie,...). L'ERCF était la plupart du temps quotidien. La mère a, pendant l'enregistrement, la possibilité de signaler la perception d'un mouvement du bébé lors de l'enregistrement et ce mouvement est indiqué sur le tracé. Les enregistrements sont ensuite transmis au service d'HAD. Cette expérience a permis de démontrer que le recours au télé monitoring avait favorisé la productivité du service [34]. En effet, sans cette technique, le service d'HAD estimait pouvoir gérer 378 admissions par an. En réalité, il a réussi à gérer 940 admissions grâce au télé monitoring et au réseau qu'il a permis d'instaurer en travaillant avec d'autres acteurs du système de santé et en particulier les sages-femmes libérales. Enfin, le rapport de cette expérience souligne l'intérêt financier de ce télé monitoring puisqu'une journée d'hospitalisation à l'AP-HP revenait à 640 euros tandis que le forfait de prise en charge par l'HAD ne revenait qu'à 95 euros.

D'autres études françaises (Spira et al. en 1981 et Mellier et al. en 1990) ont été réalisées pour connaître l'intérêt d'une surveillance par des sages-femmes à domicile chez des femmes ayant présenté un premier épisode de MAP traitée. Les auteurs ont ainsi comparé un suivi plus intensif à domicile à un suivi standard. Pour le suivi plus intensif, les sages-femmes effectuaient une visite bihebdomadaire avec examen du col. Elles avaient aussi pour mission de sensibiliser la patiente et ses proches aux difficultés qu'une grossesse peut engendrer et par ce biais, d'obtenir de la famille une implication plus importante pour soulager la patiente de certaines tâches de la vie quotidienne. Sur le plan strictement médical, il n'y a pas eu de bénéfices directs puisque les taux de ré hospitalisation, de tocolyse intraveineuse et d'accouchement prématuré n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes. Par contre, les femmes suivies plus intensément à domicile ont été beaucoup plus nombreuses à être satisfaites de leur suivi que celles ayant eu un suivi standard (78% de satisfaction contre 44 %). Pour expliquer ce fort taux de satisfaction, les femmes mettent en avant le fait d'avoir eu affaire à un nombre restreint d'interlocuteurs, ce qui leur a donné la sensation d'une certaine continuité dans les soins leur permettant d'avoir un sentiment d'un suivi d'excellente qualité et renforçant leur sentiment de sécurité. Le deuxième point fort du suivi à domicile était celui de la disponibilité des intervenants avec l'impression pour les femmes d'être plus écoutées et de pouvoir poser plus aisément des questions. Elles estiment être mieux informées du déroulement de leur grossesse, de leur pathologie et des signes d'alarme qui doivent leur faire consulter que les patientes ayant un suivi standard. Le diagnostic des récurrences ou d'autres complications obstétricales seraient plus précoces comme semblait le démontrer une étude américaine (Morrison et al. en 1987) portant sur le suivi des grossesses à haut risque. D'autre part, Spira et al. ont mis en évidence que le nombre des visites prénatales à l'hôpital étaient réduites avec un suivi à domicile. Cette étude a également démontré que les femmes suivies à domicile avaient plus d'aide de leur entourage car il était stimulé régulièrement par les sages-femmes. Cette analyse se retrouve aussi dans l'enquête canadienne de la province de Québec en juin 1999 où les femmes suivies à domicile sont nettement plus satisfaites que les autres patientes en ce qui concerne le soutien social reçu du partenaire et des autres membres du réseau social. Dans l'autre étude canadienne de la province d'Edmonton en 2001, les auteurs (Goulet et al.) ont conclu à la faisabilité d'un suivi à domicile après une MAP ou un premier épisode d'HTA gravidique traités. L'hospitalisation prolongée n'étant réservée qu'aux pathologies sévères.

En conclusion, le suivi d'une MAP à domicile ne réduit pas le taux de prématurité mais on constate une diminution des visites hospitalières prénatales lorsque les sages-femmes viennent régulièrement au domicile des patientes (NP1). D'autre part, la satisfaction des patientes quant à leur suivi, apparaît comme nettement supérieure et le passage des sages-femmes accroît le soutien de l'entourage à ces parturientes (NP1).

Il ne s'agit de proposer une hospitalisation à domicile à n'importe quelle patiente. Il faut que son état clinique soit compatible avec une surveillance médicale régulière mais discontinue, que la patiente et son entourage soient favorables à ce mode d'hospitalisation, qu'ils comprennent bien les avantages et les inconvénients de cette formule et enfin que la patiente habite dans une zone où elle pourra se rendre au centre hospitalier de référence en moins d'une demi-heure.

2. UN RENFORCEMENT DU PARTENARIAT VILLE/HOPITAL

Grâce au plan de périnatalité de 1994, des avancées ont été réalisées avec notamment une diminution de la mortalité périnatale et du taux de décès maternel. Toutefois, la France n'occupe que le onzième rang concernant la mortalité infantile et le huitième rang pour la mortalité périnatale sur quatorze pays recensés par l'OCDE en 2003 [32].

Un nouveau plan de périnatalité a vu le jour en 2005 [30]. Il repose sur quatre axes principaux : humanité, proximité, sécurité et qualité. Il a pour objectif de moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance. Il préconise une diversification de l'offre de soins, souhaitée aussi bien du côté des associations d'usagers que des professionnels de santé.

Dans le chapitre dédié à la proximité, le plan veut favoriser le développement des réseaux en périnatalité, qui jusqu'à là étaient surtout une coopération inter-hospitalière. Le texte insiste sur le fait d'une prise en charge globale de la mère et de l'enfant c'est-à-dire du suivi de la grossesse jusqu'à une possible déficience néonatale pouvant entraîner un handicap. Pour ce faire, il faut des réseaux ville/hôpital permettant d'associer les établissements de santé et les professionnels de santé de ville et ceux de la Protection Maternelle et Infantile. La création et le développement de ces réseaux a pour but de garantir un meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et d'améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de l'enfant. Ces dispositions devraient permettre de mieux orienter la femme enceinte vers le lieu le plus adapté à sa surveillance, tout en privilégiant la proximité par rapport à son lieu d'habitation et de réadapter la prise en charge en cas de situation pathologique ou de risque psychosocial.

Par ailleurs, le plan incite aussi les sages-femmes libérales à intégrer les réseaux de périnatalité pour effectuer des missions de suivi à domicile en pré et en post-accouchement [3].

Il propose également la création de places d'HAD sur l'ensemble du territoire.

L'HAD peut constituer en effet une interface logique entre la ville et l'hôpital. De part son mode de fonctionnement, elle permet de faire travailler au sein d'une même structure les professionnels de santé issus de ces deux mondes, qui bien souvent ne se connaissent peu ou s'ignorent.

L'HAD peut être une plate-forme d'échanges de pratiques et d'expériences entre les différents acteurs de la périnatalité. En favorisant les contacts entre les différents acteurs, elle peut permettre la mise en place de protocoles de soins communs, une meilleure coordination de la prise en charge et une continuité des soins accrue. A l'heure de la mise en place du parcours de soins coordonnés, ces éléments sont sans conteste des arguments importants pour le développement de l'HAD.

D'autre part, l'HAD a aussi un rôle formateur auprès des professionnels de santé (dans le cadre de la Formation Médicale Continue) et des futurs professionnels (internes, élèves sages-femmes, élèves infirmières,...) pour qui elle offre des terrains de stage intéressants.

Son développement s'est heurté à un hospitalocentrisme très marqué dans notre pays [27], aussi bien du côté des professionnels que de celui des patients. De plus, le suivi de la grossesse est très médicalisé en France par rapport aux Pays-Bas, qui considère la grossesse comme un phénomène physiologique avant tout. Le suivi nécessite de nombreux examens paramédicaux dans l'esprit de la majorité des femmes et de leur médecin ! Même si le rapport ayant servi de base pour élaborer le plan de périnatalité 2005-2007 souligne une surmédicalisation de la grossesse, les mentalités ne vont pas changer du jour au lendemain. Dans ce contexte, il sera certainement plus facile de proposer à une patiente, une sortie avec une mise en place d'une HAD qu'une sortie simple [11].

Bien que des structures d'HAD dans le domaine obstétrical se soient mises en place dès les années quatre-vingts, leur existence n'a été reconnue officiellement qu'en 2004. La plupart des HAD obstétricales françaises se sont d'abord occupées des pathologies les moins risquées médicalement comme par exemple les suites de couches physiologiques[6] et dans des domaines où la pression du taux d'occupation des lits est très forte. Puis, après quelques années, elles ont pris en charge des suites de soins pathologiques et des grossesses pathologiques.

L'HAD n'a pas vocation à se substituer à une hospitalisation classique dans le domaine obstétrical [19]. En effet, les patientes admises en HAD bénéficient certes d'une surveillance régulière et stricte mais la présence des professionnels de santé y est discontinuée ce qui peut être préjudiciable en cas de pathologies aiguës. L'HAD peut représenter un niveau de prise en charge intermédiaire entre un premier niveau de soins, représenté par des sages-femmes libérales visitant les femmes à domicile et le troisième niveau de soins pour des pathologies aiguës nécessitant une surveillance continue et pour lesquelles l'hospitalisation traditionnelle reste la seule alternative. Au cours des différentes étapes de sa pathologie, la femme peut être ainsi hospitalisée de façon classique, passer quelques temps en HAD et enfin se voir confier à une sage-femme libérale en réseau.

Pour augmenter les places d'HAD disponibles, la loi de financement de 2006 de la Sécurité Sociale a instauré une nouvelle politique de tarification qui devrait favoriser les modalités de financement de cette activité

3. UNE NOUVELLE POLITIQUE DE TARIFICATION

Jusqu'à présent, bien que considérée comme faisant partie des disciplines médico-chirurgico-obstétricales (MCO), l'HAD n'était pas concernée par le Programme Médical d'Informatisation des Systèmes (PMSI) et sa logique médico-économique. Dans ce système, la journée d'HAD avait un coût fixe, qui tenait uniquement compte du mode de protocole principal. Ainsi en 2000, une journée prenant en charge le post-partum revenait à 64 euros et une surveillance de grossesse à risque, à 52 euros. Cette tarification n'incitait pas beaucoup les établissements à développer leur HAD dans le domaine obstétrical[11].

La circulaire de 2004 préconise une valorisation de l'activité HAD en instaurant une nouvelle grille de tarification plus incitative. Cet objectif a été repris dans le plan de périnatalité 2005-2007. Ainsi, dès la fin de l'année 2004 pour les établissements sous Objectif Quantifié National et du premier janvier 2005 pour les structures sanitaires sous dotation, un nouveau mécanisme de financement basé sur l'activité sera appliqué aux structures d'HAD.

Le modèle de tarification est issu des fruits des travaux de l'IRDES (ex-CREDES) qui a cherché à bâtir une grille explicative, prédictive et opérationnelle.

L'objectif de ce modèle est très proche de la logique médico-économique du PMSI. Il s'agit, à partir d'une classification de séjours des patients, d'expliquer l'origine des coûts servant de base à la détermination des tarifs, qui seront en quelque sorte « opposables » aux structures « productrices » d'HAD. Le modèle s'appuie sur deux composantes que sont l'activité et le tarif [2]. En ce qui concerne la composante activité, elle prend en compte les prestations fournies et la lourdeur de la prise en charge au moyen de trois variables (le mode de prise en charge principal, le mode de prise en charge associé et l'indice de Karnofsky) qui déterminent le Groupe Homogène de Tarif (GHT), c'est-à-dire le tarif journalier des prestations. Les GHT sont actuellement au nombre de 31. Le tarif le plus élevé est égal à 10 fois le tarif le moins élevé. Le GHT, qui qualifie l'état de santé du patient au cours de son hospitalisation, est associé à la durée du séjour, pour définir des combinaisons de séjours. En ce qui concerne le tarif, deux échelles ont été construites : l'une destinée au public et l'autre au privé. Le tarif

couvre le coût médical direct (dépenses directes de personnel, produits pharmaceutiques, matériel médical,...) et les autres coûts calculés proportionnellement au coût médical direct. Il faut noter que les honoraires des médecins libéraux spécialistes, y compris les radiologues, sont exclus du tarif du GHT. En conséquence, ces honoraires doivent être payés directement par le patient au praticien qui a délivré les soins et seront pris en charge par l'assurance maladie selon le dispositif général de prise en charge des prestations de soins de ville. Le processus est le même pour le médecin généraliste traitant libéral du patient si la visite n'est pas prévue dans le protocole de soins ou effectuée en urgence ou à la demande du service d'HAD. Prenons par exemple dans le domaine obstétrical, la prise en charge d'une affection de l'ante-partum sans complication et sans intervention chirurgicale : elle revient à 764,66 euros en hospitalisation traditionnelle et à 347,42 euros en HAD pour la même période. Le coût est donc quasiment divisé par deux.

Un autre élément très important de cette nouvelle tarification est le fait que le tarif, si les données de l'état du patient ne changent pas, est dégressif en fonction de la durée de séjour. L'hypothèse de cette décroissance est qu'au fur et à mesure que le séjour s'allonge, les moyens nécessaires à la prise en charge du patient diminuent. Quatre tranches de séjour ont ainsi été définies : de 0 à 4 jours, de 5 à 9 jours, de 10 à 30 jours et au-delà de 30 jours. De la première tranche à la quatrième tranche, la décote est d'environ 40 %. En revanche, toute modification de l'une des variables entraîne une modification du tarif et un retour à JO. Cette disposition ne devrait pas toutefois peser sur l'HAD dans le domaine obstétrical car les séjours sont courts pour la plupart des patientes.

4. UNE OPPORTUNITE POUR LES MEDECINS GENERALISTES

Comme le montrent l'enquête de périnatalité de 2003 et notre propre enquête, le médecin généraliste, tout comme les sages-femmes libérales, jouent un rôle marginal en ce qui concerne le suivi de la grossesse. Ainsi, les médecins généralistes (MG) suivent environ 12 % des grossesses. Les chiffres oscillent entre 0,5 et 18 % selon les différentes bases de données. Par contre, les MG assurent un quart des déclarations de grossesse. De même en cas d'urgence ou de pathologies intercurrentes, le MG reste bien souvent le premier recours pour les patientes. Durant sa carrière, tout MG a été ou sera confronté à la grossesse et à ses pathologies [7].

Les premiers réseaux de santé de périnatalité, constitués en France, ont été conçus comme le prolongement de l'hôpital, sans les murs. De ce point de vue, la mise en place du Réseau de Santé du Haut-Nivernais en 1994, est assez atypique [4]. Ce réseau a pour but d'offrir des soins de qualité dans une région rurale avec une population très éparpillée. L'idée du réseau est à mettre au crédit du directeur de la maternité de Clamecy (niveau 1) suite à la fermeture d'une maternité voisine de plus petite taille. Ce réseau se doit de faire coopérer des professionnels de formation et de modes d'exercices différents. Les participants pressentis sont en effet des gynéco-obstétriciens exerçant à la maternité, un pédiatre ayant une activité mixte, des médecins généralistes de ce secteur ainsi que des sages-femmes de la PMI. Il n'y a pas de gynéco-obstétricien exerçant en libéral dans le secteur. Le réseau a également reçu le soutien des chefs de service de la maternité et du service de réanimation pédiatrique du CHU de Dijon, qui ont promis de mettre leur structure à la disposition du Réseau si nécessaire. Les réunions préparatoires de ce projet ont permis aux différents professionnels de santé de confronter leur point de vue respectif, d'aplanir certaines difficultés relationnelles, liées le plus souvent à des préjugés, des malentendus ou à une méconnaissance du contenu réel du travail des uns et des autres. Le rôle des différents acteurs est défini par une charte qui a mis près de 2 ans à être constituée. Les MG suivent les femmes jusqu'au septième mois de

grossesse, sauf en cas de pathologies particulières .Ils prennent en charge les pathologies intercurrentes de ces patientes. En contre- partie, ils s'engagent à adresser les patientes au gynéco- obstétricien du réseau si besoin et à dépister les risques sociaux en coopération avec la PMI. Ce mode de fonctionnement , s'il a bousculé les habitudes de travail des professionnels de santé ,a permis un décloisonnement entre le monde hospitalier et celui de la médecine libérale. Il a aussi eu pour effet d'accroître l'implication des MG dans le suivi de la grossesse car ils savaient qu'en intégrant le Réseau, ils avaient des interlocuteurs fiables et qu'en cas de difficultés, ils pouvaient soit prendre un avis soit leur adresser la patiente. Depuis 1995, d'autres MG, initialement sceptiques, ont rejoint le Réseau et les enquêtes réalisées montrent une grande satisfaction des patientes.

Dans les années à venir, les MG seront sans doute amenés à s'occuper de plus en plus du suivi des grossesses, voire éventuellement de certaines pathologies comme par exemple les MAP peu sévères. Les gynéco-obstétriciens vont être confrontés à une baisse des effectifs .Pour pallier à ce phénomène, le plan périnatalité 2005-2007 prévoit l'augmentation des places de gynéco-obstétriciens aux Epreuves Nationales Classantes mais aussi de renforcer la formation des MG dans ce domaine par le biais de la Formation Médicale Continue. Les gynéco-obstétriciens seront davantage destinés à s'occuper des cas complexes.

L'HAD obstétricale peut-être une chance pour les MG de s'impliquer dans le domaine de la grossesse tout en offrant un maximum de sécurité à la patiente et à son enfant. L'HAD pourrait être aussi un lieu de formation pour les MG.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'HAD obstétricale n'en est encore qu'à ses balbutiements. Les projections du paysage de la périnatalité française pour les années à venir semblent prometteuses pour ce mode d'hospitalisation.

Il s'inscrit en effet dans la droite ligne des quatre objectifs principaux du plan de périnatalité 2005-2007 que sont la proximité, l'humanité, la sécurité et la qualité. De plus, il paraît en phase avec les attentes des usagers envers le système de santé.

Par la circulaire de février 2004, le législateur lui a donné un cadre juridique favorable à son développement. La réforme de son mode de financement est encore trop récente pour déterminer si elle constitue un élément positif pour l'essor de l'HAD.

L'HAD obstétricale a tous les atouts en main pour devenir un acteur incontournable dans le domaine de la périnatalité.

Comme toutes les nouveautés, elle suscite une certaine méfiance et il faudra sans doute un peu de temps pour qu'elle s'impose comme une structure à part entière, originale et sécurisante de par son fonctionnement.

Les expériences à l'étranger en particulier au Canada ,montrent qu'une prise en charge à domicile de certaines pathologies de la grossesse stabilisées (comme la MAP ou l'HTA gravidique) , est réalisable tout en préservant la qualité des soins et la sécurité de la patiente et de son enfant. Notre enquête aboutit à des conclusions allant dans le même sens.

Les progrès constants de la technologie telle l'amélioration de la télétransmission des données, peuvent aussi contribuer au développement de ce type d'hospitalisation.

Le rapport des coûts entre HAD et hospitalisation traditionnelle est en faveur de la première.

Cependant l' HAD pour réussir, doit relever un certain nombre de défis plus ou moins ardues comme une bonne coopération entre les intervenants notamment dans le domaine de la permanence des soins et la répartition des différentes prises en charge. L'HAD surtout dans le domaine de l'obstétrique, doit aussi résister à la tentation de trop se spécialiser et d'exclure certains professionnels de santé en particulier les médecins généralistes.

Si l'HAD obstétricale arrive à vaincre ces obstacles, elle deviendra l'une des pièces maîtresses du système de soins français.

BIBLIOGRAPHIE

1. AGENCE DE SANTE PUBLIQUE DU CANADA

Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, de 1980-1981 à 2000-2001

Politique de la santé et communications, Ottawa , août 2001

Une mise à jour de sa surveillance des jeunes du Canada, 2004

www.hc-sc.gc.ca

2. AGENCE TECHNIQUE D'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)

Guide de lecture des tableaux MAT2A HAD (mesure de l'activité hospitalière - tarification à l'activité - HAD)

www.atih.sante.fr

3. ANAES RECOMMANDATIONS

Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile.

La Revue du Praticien Méd. Gén., 2004, n°666-667, p. 1204-1205

4. AKRICH M., PASVEER B.

De la conception à la naissance : comparaison France/Pays –Bas des réseaux et des pratiques obstétricales

Ecole Nationale Supérieure des Mines, Centre de Sociologie et de l'Innovation ,1995 ,108 p.

5. ASSOCIATION DES UTILISATEURS DE DOSSIERS INFORMATISES EN PEDIATRIE,

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE

Agir pour améliorer la santé périnatale à la lumière des résultats 2002

RAPPORT DE SYNTHÈSE - 20 juin 2003

6. BERTEVAS C., BLONDEL B., FALZON E., LEGRAND R.

Le point sur les sorties précoces de maternité en 2005

Maternité Régionale de Nancy et Ecole de sages-femmes de Nancy, 2005

7. CASSET S., CAPGRAS-BABERON D.

Réseau périnatal : quel rôle pour le médecin généraliste ?

La Revue du Praticien Méd. Gén., 2004, n°664-665, p. 1047-1048

8. CHARRA C.

Les menaces d'accouchement prématuré

Thèse :médecine

<http://clem.charra.free.fr/mediaccueil/these/Thesego/Thesego.htm>

9. CHEVREUL K., COM-RUELLE L., MIDY F., PARIS V.

Le développement des soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne

IRDES Questions d'économies de la santé, 2004, n°91

10. COM-RUELLE L., RAFFY N.

Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ?

Analyse des freins et des facteurs en faveur de son développement

Paris : CREDES 1994 ; biblio n° 998. -131 p.

11. COM-RUELLE L., ALIGON A., RAFFY-PIHAN N.
Méthode de l'enquête sur le coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile 1999-2000
Paris : CREDES 2001 ; biblio n° 1363. -43 p.
12. DEHAN M., EVRARD P., FERRE F., KAMINSKI M., DE MOUZON J., NISAND I., POMALO K., SUREAU C.
Grande prématurité et prévention du risque
Rapport d'expertise INSERM, 1995
http://www.ist.inserm.fr/basirapport/premat2_gch.html
13. DEHEE P., BERRY M., MELLIER G., BRUNET E.
33 èmes journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP)
Sortie précoce de maternité. Proposition : l'expérience d'un suivi à domicile par la maternité.
Rapport du congrès de la SFMP à Nantes, 2003, 7 p.
14. DEUTSCH V., PONS JC.
Grossesse gémellaire : comment la surveiller
La Revue du Praticien Méd. Gén., 2005, n°686-687, p. 333-308
15. DREYFUS M.
Le plan de périnatalité 2005-2007, un fol espoir ?
Le Concours Médical, 2005, n° 5, p.307-309
16. DREYFUS M., DURIN L.
Prise en charge à domicile de la menace d'accouchement prématuré
J Gynecol Obstet 2002, 31 (suppl. au n°7), 5S57-5S65
17. DURIN L., BARJOT P., HERLICOVIEZ M.
Suites de couches et allaitement : quelles complications ?
La Revue du Praticien Méd. Gén., 2004, n°666-667, p. 1166-1170
18. FEDERATION DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DES HOPITAUX DE STRASBOURG
Protocole de prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré (2001)
19. FEDERATION NATIONNALE DE L'HAD
Pour une HAD à la française
Mars 2006
20. FLANDRIN CRETINON S.
Concevoir la maternité en dehors de l'hôpital : identifier les besoins et coordonner les ressources en périnatalité dans un territoire de santé
Les dossiers de l'obstétrique 2005, n°337, p.7-10

21. FLORI M., LE GOAZIOU MF.
Suivez-vous des grossesses ?
La Revue du Praticien Méd. Gén., 2006, n°740-741, p. 873-878
22. GOULET C., GEVRY H., GAUTHIER R.
Essai randomisé de deux modes de prestations de soins lors de travail prématuré
Revue de recherche en soins infirmiers 1999, n°59, p.45-56
23. GOULET C., GEVRY H., LEMAY M., GAUTHIER R., LEPAGE L., FRASER W., AITA M.
A randomised clinical trial of care for women with preterm labor : home management versus hospital management
International journal of nursing studies 2001 ; n°38, p.259-269
24. GUITTEAU C., BARBAULT FOUCHER S., SFEIR N., TAYLOR SN.
Tractocile® dans les Menaces d'Accouchement Prématuré : bilan de son utilisation sur un an et demi
www.snphpu.org/docs/20060328.fr
25. HAMMOUCHE B.
Médecins généralistes et hospitalisation à domicile : réflexions à propos d'une enquête en région lorraine
Th. Méd. : Nancy 1 : 2003 ,173 p.
26. HARRISSON MJ., KUSHNER KE., BENZIES K., KIMAK C., JACOBS P., MITCHELL BF.
In-home nursing care for women with high-risk pregnancies : outcomes and cost
Am J Obstet Gynecol 2001, n° 97, p. 982-987
27. KAMEL A.
Perspectives de développement de l'hospitalisation à domicile en périnatalité en région Ile de France à partir de l'étude de quatre structures
Mémoire ENSP de Médecin Inspecteur de Santé Publique, 2004, 75 p.
28. MATERNITE REGIONALE A. PINARD
Protocole de prise en charge d'une MAP (2005)
29. MINISTERE DE LA SANTE ,DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES
Cirulaire DHOS/O relative n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile
www.sante.gouv.fr
30. MINISTERE DE LA SANTE ,DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES

PLAN « périnatalité » 2005-2007
www.sante.gouv.fr

31. NICOLAS L.

Hospitalisation à domicile : pas seulement en fin de vie
Le Concours Médical, 2006, n° 39/40, p.1611-1649

32. POINDRON Y.

Périnatalité et parentalité : au chevet de la petite enfance
Le Concours Médical, 2006, n° 10, p.458-459

33. POTTECHER T., AUDIBERT F., AYA G. et al.

Réanimation des formes graves de prééclampsie
Conférence d'experts, 2000

34. RAPPORT DU SENAT

Les télécommunications à haut débit au service du système de santé
Tome 1, section 4, 2004
www.senat.fr

35. SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE DE REIMS

Protocole de prise en charge d'une MAP (1999)
www.infogyn.com

36. THOULON JM.

Tractocile® et Menace d'Accouchement Préaturé
British Journal of Obstetrics and Gynecology ,2001, n° 108, p.133-142

ANNEXES

ANNEXE 1

**Circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004
relative à l'hospitalisation à domicile**

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES
Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction de l'organisation
du système de soins

**Circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004
relative à l'hospitalisation à domicile**

SP 3 333
584

NOR : SANH0430035C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Textes de référence :

Article L. 6121.1 et L. 6121.2, art. L. 6122-1 et L. 6122-2 du code de la santé publique modifiés par l'ordonnance du 4 septembre 2003 ;
Article R. 712-2-1 et R. 712-2-3, D. 712-35 à 39 du code de la santé publique ;
Circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile ;
Circulaire du 11 décembre 2000 complémentaire ;
Circulaire DHOS n° 2003-485 du 13 octobre 2003 relative à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification administrative et du fonctionnement du système de santé.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale d'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales [pour information et diffusion]) L'hospitalisation à domicile fait partie des alternatives à l'hospitalisation régies par les dispositions du code de la santé publique. Deux circulaires du 30 mai et 11 décembre 2000 ont précisé le rôle et le fonctionnement de ces structures, et donné des indications sur les patients qui peuvent relever de cette prise en charge.

Bien que ces textes aient été déterminants notamment en termes d'organisation de la prise en charge, le développement de l'HAD reste relativement faible. En juin 2002, les capacités nationales (en MCO) sont les suivantes :

- le nombre total de structures d'HAD en France s'élève à 108 contre 68 en 1999 ;
- le nombre de places autorisées atteint 4 739 contre 3 908 en 1999 ;
- le nombre de places installées varie de 4 206 à 3 832 sur la même période.

La répartition des structures d'HAD sur le territoire demeure encore très inégale, puisque 33 départements en 2002 ne comptent encore aucune place, contre 52 en 1999. Vous trouverez, en annexe, un état des lieux plus détaillé réalisé avec l'appui des ARH.

Ainsi, malgré son intérêt évident pour les patients, l'HAD joue aujourd'hui un rôle encore marginal dans l'offre de soins.

Ce constat m'a conduit à modifier le cadre légal et réglementaire de l'hospitalisation à domicile afin de le rendre plus incitatif.

Ainsi, l'ordonnance du 4 septembre 2003 pose le cadre d'une nouvelle planification sanitaire en supprimant la carte sanitaire et en faisant du schéma d'organisation sanitaire rénové un outil plus pertinent (cf. circulaire n° DHOS/2003/485 du 13 octobre 2003 d'application de l'ordonnance du 4 septembre 2003), ce qui se traduit pour l'HAD, par :

- la suppression de l'imputation à la carte sanitaire. L'article 12 de l'ordonnance du 4 septembre 2003 dispose qu'il ne peut désormais plus être opposé de carte sanitaire à la création de places d'hospitalisation à domicile. Cette mesure est d'application immédiate. Par ailleurs, l'alinéa c de l'article R. 712-2-4 sera prochainement abrogé par décret en Conseil d'Etat ;
- la fin du « taux de change ». L'ancien article L. 6122-3 du code de la santé prévoyant « que les projets de structures de soins alternatives à l'hospitalisation situés dans une zone sanitaire dont les moyens sont excédentaires dans la ou les disciplines en cause peuvent être autorisés à condition d'être assortis d'une réduction de moyens d'hospitalisation... » est abrogé et remplacé (cf. article 8 de l'ordonnance) : le taux de change est ainsi supprimé. L'article D. 712-13-1 du code de la santé publique qui définit les modalités de réduction des moyens fera l'objet d'une abrogation par décret ;
- l'obligation pour les SROS d'intégrer le développement des alternatives à l'hospitalisation, dont l'hospitalisation à domicile. Je vous serais reconnaissant de bien vouloir identifier l'HAD en tant que telle dans le volet qui, au sein du SROS, est spécifiquement consacré aux alternatives à l'hospitalisation, afin de valoriser cette politique et d'accroître la transparence des appels d'offres que vous conduirez. A compter de leur publication, les projets d'HAD devront également satisfaire les nouvelles conditions prévues à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

Ainsi, dans le cadre de la révision des SROS II et dans la perspective d'élaboration des troisièmes SROS, le développement de l'HAD est à intégrer aux politiques régionales et doit se traduire par la création de places et de structures supplémentaires. Une attention particulière doit être portée à la création de places dans les zones géographiques qui en sont actuellement dépourvues : la création d'HAD, ou d'antenne de structure d'HAD, à partir d'un établissement de santé de proximité ou d'un hôpital local est particulièrement à envisager, conformément à la circulaire n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

Les orientations des SROS prennent appui sur les présentes recommandations. De façon opérationnelle, des appels à projets régionaux pourront être conduits, sur la base des cahiers des charges contenus dans la présente circulaire.

Cette procédure garantit la transparence du choix et l'expertise des projets. Elle permet aux différents acteurs, établissements de santé publics ou privés et organismes associatifs, de s'inscrire dans la réalisation de cette politique au vu de critères connus de tous. Les moyens de leur réalisation sont négociés dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les promoteurs de projets et l'agence régionale de l'hospitalisation.

Je vous précise que le développement de l'HAD, constituant un des volets du plan consacré aux « urgences », bénéficie d'un accompagnement financier à hauteur de 66 millions d'euros. La montée en charge s'étale sur 2004/2005 selon le scénario suivant (qui vous est détaillé dans la circulaire budgétaire) : 16 millions d'euros en 2004 et un effort de 50 millions d'euros en 2005 pour permettre d'atteindre une

capacité totale de 8 000 places.

Enfin, je souhaite réaffirmer le caractère généraliste et polyvalent de l'hospitalisation à domicile qui doit permettre la prise en charge des patients sur la base du niveau de soins requis par leur état de santé, quelle que soit leur(s) pathologie(s). Les principes généraux de la prise en charge en HAD, sur lesquels tout projet de structure d'HAD doit s'appuyer, sont rappelés dans la première partie de la circulaire (partie I). Les promoteurs de structures d'HAD polyvalentes peuvent développer des activités spécialisées sur la base des cahiers des charges ci-après détaillés :

- partie II : le cahier des charges de la prise en charge en hospitalisation à domicile en périnatalité ;
- partie III : le cahier des charges de la prise en charge en hospitalisation à domicile en pédiatrie.

La partie IV est relative au cahier des charges de la prise en charge en hospitalisation à domicile en psychiatrie.

La démarche retenue dans ces cahiers des charges est fondée sur la notion de « charge en soins », à l'exception de la néonatalogie qui repose sur des indications précises. Cette charge en soins doit être telle :

- qu'elle fonde désormais le caractère substitutif de l'HAD par rapport à l'hospitalisation complète, d'autant plus qu'il n'existe plus désormais de taux de change ;
- qu'elle permet de distinguer l'HAD des autres modes de prise en charge à domicile.

Cette circulaire complète donc les circulaires des 30 mai et 11 décembre 2000 qui s'appliquaient particulièrement aux prises en charge des patients atteints de cancer ou de maladies neurologiques ainsi qu'aux soins palliatifs.

D'autres approfondissements, notamment sur les soins de suite, les soins palliatifs et la prise en charge des personnes âgées en HAD sont également envisagés. Enfin, les travaux actuellement conduits dans le cadre du plan national de lutte contre le cancer pourront faire évoluer la réflexion sur la prise en charge des patients atteints de cancer en hospitalisation à domicile.

PARTIE I

Les principes généraux de la prise en charge en HAD

La prise en charge en HAD répond à la définition du code de la santé publique (art. R. 712-2-1) disposant que les « structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et para-médicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ».

L'HAD répond également à des conditions techniques de fonctionnement détaillées aux articles D. 712-35 à D. 712-39 du même code.

Enfin, la circulaire du 30 mai 2000 pose les principes d'une prise en charge de qualité dans le cadre de l'HAD. La circulaire du 11 décembre 2000 précise les critères d'admission des patients dans ces structures et les modes de prise en charge.

Ces principes généraux ne sont pas redétaillés dans le présent texte. Pour autant, il

est apparu utile de mettre l'accent sur certains d'entre eux, et de donner des orientations à prendre en compte dans l'élaboration des cahiers des charges.

I. - L'HAD NÉCESSITE DES SOINS COORDONNÉS ET CONTINUS, RÉGULIÈREMENT ÉVALUÉS ET D'UNE CERTAINE INTENSITÉ

Il s'agit de soins coordonnés. Un des points forts et intérêts, de l'HAD est d'être en mesure de coordonner au chevet du malade, les interventions de plusieurs professionnels, relevant de spécialités ou de disciplines différentes et de modes d'exercice différents. La coordination entre ces intervenants repose notamment sur le médecin-coordonnateur, dont la présence et le rôle est un élément clé du fonctionnement médical de cette structure.

Références :

- article R. 712-2 du CSP ;
- article D. 712-36 ;
- article D. 712-37, 2^e alinéa ;
- article D. 712-39 ;
- circulaire du 30 mai 2000, partie 3.3.2.

Il s'agit de soins régulièrement réévalués. L'état du patient doit faire l'objet d'une évaluation médicale régulière afin d'adapter de façon continue, la prise en charge au plus près de ses besoins. Il s'agit d'une évaluation réalisée par l'équipe médicale (dont le médecin coordonnateur) et soignante, en lien avec le médecin traitant.

Références :

- article R. 712-2-1 du CSP ;
- article D. 712-37, 2^e alinéa ;
- circulaire du 30 mai 2000, parties 1 et 3.3.1.

Il s'agit d'une prise en charge qui suppose une charge en soins importante et pluridisciplinaire. L'intensité des actes et des interventions au chevet du patient, notamment infirmières, permet de distinguer la prise en charge en HAD, des autres modes de prise en charge à domicile.

Références :

- article R. 12-2-1 du CSP ;
- article D. 712-37, 1^{er} alinéa ;
- article D. 712-37 ;
- circulaire du 30 mai 2000, partie 1.

Il s'agit de soins médicaux et paramédicaux continus : les structures d'HAD mettent en oeuvre les moyens de garantir la permanence et la continuité des soins, en s'assurant notamment de la tenue et la circulation du dossier médical.

Références :

- article R. 712-2-1 du CSP ;
- article D. 712-35 ;
- article D. 712-36, 2e alinéa ;
- article D. 712-38.

II. - LA PRISE EN CHARGE EN HAD PERMET DE DÉLIVRER DES SOINS PONCTUELS, CONTINUS OU DE RÉADAPTATION À DES PATIENTS QUI LE SOUHAITENT, ADMIS SUR LA BASE DE CRITÈRES ET DE MODES DÉFINIS AU NIVEAU NATIONAL

La définition des soins délivrés en HAD - ponctuels, continus ou de réadaptation - pose le principe de la polyvalence de ces structures. Cette polyvalence permet de se préserver d'un morcellement de l'offre de soins et d'éviter les cloisonnements entre services que l'on peut parfois constater dans les établissements de santé.

Pour autant, en pratique, deux constats peuvent être dressés :

- globalement, les HAD se sont plutôt positionnées sur les soins ponctuels que sur des prises en charge lourdes ou de réadaptation. Récemment amorcé, l'accent désormais doit porter significativement sur les pathologies chroniques lourdes ;
- la spécialisation des structures se développe. Cette spécialisation répond à des pathologies complexes, ou à la demande des patients. Elle paraît inévitable pour certains secteurs comme la psychiatrie et la périnatalité. Une telle approche spécialisée pourra être développée en fonction des orientations du SROS et des besoins de santé régionaux. Pour autant, le caractère généraliste ou polyvalent de la structure d'HAD doit être préservé et maintenu : un patient est admis avant-tout en fonction du niveau de soins de requis par son état de santé. Cela n'empêche pas la structure d'HAD polyvalente de développer une expertise et une spécialisation des activités.

Enfin, les modes de prise en charge, listés par la circulaire du 11 décembre 2000, sont susceptibles d'évoluer dans le cadre de la refonte du financement des HAD en cours, et de l'élaboration d'une tarification adaptée à l'activité réelle des structures.

Références :

- circulaire du 30 mai 2000, partie 2 ;
- circulaire du 11 décembre 2000.

III. - L'HAD EST PRESCRITE POUR UNE DURÉE LIMITÉE MAIS RENOVELABLE (art. R. 712-2-1)

IV. - UN PROJET THÉRAPEUTIQUE EST ÉTABLI PAR L'ÉQUIPE MÉDICALE ET SOIGNANTE POUR CHAQUE PATIENT

En lien avec l'équipe hospitalière et/ou les professionnels libéraux. Il comprend toutes les dimensions de la prise en charge, médicale, sociale et psychologique. Ce projet est réévalué de façon régulière. L'accompagnement et le soutien de l'entourage du patient est également pris en compte.

Références : circulaire du 30 mai 2000, partie 3.

V. - LA COMPLÉMENTARITÉ AVEC LES AUTRES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE EST À DÉVELOPPER ET À FORMALISER

L'HAD trouve sa place en amont - en permettant de l'éviter -, et en aval de l'hospitalisation : elle constitue ainsi une étape relais, soit vers un retour à domicile normal, soit vers une prise en charge par un réseaux de soins, soit vers une prise en charge en SSIAD, soit vers une hospitalisation complète. Cette intégration dans un réseau d'intervenants très large nécessite de réfléchir et préciser l'articulation entre les différents acteurs de la prise en charge sanitaire et sociale, notamment :

- le rôle de chaque intervenant ;
- les modalités de liaison entre les différents intervenants, dont le médecin traitant ;
- les modalités de ré-hospitalisation ;
- les modalités de prise en charge en urgence.

Ainsi, les projets d'HAD développés par un établissement de santé doivent être inscrits dans le projet d'établissement. Les HAD privées associatives passent convention avec les établissements de santé, support d'un véritable partenariat permettant de garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

Afin que l'HAD joue pleinement son rôle de maintien à domicile, son développement va de pair avec le développement des structures capables d'en prendre le relais tels que les SSIAD.

A ce titre, la création de structures polyvalentes ou de « plates-formes » offrant des services diversifiés, gérés par un même opérateur doit être soutenue : par exemple, une association qui gère un SSIAD, un SAD et souhaite créer une HAD, et inversement une structure d'HAD qui crée une activité sociale et médico-sociale. En effet, ce type d'organisation, qui repose sur une coordination efficace favorise le continuum de la prise en charge. Le patient est pris en charge par une seule structure sans rupture de suivi quels que soient les différents stades de sa pathologie.

Références :

- article D. 712-38 ;
- circulaire du 30 mai 2000, partie 3.1.

VI. - LA PLACE DU MÉDECIN TRAITANT DANS LA PRISE EN CHARGE EN HAD DOIT ÊTRE RECONNUE, PRÉCISÉE ET PRÉSERVÉE

En particulier, la spécialisation de certaines activités ne doit pas faire obstacle au rôle essentiel joué par le médecin traitant dans la prise en charge du patient. De la même façon, la place des autres intervenants libéraux (par exemple, sages-femmes) fait l'objet d'une définition et d'une formalisation.

Références : circulaire du 30 mai 2000, parties 3.2.1 et 3.2.2.

VII. - LA TRANSMISSION DE L'INFORMATION RELATIVE AU PATIENT DOIT ÊTRE ASSURÉE DANS LES CONDITIONS DE SÉCURITÉ EN VIGUEUR

Entre tous les intervenants de la prise en charge (au moyen, par exemple, de fiches de liaison).

Références :

- article D. 712-35 ;
- circulaire du 30 mai 2000, partie 3.3.6.

VIII. - LES ÉQUIPES D'HAD ONT UN RÔLE DE FORMATEUR À PRENDRE EN COMPTE

Cette formation s'exerce auprès des professionnels libéraux, mais également doit se traduire par l'accueil de stagiaire résidant, interne, élève-infirmier.
Références : circulaire du 30 mai 2000, partie 3.3.5.

*
* *

Ces points constituent le « socle » incontournable de la prise en charge en HAD : ils peuvent être précisés, adaptés et spécialisés en fonction des activités développées.

PARTIE II Cahier des charges de la prise en charge en HAD en périnatalité I. - RÔLE DE L'HAD EN PÉRINATALITÉ

L'HAD a pour but d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation, en offrant à domicile, à la patiente et à son enfant, des conditions de qualité et de sécurité des soins équivalentes à celles dispensées en hospitalisation complète. L'HAD met en place une organisation pour faire face, dans les meilleurs délais, aux situations d'urgence au domicile.

Elle s'adresse ainsi aux femmes et à leurs enfants, qui requièrent des soins coordonnés et un suivi pouvant justifier de l'intervention d'une sage-femme, d'une infirmière, d'une puéricultrice, d'un pédiatre, d'un gynécologue-obstétricien ou d'un autre médecin spécialiste, d'un psychologue, d'un diététicien, d'une assistante sociale et autres acteurs tels que les masseurs kinésithérapeutes, et tout autre intervenant.

L'HAD en périnatalité permet d'organiser une prise en charge pluridisciplinaire et pluri-professionnelle en coordonnant l'intervention d'acteurs différents, au bénéfice de la patiente et de son enfant.

La structure d'HAD s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge coordonnée avec les professionnels de santé libéraux qu'ils soient ou non constitués en réseaux, les professionnels de santé des établissements de santé, des structures des centres de protection maternelle infantile, et/ou tout autre intervenant relevant du secteur social et/ou médico-social.

Elle a également pour rôle de participer à la formation des étudiants sages-femmes mais également des professionnels de ville : sages-femmes libérales, sages-femmes de PMI, infirmiers et médecins libéraux.

L'HAD peut être prescrite lors d'une hospitalisation ou d'une consultation par un médecin libéral ou hospitalier.

Elle est fixée pour une durée limitée, renouvelable, en fonction d'un projet thérapeutique initial, et d'objectifs évalués régulièrement. Cette réévaluation périodique est réalisée par l'équipe médicale et soignante en collaboration avec le médecin prescripteur et le médecin traitant.

II. - LES MISSIONS DE L'HAD EN OBSTÉTRIQUE

Dans le cadre des missions de soins auprès de la femme et de son enfant, l'HAD contribue également à la prévention et à l'éducation à la santé, notamment en matière d'allaitement.

D'une façon générale, l'état de santé de la mère fonde l'admission en HAD, mais la relation mère-enfant est une dimension qui peut justifier d'une prise en charge en HAD, notamment lorsque la situation sociale et/ou psychologique le justifie.

La prise en charge à domicile des femmes et de leur enfant est assurée en tenant compte des dispositifs de prise en charge existants et sur la base d'une définition des rôles de chaque intervenant, établissements de santé y compris psychiatriques, HAD, réseaux périnatalité, professionnels de santé libéraux et structures de PMI : l'HAD est un des maillons de cette prise en charge.

Dans le cadre d'une offre de soins complète, l'HAD doit prioritairement centrer ses activités sur l'ante- et le post-partum « pathologique ».

Pour autant, en cas de sorties précoces de maternités, de l'inexistence de réseau (de sages-femmes libérales ou de sages-femmes de PMI) ou de sages-femmes libérales en capacité de prendre en charge les patientes et leur enfant au domicile, le recours à l'HAD peut ne pas être limité aux seules prises en charges pathologiques.

L'HAD peut également être mise en place dans l'attente d'une prise en charge-relais (ex : sage-femme de PMI).

A. - En ante partum, l'ensemble des indications ci-dessous développées suppose une charge en soins correspondant au moins à trois visites à domicile par semaine d'un membre de l'équipe médicale ou soignante de l'HAD.

Les indications d'une prise en charge en HAD sont des :

- pathologies associées non équilibrées ou en cours (ex : diabète, HTA) ;
 - menaces d'accouchement prématuré ;
 - grossesses multiples, placenta praevia asymptomatique ;
 - antécédents de fausse couches à répétition ou antécédents de mort in utero ;
 - antécédents pathologiques non obstétricaux nécessitant une surveillance adéquate ;
 - retards de croissance intra-utérin ;
 - nécessités d'un soutien psychologique et/ou social ;
 - suivis para-cliniques (examens biologiques, monitoring, surveillance tensionnelle...)
- nécessitant un rythme de passages de professionnels de santé difficilement compatible avec une prise en charge exclusivement libérale.

L'HAD doit travailler en partenariat avec les secteurs de psychiatrie :

- lorsque qu'une pathologie psychiatrique est repérée au cours de la prise en charge ;
- lorsqu'il s'agit d'une patiente ayant une pathologie psychiatrique déjà diagnostiquée.

B. - En post partum pathologique, les indications supposent une charge en soins correspondant au moins à une visite quotidienne d'un membre de l'équipe médicale ou soignante de l'HAD.

Les pathologies maternelles et la relation parents-enfants doivent être considérées, en fonction des critères suivants :

Pathologies maternelles :

- accouchements par césarienne nécessitant des soins ;
- problèmes de cicatrisation (paroi, épisiotomie compliquée, thrombose, hématome) ;
- pathologies infectieuses et pathologies à risques de « compliquer » le post-partum, pathologies vasculaires systémiques ;
- risques de dépression maternelle ;
- risques de décompensation d'un problème psychopathologique connu ;
- grossesses pathologiques déjà prises en charge en ante-partum par l'HAD.

Ces pathologies relèvent d'une prise en charge en HAD d'autant qu'elles sont associées à des difficultés psychologiques et/ou sociales.

Relation mère-enfant

- mère ayant eu une grossesse multiple et nécessitant des conseils en puériculture ;
- accompagnement de l'allaitement en cas de difficulté de mise en place, et en l'absence de structure ou professionnel de santé notamment libéral permettant de le prendre en charge ;
- difficultés psychologiques et/ou sociales notamment en lien, ou attente de lien, avec la PMI.

Surveillance pédiatrique :

- surveillance d'un ictère néonatal ;
- sortie d'enfant qui n'a pas repris son poids de naissance, ou surveillance d'une courbe pondérale.

III. - LES MISSIONS DE L'HAD À LA SUITE D'UNE HOSPITALISATION EN NÉONATOLOGIE

La sortie des prématurés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile est possible dans de bonnes conditions de sécurité. Elle suppose qu'une évaluation psychologique et sociale soit réalisée par le service de néonatalogie en lien notamment avec l'équipe de coordination de l'HAD.

Pour assurer une prise en charge des enfants sortant des services de néonatalogie, l'équipe de l'HAD comprend :

- un médecin-coordonateur, de préférence pédiatre ;
- des puéricultrices ;
- une psychologue ;
- une assistante sociale.

Elle peut comprendre également des auxiliaires de puériculture et des assistantes maternelles.

Un (ou plusieurs) membre(s) de l'équipe d'HAD, particulièrement le médecin-coordonateur, travaille(nt) en collaboration étroite avec les services de néonatalogie, et en fonction des indications, avec les services de psychiatrie infantile ou générale afin d'organiser le relais de la prise en charge. Par ailleurs, cette équipe travaille conjointement avec un médecin libéral référent pour chaque enfant (pédiatre si possible, ou médecin généraliste) et en partenariat avec l'équipe hospitalière de pédiatrie, en mettant notamment en oeuvre un système de communication adapté.

Pour l'enfant, les conditions actuelles pour une prise en charge en HAD sont :

- un âge corrigé d'au moins 36 semaines ;
- un poids minimum de 1 800 g ;
- une absence d'apnées et de bradycardies depuis plus de 5 à 7 jours ;
- une courbe pondérale régulièrement ascendante depuis plusieurs jours ainsi qu'une bonne prise des biberons.

L'HAD peut aussi être indiquée dans le cadre d'une adaptation au domicile après une hospitalisation très longue de grands prématurés.

Les autres indications de l'HAD en néonatalogie peuvent être :

1. Traitements anti-infectieux par voie parentérale.

Par exemple :

- fin de traitement au domicile d'une infection materno-foetale pour un nouveau-né à terme ;
- traitement d'une infection urinaire apparue dans le premier mois de vie et en relais d'un début de traitement en hospitalisation.

2. Surveillance d'un traitement donné per os, indiqué dans le cadre de pathologie à risque de conséquences majeures, et en particulier quand des difficultés d'observance sont à craindre.

Par exemple :

- surveillance d'un traitement adapté dans le cadre d'un malaise vagal associé éventuellement à une surveillance par holter ;
- surveillance d'un traitement par caféine dans le cadre d'apnées du sommeil ;
- surveillance d'un traitement adapté dans le cadre d'un reflux gastrooesophagien important et à risque de conséquences majeures ;
- mise en route et surveillance d'un traitement antirétroviral dans le cas de nouveaux-nés infectés par le VIH ;
- traitement antirétroviral donné en prévention de la transmission materno-foetale du VIH.

3. Prises en charge respiratoires de type oxygénothérapie, aérosol, kinésithérapie, avec nécessité de surveillance régulière.

Par exemple :

- bronchodysplasies nécessitant une oxygénothérapie au domicile ;
- poursuite du traitement d'une bronchiolite apparue lors du premier mois de vie.

4. Soins spécifiques de la sphère digestive (stomies, nutrition entérale).

Par exemple :

- syndrome malformatif complexe type Pierre-Robin ;
- maladie de Hirschprung ;
- autres pathologies.

5. Surveillance d'un nouveau-né au domicile avec éducation de la famille et soutien psychologique si nécessaire.

Par exemple :

- sortie précoce de nouveau-nés hypotrophes ;
- retour au domicile en cas de grossesse multiple ;
- contexte de maladie génétique ou métabolique nécessitant une prise en charge spécifique.

6. Aide à la parentalité.

Par exemple :

- notion de situation à risque de maltraitance ;
- très jeune âge de la mère ;
- conduites addictives.

Cette liste n'est pas exhaustive et sera complétée en fonction de l'évolution des technologies, des connaissances médicales, thérapeutiques et des savoir-faire en HAD.

PARTIE III

Cahier des charges de la prise en charge en HAD en pédiatrie

I. - LE RÔLE ET LES MISSIONS DE L'HAD EN PÉDIATRIE

Bien qu'elle représente actuellement une très faible part de l'activité des structures d'HAD, la pédiatrie peut relever de l'HAD dans les conditions détaillées par la présente circulaire. Son développement s'inscrit notamment dans le cadre du SROS enfant et adolescent dont les orientations générales font l'objet d'une circulaire en cours d'élaboration.

L'âge de la prise en charge en HAD pédiatrie peut aller jusqu'à dix-huit ans.

L'HAD permet de prendre en charge l'enfant et son entourage dans son environnement familial et social, et ce quelle que soit la pathologie de cet enfant. Pour permettre une prise en charge globale, des collaborations sont à développer avec le médecin traitant, les équipes hospitalières, les professionnels de santé libéraux mais également avec les structures de PMI, les acteurs sociaux et pédagogiques. L'HAD met ainsi en place une coordination notamment médicale, souvent très lourde en pratique, au bénéfice de l'enfant et de son entourage.

Elle participe à la formation des professionnels de ville en lien avec les pédiatres, de même qu'à la formation des élèves puéricultrices qu'elle peut accueillir en stage.

L'HAD peut être prescrite par tout médecin. Dans le respect de ses compétences, le médecin exerçant au sein d'une structure de PMI peut orienter un enfant vers cette prise en charge.

II. - LES MODES DE PRISE EN CHARGE

Différents types de soins peuvent être délivrés au cours d'une HAD pédiatrique : soins ponctuels, soins continus, ou soins de réadaptation au domicile.

Ils nécessitent la mise en oeuvre d'un ou plusieurs modes de prise en charge définis pour chaque projet thérapeutique, préalablement à l'admission de l'enfant (1).

Chacun de ces modes de prise en charge est caractérisé par des exigences de coordination médicale, de soins infirmiers et d'autres soins paramédicaux (kinésithérapie en particulier). Vous trouverez, ci-annexé, une définition des modes de prise en charge les plus couramment dispensés en HAD pédiatrie.

Une attention particulière doit être portée à la prise en charge en onco-pédiatrie qui doit s'inscrire dans le cadre des recommandations spécifiques à cette activité, formulées dans le plan national de lutte contre le cancer. Une circulaire précisera le nouveau schéma organisationnel de la cancérologie pédiatrique.

III. - LA COMPOSITION DE L'ÉQUIPE ET SA FORMATION

Un des éléments clés de la qualité de la prise en charge en HAD pédiatrie repose sur la composition et la formation adaptée et continue de l'équipe médicale et soignante.

Ainsi, dans la mesure où la prise en charge de la petite enfance relève de préférence d'une infirmière puéricultrice, l'équipe de l'HAD doit disposer d'une (ou plus) infirmière puéricultrice et/ou d'une (ou plusieurs) IDE ayant un savoir-faire acquis dans un service de pédiatrie. Le médecin coordonnateur de l'HAD pédiatrie est de préférence un pédiatre.

Des staffs réguliers avec les équipes hospitalières concernées sont notamment mis en place.

Modes de prise en charge en HAD pédiatrie

LISTE DES DIFFÉRENTS modes de prise en charge	TYPES DE SOINS DÉLIVRÉS en HAD pédiatrie
<ul style="list-style-type: none"> - Antibiothérapie (voir traitements) - Antiviraux (voir traitement) - Aplasies (voir surveillance) <ul style="list-style-type: none"> - Assistance respiratoire - Autres traitements (fin de liste) <ul style="list-style-type: none"> - Chimiothérapie - Douleur - Education - Escarres : voir pansements complexes <ul style="list-style-type: none"> - Nutrition entérale - Nutrition parentérale - Pansements complexes (ulcérations cutanées, brûlures...) <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge psychologique et/ou sociale - Radiothérapie - Rééducation neurologique - Rééducation orthopédique - Soins palliatifs 	<p>Soins ponctuels : ce sont des soins techniques et complexes destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une période préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie par exemple).</p> <p>Soins continus : ils associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive.</p> <p>Soins de réadaptation au domicile : ces soins sont destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une polyopathie.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance postchimiothérapique - Surveillance des aplasies - Traitement anti-infectieux ou autres traitements par voie veineuse - Transfusion sanguine 			
MODES DE PRISE en charge	DÉFINITION	TYPES DE SOINS EN HAD Conditions pour HAD	CLASSEMENT
Assistance respiratoire mécanisée	Ce mode de prise en charge concerne des enfants dont l'autonomie respiratoire est réduite. Il comporte le suivi médico-infirmier de l'enfant, la maintenance des appareillages, mais également les soins éducatifs de l'enfant et à son entourage	Associé à au moins un autre mode de prise en charge	Soins continus ; soins de réadaptation au domicile si associés à un mode de prise en charge à visée rééducative
Assistance respiratoire non mécanisée	Ce mode de prise en charge concerne des enfants dont l'autonomie respiratoire est réduite. Il comporte le suivi médico-infirmier de l'enfant, et les soins éducatifs de l'enfant et à son entourage (ex : bronchiolite, asthme compliqué...)	?	Soins ponctuels
Chimiothérapie. Cette définition est susceptible d'être réactualisée dans le cadre des travaux sur l'oncopédiatrie, conduits au sein du plan national de lutte contre le cancer	La prise en charge comporte : 1) l'examen clinique et la vérification des critères biologiques préalables à l'administration de la chimiothérapie, 2) la surveillance médico-soignante des thérapeutiques, 3) la surveillance et la gestion des effets secondaires immédiats et retardés	Dispositifs intraveineux de longue durée : - et/ou réhydratation, - et/ou surveillance médico-infirmière pendant au moins 24 heures	Soins ponctuels ; soins continus si associés à un autre mode de prise en charge
Douleur	Ce mode de prise en charge comporte l'évaluation médico-soignante de la douleur, la mise en place du traitement, l'évaluation et		Soins ponctuels ; soins continus si associés à un autre mode de prise en charge

	les réajustements des thérapeutiques		
Education de l'enfant et de son entourage	Suivi médico-infirmier quasi-quotidien et éducation visant à rendre l'enfant et/ou sa famille le plus autonome possible (pathologies cardiaques, diabète, asthme, affections respiratoires, stomies, surcharge pondérale, épilepsie, Sida....)		Soins ponctuels ; soins continus si associés à un autre mode de prise en charge ; soins de réadaptation, au domicile si associés à un mode de prise en charge à visée rééducative.
Nutrition entérale	Ce mode d'alimentation entérale concerne des enfants porteurs de sondes naso-gastriques, de gastronomie ou de jéjunostomie et dont les produits spécifiques sont fournis par l'HAD. Il nécessite le plus souvent une surveillance soignante continue, la maintenance des pompes si nécessaire et l'éducation de l'enfant et de son entourage	Associé à au moins un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels, soins continus si associés à un autre mode de prise en charge
Nutrition parentérale	Ce mode de prise en charge concerne essentiellement les solutions binaires et ternaires. La prise en charge comporte le suivi médical et biologique de l'alimentation et la mise en place des soins infirmiers (gestion d'un dispositif intraveineux de longue durée, fourniture et maintenance des pompes)	Associé à au moins un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels ; soins continus si associés à un autre mode de prise en charge
Pansements complexes (ulcération cutanée, brûlure...) et soins spécifiques (stomies compliquées)	Ce mode de prise en charge concerne les enfants porteurs de plaies complexes nécessitant une intervention de l'équipe soignante pluri-quotidienne et comprend également le soutien à la famille		Soins ponctuels ; soins continus
Prise en charge psychologique et/ou	Il s'agit du soutien psychologique de l'enfant et	En complément d'un autre mode	

sociale	de son entourage et/ou d'une prise en charge sociale par des professionnels spécialisés (psychologues et/ou assistants sociaux)	de prise en charge	
Radiothérapie. Cette définition est susceptible d'être réactualisée dans le cadre des travaux sur l'oncopédiatrie conduits au sein du plan national de lutte contre le cancer	La prise en charge comporte la surveillance et la gestion médico-soignante des effets secondaires d'une radiothérapie : gestion des réactions locales et surveillance nutritionnelle	Associé à un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels : soins continus si associés à un autre mode de prise en charge
Rééducation orthopédique	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kinésithérapie avec l'élaboration d'un projet de rééducation spécifique à l'enfant et à sa pathologie orthopédique	Associé à un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels : soins continus si associés à un autre mode de prise en charge ; soins de réadaptation, au domicile si associés à un mode de prise en charge
Rééducation neurologique	Le projet thérapeutique nécessite une forte implication de l'équipe de kinésithérapie avec l'élaboration d'un projet de rééducation spécifique à l'enfant et à sa pathologie neurologique	Associé à un autre mode de prise en charge	Soins continus si associés à un autre mode de prise en charge ; réadaptation au domicile quand l'objectif est un maintien ou un gain d'autonomie présumé, associé à un mode de prise en charge à visée rééducative
Surveillance post-chimiothérapie. Cette définition est susceptible d'être réactualisée dans le cadre des travaux sur l'oncopédiatrie conduits au sein du plan national de lutte contre le cancer	La prise en charge comporte la surveillance et la gestion médico-soignante des effets secondaires d'une chimiothérapie hospitalière : surveillance infectieuse, hématologique et nutritionnelle		Soins ponctuels ; soins continus si associés à un autre mode de prise en charge
Surveillance des aplasies	La prise en charge comporte, quelle que soit la méthode aplasiant : 1) la surveillance médico-		Soins ponctuels ; soins continus si associés à un autre mode de prise en charge

	soignante de l'aplasie médullaire sur le plan biologique et clinique (notamment surveillance de l'hydratation, de l'alimentation...), 2) la surveillance et la gestion des effets secondaires (antibiothérapie, transfusion, décision d'hospitalisation), 3) éducation des parents et de l'entourage		
Soins palliatifs	Il s'agit de la prise en charge d'un enfant et de son entourage par l'ensemble de l'équipe médicale, sociale, soignante et de psychologues, dans le cadre d'un accompagnement de fin de vie ou d'une phase terminale		Soins continus
Traitements anti-infectieux et autres traitements par voie veineuse	Il s'agit de mettre en place une antibiothérapie ou un traitement antiviral ou autre type de traitement à type de protocole hospitalier, comportant un ou plusieurs antibiotiques ou antiviraux ou autre sur voie veineuse. La prise en charge comporte la mise en place du traitement, l'évaluation et les réajustements des thérapeutiques		Soins ponctuels ; soins continus si associés à un autre mode de prise en charge
Transfusion sanguine	La transfusion sanguine est assurée directement, selon les lieux, par l'équipe médico-soignante de l'HAD et en partenariat direct avec l'EFS. Cette prise en charge comporte la prescription médicale, le rôle de l'infirmier et la surveillance des incidents et accidents dans le respect des compétences de chacun	Associé à un autre mode de prise en charge	Soins ponctuels ; soins continus si associés à un autre mode de prise en charge
Autres traitements :	Il s'agit de prise en charge		Soins ponctuels ; soins

ne sont concernés que les traitements, exceptionnels ou peu fréquents, susceptibles de relever d'une HAD et non listés par ailleurs	d'enfants nécessitant un suivi médico-soignante spécifique		continus si associés à un autre mode de prise en charge ; soins de réadaptation si associés à un autre mode de prise en charge à visée rééducative
---	--	--	--

PARTIE IV

Cahier des charges de la prise en charge en HAD en psychiatrie

L'HAD en psychiatrie, comme toutes les alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie, est soumise aux dispositions qui lui sont propres (art. R. 712-2-2 du code de la santé publique), rappelées en annexe.

Il en ressort principalement que :

- les services d'hospitalisation à domicile en psychiatrie « organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile, associées s'il y a lieu, à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient » ;
- en l'état actuel de la réglementation, seuls les établissements publics de santé et privés participant au service public hospitalier, ainsi que les personnes morales de droit public et privé ayant passé une convention avec l'ARH dans les conditions prévues à l'article L. 3221-1 du CSP, peuvent mettre en oeuvre ce type de prise en charge dans le cadre de leur participation à la sectorisation psychiatrique. Pour autant, l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 élargit aux établissements privés, le champ de la lutte contre les maladies mentales (art. L. 3221-1 du CSP) selon des modalités à définir par voie réglementaire. Parallèlement, le plan hôpital 2007 comporte un objectif de développement des alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie par les établissements privés : dans un premier temps, la levée des obstacles tarifaires concernera l'hospitalisation de jour et de nuit. Après évaluation de l'impact de cette première phase de montée en charge, les conditions d'une ouverture plus large seront envisagées ;
- les places d'HAD en psychiatrie n'entrent pas dans l'indice global de besoin afférent aux équipements de psychiatrie : leur autorisation n'implique pas donc pas de gage de lits d'hospitalisation complète sur la carte sanitaire de psychiatrie.

Par conséquent, il est apparu nécessaire de compléter ce dispositif en définissant la prise en charge en HAD parmi l'ensemble des modalités de prise en charge existant en psychiatrie. Son rôle et ses objectifs sont ainsi précisés (I) avant de décliner les modalités de prise en charge (II) qui assoient sa spécificité, notamment par rapport à l'hospitalisation complète et aux visites à domicile.

I. - ROLE ET OBJECTIFS DE L'HAD EN PSYCHIATRIE

1. Le rôle de l'HAD en psychiatrie

L'HAD en psychiatrie a pour rôle d'apporter au patient, à son domicile, des soins coordonnés, d'une particulière intensité.

L'HAD permet tout d'abord, particulièrement en psychiatrie générale, de préparer, raccourcir, prendre le relais, éviter et remplacer une hospitalisation à temps complet. Dans la perspective de soins gradués, et dans le cadre d'un travail en réseau

intégrant le secteur et les professionnels libéraux (psychiatres et/ou généralistes mais également pédiatres, gériatres...), elle peut notamment contribuer à la réinsertion de patients pris en charge au long cours en hospitalisation complète. Elle peut également constituer une étape dans la prise en charge du patient, avant la mise en place d'un suivi ambulatoire moins intense (consultation au CMP, VAD, hospitalisation de jour, autres).

Enfin, en assurant l'intervention de professionnels de santé et d'acteurs sociaux à domicile, l'HAD favorise, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile, l'accès aux soins des patients et des familles qui ne recourent pas aux structures de prise en charge traditionnelles.

Par conséquent, cette prise en charge concerne aussi bien des patients déjà suivis par le secteur que des patients ayant recours pour la première fois à des soins psychiatriques.

Parce qu'elle est globale et qu'elle prend en compte son milieu social de référence, l'HAD permet d'améliorer l'alliance thérapeutique du patient et l'observance de son traitement. Elle permet en outre d'apporter et de mettre en place un soutien adapté à la famille et à l'entourage du patient.

C'est pourquoi l'admission en HAD implique la prise en compte de la capacité de l'environnement du patient à assumer cette prise en charge, notamment en situation d'urgence et de crise, sans pour autant exclure de ce dispositif les personnes vivant seules.

L'admission suppose le consentement du patient et de son entourage au principe de l'HAD. Elle est prononcée par le responsable de l'HAD sur prescription du médecin (2) hospitalier ou libéral, après avis du médecin coordonnateur.

Il n'existe pas de critères de refus d'admission liés au diagnostic psychiatrique ou à des limites d'âge. En revanche, ne peut être pris en charge en HAD un patient qui relèverait d'une prise en charge exclusivement sociale, éducative ou scolaire.

2. Les objectifs de l'HAD en psychiatrie

Les objectifs d'une prise en charge en HAD sont :

- la délivrance, à domicile, de soins individualisés, coordonnés et d'une particulière intensité ;
- le maintien ou le développement de l'autonomie du patient ;
- son insertion ou sa réinsertion sociale en prenant en compte son environnement social ou familial. En psychiatrie infanto-juvénile, elle peut permettre d'éviter la déscolarisation de l'enfant.

Des objectifs plus spécifiques peuvent être poursuivis, par exemple pour la prise en charge des personnes âgées ou des troubles de la relation mère-enfant ainsi qu'en matière de prise en charge des conduites addictives, de l'urgence et de la crise à domicile ou de prévention de la maltraitance.

A travers la pratique de cette prise en charge, l'équipe d'HAD peut constituer une équipe ressource et participer à la formation d'autres intervenants dans la prise en charge des patients adultes ou enfants atteints de troubles psychiques. Elle participe ainsi à l'évolution des modes de prise en charge :

- des équipes de psychiatrie pour ce qui concerne notamment leurs pratiques d'interventions à domicile ou de travail en réseau ;

- d'autres catégories d'intervenants contribuant à la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques (professionnels de santé libéraux, équipes des institutions sanitaires, sociales, médico-sociales, éducatives).

L'HAD contribue également à la prévention primaire et secondaire et à la déstigmatisation attachée à la maladie mentale par son travail en réseau et la multiplicité de ses lieux d'intervention.

II. - LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE EN HAD EN PSYCHIATRIE

L'organisation des soins en psychiatrie se caractérise par des formes diversifiées de prise en charge alternatives à l'hospitalisation à temps complet (CMP, CATTP, hospitalisation de jour, visites à domicile...) dans une logique de graduation des soins. Parmi ces modalités de prise en charge, l'HAD se caractérise par une intensité, une continuité, une coordination et une structuration des soins correspondant au rôle et aux objectifs qui lui incombent et définis préalablement. Alors que les objectifs sont identiques, les prises en charge en HAD peuvent jouer des rôles spécifiques selon qu'elles interviennent en psychiatrie générale (où la référence aux prises en charge en hospitalisation complète est prépondérante) ou en psychiatrie infanto-juvénile. Dans ce domaine précis, l'HAD se situe dans une palette de prises en charge principalement ambulatoire, voire éducative, sociale et médico-sociale.

Ces spécificités peuvent ainsi justifier des modalités variables permettant de garantir l'intensité, la continuité, la coordination et la structuration des soins.

1. Garantir l'intensité des soins

Les moyens à mettre en oeuvre à cet égard portent à la fois sur :

1.1. La composition de l'équipe

La prise en charge en HAD s'articule autour d'une équipe identifiée pour chaque patient. Les compétences de cette équipe doivent être diversifiées au-delà du binôme psychiatre - infirmier, et mobiliser psychologues, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux.

Cette équipe travaille en collaboration avec des professionnels extérieurs. Il s'agit, par exemple, de professionnels de santé libéraux (généralistes, psychiatres, gériatres, pédiatres), de travailleurs sociaux ou pour ce qui concerne la pédopsychiatrie des professionnels de l'aide sociale à l'enfance (ASE), de la protection maternelle et infantile (PMI), de la santé scolaire, de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).

1.2. La fréquence des interventions

L'intervention de l'équipe d'HAD doit être principalement centrée sur le domicile du patient ou le substitut de domicile. A titre d'exemple, mais de manière non exhaustive, peuvent être cités en qualité de substitut de domicile, les établissements médico-sociaux, notamment hébergeant des personnes âgées dépendantes, institutions de l'ASE, familles d'accueil, appartements associatifs, etc.

Le cas échéant, des modalités particulières de sécurisation des interventions à domicile (par exemple par des interventions en binômes, l'organisation de signalement téléphonique de fin d'intervention en temps réel auprès de la structure de rattachement, etc.) au titre de l'HAD sont organisées par l'équipe et prévues dans le protocole de fonctionnement de l'HAD (cf. infra).

L'intervention d'un membre de l'équipe au titre de l'HAD est au moins quotidienne en psychiatrie générale, voire pluriquotidienne. En psychiatrie infanto-juvénile, cette fréquence ne peut être inférieure à 3 interventions par semaine.

Les évaluations médicales sont au moins hebdomadaires.

1.3. Une prise en charge limitée dans le temps

Pour garantir l'intensité et la dimension de réinsertion des soins offerts en HAD, la prise en charge doit être limitée dans le temps (mais elle peut être renouvelable). Une durée indicative de prise en charge est déterminée initialement, avec l'accord formalisé du patient, dans le projet thérapeutique individuel élaboré par l'équipe.

2. Garantir la continuité et la permanence des soins

Les équipes d'HAD sont tenues de garantir la permanence et la continuité des soins (7 jours sur 7, 24 heures sur 24) sur la base d'une organisation permettant une réponse lisible et effective pour le patient et son entourage (notamment face à des situations d'urgence et de crise). Celle-ci repose en particulier sur la mise en place d'un dossier partagé, garantissant la circulation et la protection des informations relatives aux patients de l'HAD.

Il convient, a minima, que les équipes d'HAD formalisent, par convention ou protocole, des modalités de relais téléphonique vers d'autres structures : structures de secteur (notamment d'hospitalisation complète en dehors des heures d'intervention de l'HAD et d'ouverture des CMP) et/ou par exemple, services d'urgences ou de pédiatrie (notamment pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dépourvus de lits d'hospitalisation complète).

Au-delà, en fonction des moyens disponibles ou alloués, le cas échéant dans un cadre intersectoriel, il convient de permettre l'intervention à domicile de soignants et/ou le recours à un psychiatre d'astreinte ou de garde.

3. Favoriser la coordination et la structuration des soins

Afin d'éviter toute rupture de prise en charge du patient, une prise en charge de qualité en HAD implique le développement de collaborations et de complémentarités structurées entre les équipes d'HAD et les autres acteurs de la prise en charge du patient qu'ils soient sanitaires, sociaux, médico-sociaux (et même éducatifs ou judiciaires pour la psychiatrie infanto-juvénile). Il s'agit, en particulier, de permettre au médecin traitant de garder toute sa place dans cette prise en charge, mais également de développer des liens avec des intervenants tels que les associations d'usagers.

La coordination et la structuration des prises en charge en HAD reposent ainsi sur deux principes essentiels : la formalisation des prises en charge et de l'organisation, et la reconnaissance d'une fonction de coordination.

3.1. La formalisation des prises en charge et de l'organisation

La structuration de l'organisation des soins constitue l'une des spécificités en HAD en psychiatrie d'une part, sur le plan de la prise en charge individuelle du patient et, d'autre part, sur le plan de l'organisation institutionnelle des acteurs concernés.

Ainsi, la prise en charge en HAD repose nécessairement sur la formalisation d'un projet thérapeutique individuel avec chaque patient. Outre les soins psychiatriques, le projet thérapeutique prend en compte les dimensions somatique et sociale de la prise en charge du patient. Il est élaboré et périodiquement réévalué et réactualisé, par l'équipe d'HAD, en association avec le médecin prescripteur et le médecin traitant désigné par le patient, et avec l'adhésion de ce dernier.

Ce projet précise les modalités de recours du patient hors des heures d'intervention de l'équipe (24 heures sur 24 et 7 jours sur 7), la durée indicative de la prise en charge, la fréquence, le lieu et les horaires d'interventions ainsi que les aides à domicile complémentaires dont pourrait avoir besoin le patient (aides-ménagères par exemple) et les modalités de sortie de l'HAD.

En outre, sur le plan institutionnel, afin de garantir une organisation des soins lisible pour l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge et pour les patients et leur entourage, la formalisation d'un protocole de fonctionnement de type règlement intérieur permet de préciser :

- les principes généraux du fonctionnement médical (modalités d'admission, fréquence et lieux d'intervention, organisation de la permanence des soins, modalités de sortie) ;
- le rôle du médecin coordonnateur ;
- l'organisation générale des interventions des personnels ;
- les modalités de coordination internes et externes.

Celui-ci est remis à chaque patient lors de son admission.

3.2. La reconnaissance d'une fonction de coordination

L'équipe d'HAD en psychiatrie comprend un médecin coordonnateur, de préférence psychiatre. En collaboration avec un cadre de santé, il veille notamment à l'adéquation et à la permanence des prestations aux besoins des patients, à la transmission des dossiers médicaux et de soins dans le cadre de la continuité des soins.

Cette fonction contribue à l'organisation de la participation des intervenants extérieurs, sanitaires (notamment pour les relais visant à garantir la permanence des soins), sociaux, éducatifs, judiciaires... A cet effet, des temps de synthèse sont organisés en fonction de besoins liés à la prise en charge.

Dans ce cadre, l'implication effective du médecin traitant désigné par le patient est recherchée lors de l'élaboration, la réévaluation et la réactualisation périodique du projet thérapeutique, ainsi que pour la préparation de la sortie du patient. Le professionnel médical libéral tient compte des pratiques et des organisations mises en place par l'équipe d'HAD.

L'accent est également porté sur la formalisation du travail en réseau avec les acteurs concernés (par exemple, HAD pédopsychiatrique et réseau périnatalité, mais également HAD et réseau gérontologique).

A cet effet, la mise en place d'un dossier partagé entre les différents acteurs de la prise en charge contribue à la circulation de l'information afin, notamment, de garantir la continuité et la permanence des soins.

*
* *

III. - ÉLÉMENTS DE CADRAGE POUR L'ÉLABORATION DES PROJETS

Les projets d'HAD en psychiatrie élaborés sur la base des présentes recommandations peuvent être organisés :

- soit dans le cadre d'une structure dédiée (par exemple dans le cadre d'une unité fonctionnelle) ;
- soit être conçus comme une modalité thérapeutique supplémentaire du secteur sans individualisation d'une structure spécifique.

En l'absence d'imputation des capacités concernées à la carte sanitaire de psychiatrie et de gages de lits d'hospitalisation complète, la création d'activités ou structures d'HAD n'appelle pas d'autorisation par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), après avis du comité régional de l'organisation sanitaire, à l'instar de la procédure en vigueur pour d'autres équipements en psychiatrie tels que, par exemple, les centres médico-psychologiques (CMP) ou les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Sur le plan de l'allocation des moyens, il convient de rappeler que la diversification des modes de prise en charge, en particulier le renforcement des interventions à domicile, constitue une des priorités de l'accompagnement pluriannuel de la mise en oeuvre des schémas régionaux de psychiatrie prévu, depuis 2001, dans les circulaires relatives à la campagne budgétaire des établissements sanitaires financés par dotation globale.

Sur cette base, et conformément aux orientations du SROS, les projets d'HAD en psychiatrie sont intégrés dans les projets d'établissements, après délibération du conseil d'administration. L'allocation de moyens nouveaux et/ou les redéploiements de moyens sont négociés, soit dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, soit par avenant. Les créations ainsi réalisées, à compter de la parution des présentes recommandations, feront l'objet d'un financement sur la dotation globale puisque cette modalité de prise en charge alternative à l'hospitalisation est classée, par l'arrêté du 14 mars 1986 relative à la sectorisation psychiatrique, dans la catégorie des équipements ne comportant pas d'hébergement. Dans la perspective où cette modalité de prise en charge deviendrait accessible aux établissements privés, des modalités tarifaires dans le champ de l'OQN seront déterminées.

Quel que soit le mode d'organisation retenu, un suivi spécifique de cette activité - au plan budgétaire, notamment par la mise en place d'une comptabilité analytique - permettra de valoriser la spécificité de l'HAD en psychiatrie par rapport à l'hospitalisation complète, aux autres alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie et aux visites à domicile.

Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées,
Jean-François Mattei

RECENSEMENT DES HAD EN 2002
Résultats

I.-DONNÉES GÉNÉRALES

A.-Structures

En 2002, le nombre total de structures d'HAD en France s'élève à 108 contre 68 en 1999, soit une augmentation de 58 % en 3 ans.

La part des structures publiques (dont PSPH) est stable entre 1999 et 2002 (respectivement 66 % contre 67 %).

Deux grosses régions concentrent un nombre important de structures : l'IDF avec 12 structures, PACA avec 13.

B.-Répartition sur le territoire (annexe I)

Rappel : en 1999, la répartition des structures d'HAD sur le territoire était très inégale puisque 52 départements n'en comptaient aucune. Le développement des HAD était exclusivement urbain.

En 2002, 33 départements ne disposent encore d'aucune place.

Cependant, les structures nouvellement créées sont situées majoritairement dans des départements totalement dépourvus d'HAD, souvent peu urbanisés, ce qui témoigne d'un certain rééquilibrage territorial.

C.-En terme de places

PLACES	AUTORISÉES		INSTALLÉES			
	1999	2002	1999	%	2002	%
Publiques + PSPH	1 681	2 352	1 616	42	2 037	48
Privées	2 227	2 387	2 216	58	2 169	52
Total	3 908	4 739	3 832	100	4 206	100

Au total, entre 1999 et 2002 :

- le nombre de places autorisées croît de 831 places ;
- le nombre de places installées croît de 374 places sur la même période.

Il y a un rééquilibrage entre les secteurs privé et public au profit de ce dernier, puisqu'en 1999, 58 % des places sont installées dans le secteur privé, contre 52 % actuellement.

Répartition des autorisations entre 1999 et 2002 :

Privées : + 160 places.

Publiques : + 671 places.

Répartition des installations entre 1999 et 2002 :

Privées : - 47 places.

Publiques : + 421 places.

En 2002, le nombre de places d'HAD autorisées atteint 4 739 et le nombre de places installées est de 4 206.

48 % des places et 67 % des structures sont publiques ou PSPH contre respectivement 42 % et 66 % en 1999.

II. - ANALYSE RÉGIONALE

A. - Capacités par région

La région qui totalise le nombre le plus important de places est l'IDF avec 2 320 places autorisées en 2002 et 2 278 installées.

Viennent ensuite les régions :

- PACA avec 411 places autorisées en 2002 et 376 places installées :

Remarque : si le nombre de places autorisées est en augmentation par rapport à 1999, en revanche, le nombre de places installées diminue (378 en 1999).

- Rhône-Alpes avec 373 places autorisées en 2002 et 287 installées en 2002. Par rapport à 1999, le nombre de places autorisées augmente alors que les capacités installées diminuent.
- Aquitaine avec 312 places autorisées en 2002 (un quasi-doublement par rapport à 1999) et 289 installées.

Remarque : globalement, il n'existe pas d'adéquation entre les capacités autorisées et installées en HAD.

B. - 1999-2002 : évolutions régionales (en places installées)

Capacités identiques entre 1999 et 2002 :

- Bretagne ;
- Haute-Normandie ;
- Auvergne ;
- Corse ;
- Limousin ;
- Alsace ;
- Languedoc-Roussillon.

Capacités en diminution :

- PACA (- 2) ;
- Rhône-Alpes ;
- Poitou-Charentes ;
- Midi-Pyrénées ;

Capacités en augmentation :

- Aquitaine ;
- Bourgogne ;
- Centre ;
- Champagne-Ardenne ;
- Lorraine ;
- Basse-Normandie ;
- Pays de la Loire ;
- Picardie ;
- Ile-de-France.

Dont plus forte hausse : Franche-Comté* 12 (5 à 60).
 Puis Nord - Pas-de-Calais* 3 (55 à 143).

C. - Répartition régionale entre public/privé
 (en places installées)

Quelques particularités :

Régions « tout public » : Auvergne, Bretagne, Bourgogne, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Haute-Normandie.

Régions « tout privé » : Centre, Champagne-Ardenne.

Régions « à dominante privée » : Aquitaine, Franche-Comté, IDF, NPDC, Basse-Normandie, PACA, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes.

Entre 1999 et 2002, le développement de l'HAD est relatif avec plus de 800 places autorisées, mais moins de 400 places installées.

L'objectif porte sur le doublement des capacités d'ici à 2005, pour atteindre 8 000 places.

Premiers résultats

RÉGION	NOMBRE TOTAL de places installées		NOMBRE TOTAL de places autorisées		STATUT JUR des places installées en 2002		STATUT JUR des places autorisées en 2002		NOMBRE de structures	
	1999	2002	1999	2002	PU + PSPH	PR	PU + PSPH	PR	1999	2002
Alsace	26	26	21	21	20	6	15	6	2	2
Aquitaine	165	289	165	312	131	158	154	158	4	6
Auvergne	34	34	34	94	34	0	69	25	3	6
Bretagne	10	10	10	22	10	0	22	0	1	2
Bourgogne	12	27	12	27	27	0	27	0	1	4
Centre	30	55	30	55	0	55	0	55	1	2
Champagne - Ardenne	36	54	36	54	0	54	0	54	2	3
Franche-Comté	5	60	5	100	10	50	10	90	1	5
Corse	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Languedoc-Roussillon	48	48	53	53	48	0	53	0	5	5
Limousin	47	47	47	62	30	17	45	17	3	4
Lorraine	14	31	14	41	22	9	32	9	2	5
Midi-Pyrénées	69	64	73	83	34	30	53	30	4	5
Nord - Pas-de-Calais	59	143	59	192	53	90	77	115	2	7
Basse-Normandie	41	78	41	88	18	60	18	70	2	6

Haute-Normandie	18	18	18	40	18	0	40	0	1	1
PACA	378	376	411	411	107	269	142	269	13	13
Pays-de-la-Loire	100	138	100	195	100	38	110	85	3	6
Picardie	38	58	38	99	20	38	20	79	2	5
Poitou-Charentes	132	85	132	97	20	65	32	65	2	3
Rhône-Alpes	326	287	343	373	287	0	343	30	5	6
IDF	2 244	2 278	2 266	2 320	1 048	1 230	1 090	1 230	9	12
Total	3 832	4 206	3 908	4 739	2 037	2 169	2 352	2 387	68	108

ANNEXE DISPOSITIONS EXISTANTES RELATIVES À L'HAD EN PSYCHIATRIE

L'article L. 3221-4 du CSP prévoit que les services et équipements de lutte contre les maladies mentales mis en oeuvre par un établissement assurant le service public hospitalier exercent leurs missions non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en-dehors de celui-ci.

Le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à l'organisation de la sectorisation psychiatrique précise, article 9, que les actions de ces établissements sont « assurées notamment (...) à la résidence des patients ».

L'arrêté du 14 mars 1986 pris en application du décret susvisé mentionne, article 1er que les services d'hospitalisation à domicile en psychiatrie « organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient ».

La circulaire n° 5780 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie confirme que seuls les établissements publics de santé et privés participant au service public hospitalier peuvent mettre en oeuvre ce type de prise en charge dans le cadre de leur participation à la sectorisation psychiatrique.

L'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques n'inclut pas l'HAD dans l'indice global de besoin afférent aux équipements de psychiatrie. Celui-ci concerne uniquement les lits d'hospitalisation complète, les places de jour, les lits de nuit, les places de placement familial thérapeutique, les places d'appartement thérapeutique, les lits de centre de crise et les lits de centre de postcure psychiatrique.

La lettre du 5 septembre 1991 du directeur des hôpitaux au préfet du Val-de-Marne relative à la mise en place d'un service d'HAD en psychiatrie par le CHS Paul-Guiraud à Villejuif donne des précisions, sans toutefois valeur réglementaire, sur le fondement juridique de l'hospitalisation à domicile en psychiatrie.

- (1) Les critères d'admission en HAD pédiatrie sont fondés sur les besoins de l'enfant.
- (2) (psychiatre, médecin généraliste ou autre spécialiste ex : pédiatre pour l'HAD en pédopsychiatrie, gériatre).

ANNEXE 2

Questionnaire de l'enquête

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES

Menace d'accouchement prématuré

Audit des pratiques

Date :	Service :
N° de la grille :	Etiquette de la patiente :
Nom de l'évaluateur :	

Item 1 : Renseignements sur la patiente

N°	CRITERES	ELEMENTS DE REPONSE
1	Niveau socio- économique	
2	Statut marital	
3	Code postal du lieu d'habitation	

Item 2 : Renseignements sur la grossesse

N°	CRITERES	ELEMENTS DE REPONSE			
1	Motif d'entrée				
2	Age de la grossesse à l'entrée				
3	Suivi de la grossesse	<input type="checkbox"/> GO de ville	<input type="checkbox"/> GO hospitalier	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste	<input type="checkbox"/> Sage femme
4	Patiente adressée	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
5	Parité				
6	Geste				
7	Présence de facteurs de risque	<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	
	Si OUI , lesquels ?	<input type="checkbox"/> ATCD d'accouchement prématuré	<input type="checkbox"/> Placenta praevia		
		<input type="checkbox"/> Grossesse multiple	<input type="checkbox"/> Malformation foetale		
		<input type="checkbox"/> ATCD d'au moins 3 curetages	<input type="checkbox"/> Poids avant la grossesse < à 45 kg		
		<input type="checkbox"/> Béance cervicale	<input type="checkbox"/> Taille < à 150 cms		
		<input type="checkbox"/> ATCD d'avortements tardifs	<input type="checkbox"/> Chirurgie abdominale pendant la grossesse		
		<input type="checkbox"/> Infections maternelles	<input type="checkbox"/> Famille monoparentale		
<input type="checkbox"/> Métrorragies du 2 ^{ème} trimestre	<input type="checkbox"/> Hydramnios				

ITEM 3 : Actes techniques réalisés lors de l' hospitalisation

N°	CRITERES	ELEMENTS DE REPONSE			
1	Diagnostiques	<input type="checkbox"/> ECBU	<input type="checkbox"/> Prélèvements vaginaux	<input type="checkbox"/> Echographie pelvienne	<input type="checkbox"/> Tocographie
		<input type="checkbox"/> Autres :			
2	Thérapeutiques	<input type="checkbox"/> Tocolyse	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Per os	
			<input type="checkbox"/> Durée :	<input type="checkbox"/> Durée :	
		<input type="checkbox"/> Antibiothérapie	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Per os	
			<input type="checkbox"/> Durée :	<input type="checkbox"/> Durée :	
		<input type="checkbox"/> Corticothérapie	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> Per os	
			<input type="checkbox"/> Durée :	<input type="checkbox"/> Durée :	
		<input type="checkbox"/> Autres :			
3	Mode d'accouchement	<input type="checkbox"/> Voie basse	<input type="checkbox"/> Césarienne		
4	Accouchement réalisé par	<input type="checkbox"/> GO	<input type="checkbox"/> Sage femme		
5	Date de l'accouchement	SA			
6	Suivi à la sortie	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON		
	Si OUI, Par qui ?	<input type="checkbox"/> GO	<input type="checkbox"/> Sage femme	<input type="checkbox"/> Médecin traitant	
7	Durée du séjour hospitalier				

ANNEXE 3

Recommandations pour la pratique clinique

**La menace d'accouchement prématuré (MAP)
à membranes intactes (2002)**

RECOMMANDATIONS pour la PRATIQUE CLINIQUE

La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes (2002)

Note sur les **Niveaux de preuve scientifique (NP)**

Le groupe de travail...

Promoteur : CNGOF

Comité d'organisation :

D. Cabrol, président, F. Goffinet, coordonnateur, B. Carbonne, M. Dreyfus, C. d'Ercole

Experts du groupe de travail :

P.-Y. Ancel (Villejuif), B. Carbonne (Paris), M. Dreyfus (Caen), C. d'Ercole (Marseille), F. Goffinet (Paris), F. Perrotin (Tours), P. Poulain (Rennes), M.-V. Sénat (Poissy), D. Subtil (Lille), C. Vayssière (Schiltigheim), E. Verspyck (Rouen), N. Winer (Nantes)

Lecteurs :

X. Aireau (Cholet, CH), M. André (Flers, CH), F. Audibert (Clamart, CHU), P. Boisselier (Chatellerault, cab. privé), G. Dauptain (Gonesse, CH), J.-M. Firmin (Le Havre, CH), P. Fournet (Mont-Saint-Aignan, CH), J.-Y. Grall (Rennes, CHU), B. Haddad (Créteil, CHI), J. Horovitz (Bordeaux, CHU), P. Klein (Strasbourg, cab. privé), R. Kutnahorsky (Colmar, CH), B. Langer (Strasbourg, CHU), E. Louis (Chartres, CHG), B. Maria (Villeneuve-St-Georges, CHI), J.-M. Mayenga (Sèvres, CHI), G. Mellier (Lyon, CH), A. Mensier (St Herblain, clinique), O. Multon (St Herblain, clinique) A. Renaud-Giono (Saint-Brieuc, CH), P. Sagot (Dijon, CHU), M. Uzan (Bondy, CHU), Y. Ville (Poissy, CHI), B. Viville (Strasbourg, CHU)

Introduction

La menace d'accouchement prématuré (MAP) survient entre 22 et 36 SA révolues et se caractérise par l'association de modifications cervicales et de contractions utérines (CU) régulières et douloureuses qui

conduiront à l'accouchement prématuré en l'absence d'intervention médicale. L'accouchement prématuré peut être soit spontané (dans près de deux tiers des cas), soit provoqué à la suite d'une décision médicale. L'accouchement prématuré spontané est fréquemment précédé d'une MAP (NP3)1.

La MAP est quantitativement la première cause d'hospitalisation pendant la grossesse. Le risque réel d'accouchement prématuré est très variable selon les études (15 à 50 %). Ceci est probablement la marque de l'imprécision des critères diagnostiques actuels (NP3).

Les étiologies du travail prématuré « spontané » sont nombreuses et souvent associées entre elles (infection ovulaire, anomalies placentaires, grossesses multiples, incompétence cervico-isthmique...). Les facteurs socio-économiques, psychologiques, environnementaux sont souvent corrélés à l'accouchement prématuré. Cependant, ils ne sont pas retrouvés comme étiologie unique ce qui n'exclut pas leur rôle comme facteur indirect.

La mortalité et la morbidité néonatales sont étroitement liées à l'âge gestationnel à la naissance. L'existence d'une MAP précédant la naissance prématurée n'augmente pas ces risques par rapport aux autres circonstances de naissance prématurée, exception faite de l'infection intra-utérine très liée à la MAP et qui est à l'origine d'un excès de lésions cérébrales chez l'enfant.

I. Diagnostic et pronostic de la menace d'accouchement prématuré

1. À l'aide de l'examen clinique et de l'échographie

La valeur diagnostique de l'examen clinique est bonne dans les cas extrêmes (col très modifié associé à des contractions utérines régulières ou à l'inverse col très peu modifié avec des contractions rares) (NP3). Dans les situations intermédiaires, les plus nombreuses, la prédiction de l'accouchement prématuré par l'examen clinique est médiocre.

Les scores basés sur l'association de critères cliniques et de facteurs de risque n'ont pas été validés et ne peuvent être recommandés pour les décisions en pratique quotidienne (NP4).

L'utilisation de la tocométrie externe ne permet pas d'améliorer le pronostic de la MAP même si elle permet de repérer plus de contractions utérines (NP4).

L'échographie du col utérin a bénéficié d'une évaluation technique satisfaisante (NP3) ; elle doit être réalisée par voie transvaginale (NP3).

- Cette méthode est plus précise et plus reproductible que le toucher vaginal pour évaluer la longueur cervicale à condition que l'opérateur ait bénéficié d'un apprentissage suffisant (NP3).

- La longueur cervicale est le critère le plus étudié et semble plus discriminant que la largeur de l'orifice interne ou la protrusion des membranes qui doivent être utilisées avec prudence dans les décisions (NP3).
- En cas de MAP, les seuils de longueur cervicale les plus discriminants pour prévoir l'accouchement prématuré se situent entre 20 et 30 mm (NP3). Il est difficile de recommander un seuil particulier : celui-ci sera fonction du choix du clinicien qui privilégiera soit une sensibilité élevée avec une bonne valeur prédictive négative mais avec de nombreux faux-positifs (seuil élevé autour de 30 mm) soit le contraire (seuil bas vers 20 mm).

Au total, l'échographie du col est recommandée car elle apporte un progrès par rapport au toucher vaginal dans l'identification des patientes à risque d'accoucher prématurément en cas de MAP (NP 3). Elle pourrait permettre de diminuer le nombre d'hospitalisations et de traitements inutiles grâce à une meilleure valeur prédictive négative. À l'inverse, pour certaines patientes mal « étiquetées » par l'examen clinique, elle permettrait d'adopter une prise en charge intensive alors nécessaire (tocolyse intraveineuse, corticoïdes, transferts in utero). Cependant, il n'y a pas de données actuelles pour recommander l'abandon du toucher vaginal pour l'échographie du col dans la prise en charge des patientes.

2. À l'aide de marqueurs biochimiques (hors infection)

Le marqueur le plus utilisé est la fibronectine, glycoprotéine normalement absente des sécrétions cervico-vaginales entre la 21e et la 37e semaine.

– La technique fait appel à un écouvillonnage du cul-de-sac vaginal postérieur ou de l'exocol (NP3). Si la méthode ELISA sert de référence, la méthode semi-quantitative semble avoir des résultats superposables. Il n'y a aucun argument scientifique pour répéter les prélèvements. L'existence de rapports sexuels ou d'un toucher vaginal dans les 24 dernières heures ainsi que la présence de métrorragies donnent des résultats faussement positifs (NP3).

– En cas de MAP, la valeur diagnostique de la fibronectine semble être supérieure à celle de l'examen clinique (NP3). Sa valeur prédictive négative est en particulier excellente. Il n'existe cependant aucune étude permettant de dire que le toucher vaginal doit être remplacé par la recherche de fibronectine en pratique clinique. Concernant la comparaison entre ce marqueur et l'échographie du col, aucune étude ne montre une supériorité d'un critère par rapport à l'autre. Il n'existe pas non plus de preuve de l'avantage d'une association des deux paramètres (NP3). Le choix devrait se faire selon l'accessibilité aux techniques et leur coût.

Il n'y a pas de données valides concernant la valeur prédictive d'autres marqueurs biochimiques tels que l'estriol ou la CRH.

II. MAP et infection

L'infection intra-utérine asymptomatique est liée à la MAP et à la survenue d'un accouchement prématuré (NP2). Son diagnostic n'est le plus souvent porté qu'a posteriori. De nombreux marqueurs ont été étudiés pour diagnostiquer précocement une infection infraclinique. Cependant, si la plupart de ces marqueurs sont associés à un accouchement prématuré (NP2), il n'existe pas de données concernant une conduite à tenir efficace lorsqu'ils sont présents (antibiothérapie anténatale, accouchement). Ils doivent donc être interprétés en fonction des autres éléments (fièvre maternelle, tachycardie fœtale...).

1. Marqueurs infectieux (hors liquide amniotique)

– Les marqueurs sériques

La C réactive protéine et l'hyperleucocytose sont de faible sensibilité. Une CRP supérieure à 20 mg/l est fortement liée à un accouchement prématuré.

– Les marqueurs cervico-vaginaux

Les infections amniotiques sont souvent d'origine cervico-vaginale (NP2). De nombreux germes pathogènes sont trouvés dans les menaces d'accouchement prématuré (streptocoque B, E. coli...) mais leur mise en évidence n'a qu'une valeur pronostique faible (NP3).

La vaginose bactérienne correspond au remplacement de la flore vaginale normale par des germes anaérobies stricts ou facultatifs. Le risque relatif d'accouchement prématuré chez une patiente présentant à la fois une MAP et une vaginose est multiplié par 2 (NP2). Cependant, la causalité directe reste très discutée.

Des marqueurs tels que le nombre de leucocytes ou le dosage des cytokines dans les sécrétions cervico-vaginales n'ont pas fait la preuve de leur valeur.

2. Marqueurs infectieux dans le liquide amniotique

Parmi les nombreux marqueurs infectieux étudiés dans le liquide amniotique, l'interleukine 6 semble avoir la valeur diagnostique la plus élevée sur la survenue d'un accouchement prématuré et d'une infection (NP3). Cependant les bénéfices et les inconvénients de la recherche de marqueurs infectieux par amniocentèse n'ont pas été évalués. La pratique systématique d'une amniocentèse en cas de MAP n'est pas recommandée en pratique courante.

3. Indication des antibiotiques en cas de MAP à membranes intactes

L'administration systématique d'une antibiothérapie en cas de MAP n'est pas recommandée (NP1). En effet, s'il existe une tendance à la prolongation de la grossesse et une réduction des infections maternelles (endométrites), il n'existe aucune réduction de la prématurité et aucune amélioration de l'état néonatal. De plus, une large prescription entraînerait la sélection de germes résistants aux antibiotiques classiques (NP3).

Les traitements locaux vaginaux systématiques n'ont pas fait la preuve de leur efficacité pour réduire la prématurité et les risques infectieux materno-fœtaux (NP2).

Il n'y a pas d'arguments formels en faveur d'un traitement antibiotique lorsque la MAP est associée à un prélèvement vaginal positif (germes banals, ureaplasma ou chlamydia) ou à une vaginose bactérienne (NP4).

En population générale, la bactériurie asymptomatique définie par la présence de 100 000 germes/ml, doit être traitée en raison du risque de pyélonéphrite et de prématurité (NP1). Aucune recommandation scientifique n'a été apportée dans un contexte de MAP même s'il semble raisonnable de traiter également (NP5).

III. Tocolyse

1. Indications et contre-indications

La plupart des tocolytiques prolongent la grossesse en diminuant le pourcentage d'accouchement à 24 h, 48 h et au 7e jour. Cependant ces traitements restent sans effet prouvé sur le pronostic néonatal (NP2).

Une tocolyse peut être envisagée en cas d'infection maternelle sans chorioamniotite ou d'hémorragie génitale modérée liée à un placenta praevia (NP4).

Quand débiter un traitement tocolytique ?

Il n'y a pas d'argument objectif pour réfuter une tentative de tocolyse en fonction d'une limite inférieure d'âge gestationnel (NP5).

À partir de quel terme ne faut-il plus tocolyser (ou interrompre la tocolyse) ?

Il n'existe pas d'essai randomisé testant le bénéfice d'une tocolyse après 34 SA. Cependant, un faible risque de syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né persiste. Il n'y a pas d'argument pour recommander une recherche biologique de la maturité fœtale par étude du liquide amniotique pour décider d'une tocolyse. Entre 34 et 36 SA, les bénéfices néonataux attendus d'une tocolyse sont à évaluer en fonction des risques et effets secondaires maternels des traitements utilisés et des conditions d'accueil du nouveau-né (NP5).

À partir de quelle dilatation est-il inutile de tocolyser ?

Même en cas de dilatation avancée — jusqu'à 5 ou 6 cm — l'accouchement peut être retardé de 48 heures dans près de 20 à 50 % des cas. L'instauration d'une tocolyse peut se justifier dans cette situation afin de permettre la réalisation d'une corticothérapie à visée de maturation pulmonaire fœtale (NP3).

Quelle doit être la durée du traitement tocolytique d'attaque ?

La plupart des études sur les tocolytiques ont démontré une prolongation de la grossesse d'au moins 48 heures par rapport à un placebo (NP1). Il ne semble pas y avoir de bénéfice à la poursuite du traitement au-delà de 48 heures en cas de tocolyse efficace (NP2).

Faut-il prescrire un traitement d'entretien ?

L'instauration d'un traitement d'entretien après 48 heures de tocolyse efficace n'a pas d'intérêt pour la prolongation de la grossesse ou l'état néonatal (NP1). Le traitement d'entretien pourrait réduire les réhospitalisations et la nécessité de re-traitements tocolytiques par voie intraveineuse (NP3).

2. Quels tocolytiques utiliser ?

Efficacité des tocolytiques

Plusieurs classes de tocolytiques ont une efficacité démontrée pour prolonger la grossesse par rapport à un placebo : les bêta-mimétiques (NP1), les antagonistes de l'ocytocine (NP2), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (NP1).

D'autres classes de tocolytiques n'ont pas d'efficacité démontrée par rapport à un placebo (NP1) : sulfate de magnésium, donneurs de monoxyde d'azote (NO), antispasmodiques, progestérone.

À part, les inhibiteurs calciques n'ont pas fait l'objet d'études contre placebo. En revanche, de nombreuses études randomisées les comparant aux bêta-mimétiques aboutissent à la conclusion d'une efficacité égale ou supérieure (NP1).

Tolérance des tocolytiques efficaces pour prolonger la grossesse

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont efficaces mais leurs effets secondaires fœtaux et néonataux potentiellement graves (syndrome de persistance de la circulation fœtale, insuffisance rénale... ; NP3) pourraient les faire réserver à des situations exceptionnelles par leur sévérité, par la précocité du terme ou par l'inefficacité d'autres thérapeutiques (NP5). Les inhibiteurs spécifiques de la cyclo-oxygénase de type II n'apportent pas d'avantage par rapport aux anti-inflammatoires non stéroïdiens non spécifiques (NP3).

Les inhibiteurs calciques et les antagonistes de l'ocytocine ont une tolérance maternelle supérieure à celle des bêta-mimétiques (NP1).

Tocolyse de première intention

Trois principales classes thérapeutiques peuvent être utilisées avec une efficacité comparable dans le traitement tocolytique de première ligne :

- les béta-mimétiques (NP1) ;
- les inhibiteurs calciques (NP1) ;
- les antagonistes de l'ocytocine (NP1).

La tolérance des inhibiteurs calciques et des antagonistes de l'ocytocine est supérieure à celle des béta-mimétiques, cependant l'expérience clinique de ces produits est encore nettement inférieure à celle des béta-mimétiques.

Le choix du traitement de première intention peut être décidé sur la base d'éventuelles contre-indications — même relatives — aux béta-mimétiques, de l'existence d'effets secondaires, d'une attitude systématique de service, ou encore de critères économiques (NP5).

IV. Les corticoïdes dans la maturation pulmonaire fœtale

Quels corticoïdes ?

Deux corticoïdes ont une efficacité prouvée dans la maturation pulmonaire fœtale : la bétaméthasone et la dexaméthasone (NP1).

Plusieurs arguments sont en faveur de l'utilisation préférentielle de la bétaméthasone :

- L'analyse séparée des données concernant ces deux corticoïdes montre que seule la bétaméthasone a un effet bénéfique prouvé sur la mortalité néonatale (NP1) ;
- L'utilisation de bétaméthasone est associée à une réduction des leucomalacies périventriculaires, ce qui n'est pas le cas avec la dexaméthasone (NP3) ;
- L'utilisation de bétaméthasone ne nécessite qu'une injection quotidienne au lieu de deux.

Les bénéfices d'une cure unique de corticoïdes sont :

- une réduction de 40 % de la mortalité néonatale (NP1) ;
- une réduction de 50 % de la maladie des membranes hyalines (NP1) ;
- une réduction des hémorragies intra-ventriculaires cérébrales néonatales (NP1) ;
- une réduction des entérocolites ulcéronécrosantes (NP1).

Mode d'administration

Le seul mode d'administration évalué des corticoïdes à visée de maturation pulmonaire fœtale est la voie intramusculaire. Aucune étude ne permet de connaître l'efficacité de la voie intraveineuse.

Délai d'efficacité des cures

L'efficacité des corticoïdes est démontrée à partir de 24 heures après le début du traitement et jusqu'à 7 jours (NP1). Il existe des arguments pour penser que l'efficacité peut exister avant 24 heures et après 7 jours. Il paraît utile de débiter une cure de corticoïdes même quand l'accouchement paraît imminent (NP4).

Quand commencer les corticoïdes ?

Le terme de début des corticoïdes en cas de MAP dépend de l'âge gestationnel à partir duquel l'équipe de néonatalogie prend en charge les grands prématurés. La question de la prescription de corticoïdes avant 24 SA se pose peu en pratique.

Quand arrêter les corticoïdes ?

Il n'y a pas de démonstration d'un effet bénéfique des corticoïdes au-delà de 34 SA.

Y a-t-il un intérêt à répéter les cures ?

Il est préférable, lorsque cela est possible, de n'utiliser qu'une cure de corticoïdes. Si la patiente n'a pas accouché au bout de 7 jours, il n'est pas justifié de répéter systématiquement les cures de corticoïdes de manière hebdomadaire. Cependant, si le risque d'accouchement très prématuré semble s'aggraver, une nouvelle cure peut être prescrite (NP5).

La répétition des cures de corticoïdes semble s'accompagner d'une diminution des syndromes de détresse respiratoire, notamment avant 28 SA, sans qu'il soit possible de distinguer la part liée aux effets cumulés des cures de celle liée à la proximité entre la dernière injection et la naissance (NP2).

Certaines études rapportent une diminution du poids de naissance et du périmètre céphalique chez les nouveau-nés exposés à des cures répétées de corticoïdes in utero, mais avec un devenir à 3 ans similaire à celui des enfants exposés à une cure unique (NP3). Les études n'ont pas montré d'augmentation significative des complications maternelles liées à l'utilisation des corticoïdes.

V. Place du cerclage dans la prise en charge de la MAP

Le recours au cerclage prophylactique en début de grossesse, avant toute modification du col, n'est pas discuté ici.

Il n'existe pas à ce jour d'argument scientifique pour préconiser un cerclage en cas d'apparition de modifications cliniques du col (NP4).

La constatation de modifications échographiques du col, en population à bas risque ou à haut risque (antécédent d'accouchement très prématuré ou de fausse-couche tardive) ne semble pas constituer une indication de cerclage (NP2).

VI. Prise en charge à domicile de la MAP

La littérature ne fournit pas d'élément satisfaisant pour décider des indications de sortie dans les MAP.

L'enregistrement des contractions en ambulatoire semble inutile (NP3), n'ayant aucune incidence sur le taux de prématurité.

Le suivi à domicile de femmes ayant été traitées et hospitalisées pour une menace d'accouchement prématuré ne réduit pas la prématurité (NP1). En revanche, il augmente nettement la satisfaction des patientes qui en bénéficient.

VII. Prise en charge particulière de la MAP en cas de grossesse multiple

La part de la grande prématurité (< 33 SA) liée aux grossesses multiples est proche de 20 % (NP1). 72 % des accouchements prématurés de grossesses multiples sont « spontanés » (NP3).

Malgré l'absence d'étude spécifique, l'efficacité de la tocolyse pour prolonger la grossesse semble proche de celle obtenue dans les grossesses uniques (NP4).

Les béta-mimétiques exposent à un risque accru de complications cardiovasculaires, notamment d'œdème aigu du poumon, en cas de grossesse multiple (NP3). Les inhibiteurs calciques et les antagonistes de l'ocytocine peuvent être proposés comme tocolytiques de première intention dans cette situation, du fait de la rareté de leurs effets secondaires cardiovasculaires (NP5).

Le bénéfice des corticoïdes en cas de grossesse multiple est moins bien démontré que pour les grossesses uniques (NP3). En l'absence de données spécifiques, la réalisation d'une corticothérapie selon les mêmes modalités que pour les grossesses uniques est recommandée (NP5).

Il n'y a pas d'intérêt à la réalisation d'une tocométrie à domicile pour le dépistage des contractions en cas de grossesse multiple (NP2)

La tentative d'accouchement différé du deuxième jumeau en cas d'accouchement très prématuré du premier (avant 26 SA) reste une pratique mal évaluée. Elle doit être discutée au cas par cas avec la patiente car elle expose à des complications infectieuses materno-fœtales potentiellement graves. Si elle évite parfois la mort du deuxième jumeau, elle permet rarement d'éviter la grande prématurité et ses risques de séquelles lourdes (NP4).

VU

NANCY, le 4 mai 2007
Le Président de Thèse

Professeur Ph. JUDLIN

NANCY, le 4 mai 2007
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 15 mai 2007

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

Le concept d'HAD (hospitalisation à domicile) est apparu en France il y a presque soixante ans. Initialement, l'HAD était destinée aux patients cancéreux ou en fin de vie. La circulaire de 2004 a élargi son champ d'action à l'obstétrique. Des expériences d'HAD obstétricale ont été menées avec succès à l'étranger (Canada, Pays-Bas) mais aussi en France (surtout pour le post-partum).

Afin d'évaluer la viabilité d'une HAD obstétricale sur la région messine, une enquête a été réalisée au sein d'une clinique, durant un an, sur la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré (MAP), qui est le premier motif d'hospitalisation en ante-partum. Ce travail a pour buts de déterminer la proportion des différentes catégories de MAP en fonction de leur degré de sévérité et d'évaluer quelle part de ces patientes auraient pu bénéficier de l'HAD (si elle avait existé) en première intention ou après une courte hospitalisation, en tenant compte de critères médicaux mais aussi sociaux et géographiques. Sur les 111 dossiers retenus, 60 % des femmes pouvaient prétendre à une HAD quasi-immédiate et 25 % après une hospitalisation traditionnelle de 5 jours. Cette étude montre l'intérêt de l'HAD comme structure de prise en charge intermédiaire entre soins ambulatoires et hospitalisation traditionnelle. Par ailleurs, ce mode de prise en charge est en phase avec les principaux objectifs du plan périnatalité 2005-2007 et les aspirations des patientes et de leur famille.

TITRE EN ANGLAIS :

Obstetric home care: indications and parts of attending physician

THESE : MEDECINE GENERALE – 2007

MOTS CLES:

Hospitalisation à domicile obstétricale– Menace d'accouchement prématuré – Médecine générale –Tocolyse- Réseau –Périnatalité

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE – LES – NANCY Cédex