



HAL
open science

Le regard des sages-femmes libérales sur la structure d'hospitalisation à domicile de l'agglomération Nancéienne en 2010

Clémence Menut

► **To cite this version:**

Clémence Menut. Le regard des sages-femmes libérales sur la structure d'hospitalisation à domicile de l'agglomération Nancéienne en 2010. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01882034

HAL Id: hal-01882034

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01882034v1>

Submitted on 26 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Maternité Régionale Universitaire de Nancy

**Le regard des sages-femmes libérales sur la
structure d'Hospitalisation A Domicile de
l'Agglomération Nancéienne en 2010**

Mémoire présenté et soutenu par

Clémence Menut

Promotion 2011

Travail de recherche réalisé :

- **sous la direction de Madame Marie-Thérèse Belgy, sage-femme cadre enseignante**
- **sous l'expertise de Madame Denise Zimmermann-Wirth, sage-femme présidente de l'ordre des sages-femmes de Meurthe-et-Moselle**

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| Sommaire..... | 4 |
| Glossaire..... | 6 |
| Introduction..... | 7 |
| Partie 1 : Pourquoi l'hospitalisation à domicile?..... | 9 |
| 1. L'hospitalisation à domicile : une création née de par la conjoncture de plusieurs demandes..... | 10 |
| 1.1. Introduction..... | 10 |
| 1.2. L'hôpital : la lutte contre la mortalité à n'importe quel prix?..... | 11 |
| 1.3. L'évolution de la notion d'offre de soin..... | 12 |
| 1.4. L'évolution des mentalités et de la demande des usagers..... | 13 |
| 1.5. Les solutions envisagées pour pallier à ces nouvelles demandes..... | 14 |
| 2. Le développement de l'HAD..... | 16 |
| 2.1. L'hospitalisation à domicile dans l'histoire..... | 16 |
| 2.2. L'hospitalisation à domicile dans la législation..... | 17 |
| 2.3. L'HAD obstétricale..... | 18 |
| 2.4. L'HAD obstétricale nancéenne : l'HADAN..... | 20 |
| 2.4.1. Présentation de la structure..... | 20 |
| 2.4.2. Les acteurs de la structure..... | 20 |
| 3. Les sages-femmes libérales au sein d'une structure d'HAD..... | 22 |
| 3.1. Le métier actuel des sages-femmes libérales est en plein essor..... | 22 |
| 3.1.1. La pénurie annoncée des gynécologues-obstétriciens..... | 22 |
| 3.1.2. L'élargissement de leurs compétences..... | 23 |
| 3.2. Les sages-femmes libérales au sein de l'HADAN..... | 24 |
| 4. Les outils de communication utilisés par l'HADAN..... | 27 |
| 4.1. Le dossier patient..... | 27 |
| 4.2. Les coordinateurs..... | 29 |
| 4.2.1. La prise en charge initiale en HAD..... | 30 |
| 4.2.2. La prise en charge en cours d'HAD de la patiente..... | 30 |
| 4.2.3. La prise en charge lors de la sortie d'HAD de la patiente..... | 31 |
| Partie 2 : Enquête de satisfaction auprès des sages-femmes libérales conventionnées avec l'HADAN..... | 33 |
| 1. Présentation de l'enquête..... | 34 |
| 1.1. Objectifs..... | 34 |
| 1.2. Matériel et méthodologie..... | 34 |
| 1.2.1. Type d'enquête..... | 34 |
| 1.2.2. Population concernée..... | 35 |
| 1.2.3. Evolution de l'étude..... | 35 |
| 1.2.4. Mode de contact, distribution et collecte des questionnaires..... | 35 |
| 1.3. Les limites de l'enquête..... | 36 |
| 1.4. Les points forts de l'enquête..... | 36 |
| 2. Les enquêtes téléphoniques..... | 37 |
| 3. Analyse des réponses au questionnaire..... | 39 |
| 3.1. La satisfaction globale..... | 39 |
| 3.2. L'intégration des sages-femmes libérales au sein de l'HADAN..... | 40 |
| 3.2.1. La répartition des sages-femmes en fonction de l'année d'installation..... | 40 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2.2. La proportion des suivis HAD au sein de l'activité..... | 41 |
| 3.2.3. La satisfaction des sages-femmes sur la proportion des suivis HAD au sein de leur activité..... | 41 |
| 3.2.4. La fidélisation des patientes HAD..... | 42 |
| 3.2.5. Les non motifs d'entrées en HAD..... | 43 |
| 3.3. Les missions de l'HADAN..... | 44 |
| 3.3.1. La coordination entre les professionnels de santé libéraux..... | 44 |
| 3.3.2. La coordination avec les professionnels de santé des établissements de santé..... | 45 |
| 3.3.3. La coordination avec les structures de centre de PMI..... | 46 |
| 3.3.4. La coordination avec les intervenants relevant du social..... | 47 |
| 3.3.5. L'organisation de la prise de rendez-vous supplémentaires..... | 48 |
| 3.4. La communication et la transmission des informations concernant la patiente..... | 49 |
| 3.4.1. A l'admission de la patiente..... | 49 |
| 3.4.2. La présentation et le contenu du dossier patient..... | 50 |
| 3.4.3. La prise en charge des patientes HADAN..... | 51 |
| 3.5. Les suggestions en vue d'améliorer la coordination entre l'HAD et les sages-femmes libérales..... | 52 |
| 3.5.1. Des formations..... | 52 |
| 3.5.2. Le développement de l'HADAN..... | 52 |
| Partie 3 : Conclusion de l'enquête..... | 53 |
| 1. Les bénéfices apportés par l'HADAN dans l'exercice professionnel des sages-femmes libérales..... | 54 |
| 1.1. La répartition des sages-femmes..... | 54 |
| 1.2. Le gain d'activité..... | 54 |
| 1.3. La prise en charge de grossesses pathologiques..... | 55 |
| 1.4. Le travail en réseau..... | 55 |
| 2. Les problèmes rencontrés et les solutions envisagées..... | 56 |
| 2.1. La conservation de l'indépendance professionnelle..... | 56 |
| 2.2. La communication..... | 58 |
| 2.2.1. La qualité des informations relatives à la patiente..... | 58 |
| 2.2.2. Les difficultés de communication avec la MRAP..... | 59 |
| 2.3. Les motifs d'entrées en HAD..... | 59 |
| 2.4. Le développement lent de l'HAD..... | 60 |
| 3. L'impact d'un processus de changement..... | 61 |
| 4. Etendre et approfondir l'étude..... | 63 |
| Conclusion..... | 64 |
| Bibliographie..... | 65 |
| TABLE DES MATIERES..... | 67 |
| ANNEXE..... | 69 |

GLOSSAIRE

Liste des sigles utilisés :

- AP-HP** : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
- CAC** : Centre Anti Cancéreux
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CPDP** : Centres Périnataux De Proximité
- DHOS** : Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
- HAD** : Hospitalisation A domicile
- HADAN** : Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéenne
- HRP** : Hématome rétro placentaire
- HTA** : Hypertension artérielle
- MRAP** : Maternité Régionale Adolphe Pinard
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- PMI** : Protection Maternelle et Infantile

Introduction

Depuis mars 2009, l'Hospitalisation à Domicile de l'Agglomération Nancéenne obstétricale a vu le jour (HADAN). Elle assure à domicile des prises en charge de l'ante et du post partum. Le but de l'HADAN obstétricale est de raccourcir ou d'éviter un séjour en maternité. La prise en charge à domicile s'élabore par une équipe pluridisciplinaire associant essentiellement les professionnels de la Maternité Régionale Adolphe Pinard de Nancy (MRAP), des professionnels de santé libéraux et des professionnels salariés de l'HADAN.

Dans cette étude, nous avons centré notre réflexion sur les sages-femmes libérales au sein de la structure d'HADAN. Elles ont un rôle primordial à jouer, d'autant plus qu'il s'inscrit dans une politique de santé nationale. N'oublions pas que la maternité est une période charnière dans l'histoire familiale. L'accompagnement des familles à ce moment très particulier de la vie doit être valorisé de par son impact en matière de santé publique. L'objectif est d'assurer une meilleure prise en charge de la mère et de son enfant.

Il a été choisi dans cette étude d'évaluer la satisfaction des sages-femmes libérales collaborant avec l'HADAN.

La première partie de ce mémoire vise à détailler les raisons qui ont concouru à la création de l'hospitalisation à domicile en périnatalité. Nous expliquerons en quoi les sages-femmes libérales ont un rôle central au sein de la structure. Enfin, nous préciserons le fonctionnement d'une prise en charge HAD et détaillerons les moyens de communication utilisés par la structure.

La deuxième partie rapportera les résultats obtenus suite à notre enquête de satisfaction auprès des sages-femmes libérales.

La dernière partie de ce mémoire présentera les bénéfices apportés par l'instauration de l'HADAN. Nous détaillerons les problèmes rencontrés par les sages-femmes et proposerons des solutions pour les résoudre.

Enfin, l'HADAN comme toute structure nouvelle apporte du changement. Cette étude se terminera par une réflexion sociologique sur le processus de changement. Cette ouverture permettant de rendre compte de l'impact d'un tel processus sur les sages-femmes libérales.

**PARTIE 1 : POURQUOI
L'HOSPITALISATION A DOMICILE ?**

1. L'HOSPITALISATION A DOMICILE: UNE CREATION NEE DE PAR LA CONJONCTURE DE PLUSIEURS DEMANDES

1.1. Introduction

Durant ces dernières années, le secteur de la périnatalité a été, en France, le théâtre de nombreux débats et d'une réflexion de fond impliquant les professionnels de santé, les responsables politiques mais également les usagers et la société dans son ensemble.

C'est en effet, le suivi de grossesse et l'accompagnement de la naissance qui sont remises en question. Le modèle français de médicalisation systématique de la grossesse et de l'accouchement évolue vers un modèle plus proche de celui d'autres pays de l'union européenne : un suivi basé sur le repérage des risques et la répartition des rôles en fonction de ce niveau de risque.

Des difficultés croissantes ont été ressenties par les usagers et les professionnels de la naissance : augmentation de la natalité et de la prématurité, pénurie de professionnels (renforcée par l'application des 35 heures), évolution de la responsabilité médicale et exigence des assurances, application des décrets de 1998, restructurations et fermetures de nombreuses maternités.

La demande croissante de certaines femmes désireuses d'alternatives à la naissance médicalisée en milieu hospitalier a aussi favorisé cette réflexion sur le suivi de la grossesse et de l'accouchement.

La nouvelle politique mise en place depuis 2003 repose, sur une prise en charge différenciée entre le bas risque et le haut risque périnatal, sur le renforcement des réseaux et sur le maintien de la diversité de l'offre de soin. De plus, cette politique tient compte des différentes attentes des usagers. [1]

Le projet de loi de santé publique réaffirme quant à lui, l'objectif de réduction du taux de la mortalité maternelle et des mortalité et morbidité périnatales.

Une des voies envisagées pour répondre aux différentes attentes des usagers dans un cadre assurant la sécurité médicale, sociale et émotionnelle des femmes et de

leur enfant, est l'hospitalisation à domicile. Celle ci permet d'hospitaliser dans leur contexte familial des patients dont l'état de santé nécessite un ensemble de soins médicaux et paramédicaux, coordonnés, similaires à ceux dispensés en hospitalisation complète.

1.2. L'hôpital : la lutte contre la mortalité à n'importe quel prix ?

Si la santé n'a pas de prix, l'hôpital a un coût et, à l'heure actuelle, il apparaît comme trop consommateur de ressources par rapport à ses résultats sur la santé de la population. Le secteur de la périnatalité est un secteur qui s'avère coûteux pour l'hôpital.

C'est la conjugaison de différents facteurs qui entraîne ce constat :

- L'augmentation du nombre de naissances.

Après une forte augmentation en l'an 2000, cet essor se ralentit actuellement. Cependant, le nombre de naissance est, aujourd'hui, plus élevé qu'il y a 10 ans : 793,4 milliers de naissances recensées en 2009 pour 774,8 milliers en 2000. [2]

- L'augmentation de la prématurité et de la grande prématurité. [3]

- La restructuration hospitalière aboutissant à la fermeture des maternités de niveau 1 en périphérie.

Une des mesures du décret de périnatalité de 1998 (décret pris sous l'égide du ministre de la santé d'alors, Mr Bernard Kouchner) était la fermeture des maternités effectuant moins de 300 accouchements par an (article R712-88 du code de la santé publique). Ces établissements avaient la possibilité de se reconvertir en « centres périnataux de proximité » (CPDP), qui devaient assurer les consultations pré et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale. [4]

- La situation démographique des différents professionnels de santé.

Tous les professionnels de la périnatalité sont actuellement concernés par les problèmes de recrutement, qu'il s'agisse des sages-femmes, des gynécologues obstétriciens, des pédiatres, des anesthésistes, des infirmières en maternité et en néonatalogie ou des puéricultrices. [5]

- L'application des 35 heures et de la directive européenne imposant le repos de sécurité après les gardes de nuit. [3]

Les conséquences de cette réforme sont une augmentation des besoins en personnel impliquant un surplus du coût salarial pour l'hôpital.

- La crise de la responsabilité médicale et des assurances, les évolutions légales concernant le droit des patients ayant fait flamber les primes d'assurance, de façon particulièrement importante dans le secteur de la périnatalité. [6]

L'hôpital se doit donc de maintenir en vie à tout prix tout en réduisant ses coûts. Parmi les mesures appliquées pour pallier à cette crise économique touchant l'hôpital, il y a la réduction de la durée de séjour et d'autre part la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation classique.

1.3. L'évolution de la notion d'offre de soin

La conception de la grossesse et de la naissance par les professionnels de santé et les usagers est en pleine évolution.

Il s'agit de modifier le postulat actuel selon lequel « tout accouchement est à priori à risque » et par conséquent l'idée selon laquelle toute grossesse l'est également, pour aboutir à une conception du risque obstétrical radicalement inverse : à savoir que toute grossesse sauf antécédents particuliers, est considérée comme à priori normale. Il faudrait donc faire plus et mieux pour les situations à haut risque et moins (et mieux) pour les situations à risque faible. Cette réflexion est liée aux contraintes actuelles du fonctionnement des maternités mais aussi à l'évolution de la société. [7]

I. 4. L'évolution des mentalités et de la demande des usagers

La notion de droit du patient fait référence d'une part aux droits universels de l'homme et du citoyen et aux principes généraux de droit français, et d'autre part aux droits plus directement liés à la présence du patient dans l'établissement de santé. L'ensemble de ces principes est repris dans la chartre du patient hospitalisé. L'établissement s'assure que chaque patient peut exercer ses droits et met en œuvre, à cet effet, les moyens nécessaires à leur prise en compte. Les droits du patient concernent essentiellement l'accès aux soins, la liberté de choix, et le respect de la dignité.

Le patient demande à être considéré dans son intégrité. Ainsi, son entourage, ses habitudes de vie, ses convictions et ses croyances forment ensemble l'identité du patient. De ce fait, l'hôpital n'a plus pour mission d'isoler les malades pour les protéger du reste de la population, mais au contraire de les aider à continuer à faire partie de la vie sociale et économique, tout en prenant en charge leur pathologie. [7] [8]

Les contraintes économiques sont la conséquence des difficultés ressenties par les usagers. En effet, ces contraintes aboutissent à:

- des difficultés de prise en charge des grossesses dans des maternités parfois surchargées
- une inégalité d'accès aux soins
- une prise en charge parfois insuffisamment respectueuse du déroulement physiologique de la grossesse
- une diminution de la durée du séjour.

Les progrès de la médecine, l'allègement continu des conséquences des traitements médicaux et chirurgicaux, la politique économique hospitalière actuelle de notre pays et la demande des usagers conduisent à réduire les durées de séjour dans les établissements de soin et à rechercher des alternatives à l'hospitalisation classique en maternité.

1.5. Les solutions envisagées pour pallier à ces nouvelles demandes

Des débats nationaux ont été menés pour répondre aux questions posées par ces difficultés et ces nouvelles orientations. Les Etats généraux de la naissance, en juin 2003, ont rassemblé les différents groupes de professionnels concernés et les usagers autour de ces questions. Les conclusions de ces débats sont, entre autres [9] :

- le besoin d'amélioration et de diversification de l'offre de soins et d'accompagnement pour le déroulement de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches

- la nécessité de prise en compte dans les regroupements des tableaux techniques, des situations particulières d'accessibilité limitée des maternités dans certaines régions.

- l'importance de l'humanisation des grosses structures et de la communication entre les parents et l'équipe médicale

- le besoin d'un plan de soutien à la périnatalité particulièrement en termes de postes de démographie des professionnels de santé

- la réaffirmation nécessaire de la place des sages-femmes, tant au sein des maternités publiques que dans le secteur libéral.

- le libre choix par les usagers du praticien

- la nécessité du développement des réseaux inter établissements et des réseaux ville hôpital

Dans le même temps la mission périnatalité, groupe d'experts mandatés par le ministère de la Santé, a rendu au mois de septembre 2003 [10] [11], ses conclusions sous forme de vingt propositions. Les points ayant un lien direct avec l'HAD sont :

- proposer une nouvelle politique périnatale, reposant sur une prise en charge différenciée du haut risque et du bas risque périnatal, avec un suivi personnalisé privilégiant la continuité

- permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance

- assurer une prise en charge psychosociale

- planifier et anticiper les restructurations

- répondre aux besoins de proximité

- renforcer le fonctionnement en réseau pour réguler la coopération inter hospitalière mais également couvrir la prise en charge d'amont et d'aval
- améliorer la place de l'utilisateur dans le système de soins périnataux
- mettre en place un dossier de suivi
- évaluer la politique et les pratiques périnatales
- mettre en place un plan périnatalité

Les missions de l'HAD obstétricale s'inspirent de ces conclusions. L'élaboration de l'HAD obstétricale rentre dans le cadre de la politique nationale envisagée en conclusion de ces débats.

2. LE DEVELOPPEMENT DE L'HAD

2.1. L'hospitalisation à domicile dans l'histoire [12] [13]

Le concept de soin à domicile remonte à la révolution française. Cependant, la mise en place d'une véritable hospitalisation à domicile n'a pas plus d'un demi-siècle d'histoire.

En 1790, La ROCHEFOUCAULT-LIANCOURT (homme politique, scientifique et philanthrope français épris de progrès technique et membre de l'académie des sciences) a posé le concept de retour à domicile des mendiants et indigents qui étaient placés dans les hôpitaux généraux.

Puis, en 1945, à l'hôpital Montefiore de New York, le professeur BLUESTONE crée la première forme d'hospitalisation à domicile. Ce sont les expériences Home Care. Elles sont fondées sur l'association des ressources de la médecine moderne et des contributions affectives, sociales et matérielles que la famille, le domicile et les soignants apportent aux thérapeutiques prescrites aux patients. Le concept de Home Care ou d'alternative à l'hospitalisation regroupe l'ensemble des soins dispensés au domicile du patient, d'un nombre et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de lui être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle.

En 1951, la première expérience française voit le jour à l'hôpital de Tenon grâce à l'imagination du professeur SIGUIER. Il s'agit d'une organisation similaire aux Home Care à partir de son service de médecine générale. L'objectif est d'assurer l'aval d'un service d'hospitalisation complète saturé.

La première structure d'hospitalisation à domicile a été créée en 1957 à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP). Cette même date correspond à celle de l'admission du premier patient. Il s'agit des hôpitaux de Tenon et de Saint Louis.

L'HAD s'est imposée, d'une part en raison de l'évolution des pratiques médicales qui requièrent de moins en moins le recours à l'hospitalisation complète, et d'autre part en raison de la mutation des besoins des malades qui souhaitent être soignés dans leur environnement familial.

En 1958 a été élaboré Santé Service à Puteaux, sur l'initiative du professeur DENOIX, directeur de l'Institut Gustave Roussy de Villejuif. Dans un premier temps, cette structure, sous la forme d'une association loi 1901, de statut privé à but non lucratif, est destinée aux malades cancéreux.

En 1960, la première convention relative à l'hospitalisation à domicile est signée entre Santé Service et l'HAD de AP-HP d'une part et d'autre part la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M). Dans cette convention se trouvent déjà inscrits les acteurs essentiels de l'HAD.

La création de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) en 1973, permet de réunir les structures d'HAD. [14]

2.2. L'hospitalisation à domicile dans la législation

Sur le plan législatif, l'HAD a été instituée par la loi hospitalière du 31 décembre 1970. A ce titre, elle fait donc partie des structures sanitaires. L'article 4, de cette même loi, stipule que : « *les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant.* » [12]

La circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés du 19 octobre 1974 définit la convention nationale de l'HAD. Cette convention exclut de l'HAD les malades contagieux, les malades porteurs de pathologies chroniques et psychiatriques ainsi que les hémodialysés et les insuffisants respiratoires graves.

La circulaire du Ministère des Affaires Sociales du 12 mars 1986 précise le rôle de l'HAD [10] :

« *L'HAD recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein des structures hospitalières. Ces soins doivent être d'une nature et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de leur être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle.* »

Le décret paru no 92-1101 du 2 octobre 1992 [15] précise que « *les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes* ».

Le type de soins qui peuvent y être délivrés et les conditions de fonctionnement sont définis de façon plus précise par la circulaire du 30 mai 2000 [16]. Elle spécifie que « *l'hospitalisation à domicile concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. L'HAD a pour objectif d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en service de soin aigus ou de suite et réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible* ». Elle précise, en les détaillant, la typographie de l'ensemble des actes pouvant être, seuls ou associés à d'autres actes, réalisables à domicile. Elle insiste sur le concept de projet thérapeutique et précise les rôles respectifs des différents médecins concernés par cette prise en charge, à savoir le médecin hospitalier, le médecin de famille et le médecin coordinateur de la structure HAD.

Le 4 février 2004, une nouvelle circulaire est publiée : DHOS/O n°44 [17]. Cette circulaire du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées rappelle, en préambule, les principes généraux de l'HAD. Elle définit, ensuite, un cahier des charges pour les HAD voulant développer des activités spécialisées en :

- Périnatalité : obstétrique et néonatalogie
- Pédiatrie
- Psychiatrie

Cette circulaire vise un double objectif, répondre à la demande des patients et diminuer les durées de séjour en hospitalisation complète. Ce développement s'appuie sur une planification simplifiée. Il en ressort principalement que, l'HAD permet 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. Elle peut notamment contribuer à la réinsertion de patients pris en charge au long cours en hospitalisation complète.

2.3. L'HAD obstétricale

En 1978, la première expérience d'HAD obstétricale a eu lieu, en France, pour les grossesses pathologiques. Le professeur Sureau, de la clinique Baudelocque à Paris en est l'initiateur. [18]

La circulaire numéro 2004-44 du 4 février 2004 du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées précise les missions et modalités d'une prise en charge en HAD en général, mais également dans les domaines de la périnatalité, pédiatrie et psychiatrie. [17]

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, et d'un autre médecin spécialiste, d'un diététicien, d'un psychologue, d'une assistance sociale et autres acteurs tel 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 réseau, les professionnels 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. »*

2.4. L'HAD obstétricale nancéenne : HADAN

2.4.1 Présentation de la structure

En 2003 a été créée HADLOR : Association de Formation et de Développement de l'Hospitalisation à Domicile en Lorraine. [19]

Structure d'hospitalisation privée, association loi 1901, à but non lucratif, l'HADAN a été créée en 2005 par le CHU de Nancy, la polyclinique de Gentilly et le CAC Alexis-Vautrin. Le 2 mars 2009, l'HADAN obstétrique a démarré et ce, en partenariat avec la Maternité Régionale Adolphe Pinard (MRAP). Cette création fédère ces établissements autour d'un projet commun, porté par des valeurs de service public : la qualité des soins à la personne à domicile.

Dans cette optique, l'HADAN constitue une alternative :

- en hospitalisant le patient dans son environnement familial,
- en permettant l'application des mêmes protocoles de soins hospitaliers,
- en réduisant ou en évitant l'hospitalisation du patient en soins aigus ou de suite ou de réadaptation.

2.4.2. Les acteurs de la structure

Le personnel de l'HADAN :

- Les sages-femmes coordinatrices assurent la continuité des soins et coordonnent la prise en charge de la patiente durant son séjour en HAD.
- Les médecins coordinateurs peuvent intervenir si la sage femme coordinatrice les sollicite.

L'HADAN regroupe également d'autres professionnels :

- Les aides soignantes
- Une psychologue
- Une assistante-sociale
- Le personnel administratif

Les partenaires de l'HADAN :

- Les sages-femmes libérales
- Les infirmières libérales qui réalisent les soins infirmiers quand ils sont nécessaires
- Les médecins généralistes
- Les pharmaciens
- Les laboratoires d'analyse de biologie médicale (convention avec le laboratoire AUBERT)
- Les ambulanciers, les taxis
- Les aides ménagères
- Tout professionnel libéral peut être amené à intervenir si nécessaire

3. LE ROLE DES SAGES-FEMMES LIBERALES AU SEIN D'UNE STRUCTURE D'HAD

3.1. Le métier actuel des sages- femmes libérales est en plein essor

La profession de sage-femme libérale se trouve au carrefour de multiples évolutions sociales et économiques. L'exercice libéral et ses changements sont au cœur de l'actualité. Le nombre de sages-femmes libérales a subi plusieurs évolutions qui peuvent notamment s'expliquer par les différentes politiques de santé qui se sont succédées.

Le premier plan de périnatalité est mis en place en 1994. Les mesures prises permettent de diminuer la mortalité périnatale [11]. L'effectif des sages-femmes libérales va alors commencer à augmenter progressivement. Les décrets de 1998 et un nouveau plan de périnatalité en 2004 relancent le développement de l'exercice libéral.[5] En 2010, le nombre de sages-femmes libérales est en forte augmentation par rapport à la baisse importante de 1985. [20]

L'activité libérale de la sage-femme est donc en pleine évolution. Elle est favorisée par les différentes politiques de santé mises en place ces dernières années, qui permettent l'accroissement des actes spécifiques des sages-femmes.

3.1.1. la pénurie annoncée de gynécologues-obstétriciens

Les conséquences de cette pénurie sont [5] :

- Le vieillissement de la population médicale
- Le manque d'attractivité de cette spécialité : pénibilité des conditions d'exercice, augmentation constante des problèmes juridiques et médico-légaux, assurances trop élevées.

D'ici les cinq années à venir, on peut prévoir une diminution de cette spécialité. Cette pénurie explique, en partie, l'élargissement des compétences des sages-femmes.

3.1.2. L'élargissement de leurs compétences

Les sages-femmes vont donc voir un accroissement de leur travail dans le suivi des grossesses et un élargissement de leurs compétences. Celles-ci ont déjà été étendues lorsque ces dernières ont eu la possibilité de pratiquer la déclaration de grossesse et la consultation post natale qui, étaient auparavant essentiellement effectuées par les gynécologues-obstétriciens (article L21226-1). La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a également étendu grandement le champ de compétences de la sage-femme, en matière de contraception.

En effet, les sages-femmes n'étaient habilitées à prescrire une contraception hormonale que dans le cadre des suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse. L'article L 4151-1 du code de la santé publique prévoit désormais que *« l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique »*.

La patientèle de la sage-femme, considérée jusqu'alors éphémère, va pouvoir devenir une patientèle fidélisée, qui sera dans la nécessité de consulter régulièrement. Ces nouvelles compétences vont donc être une grande source d'activité supplémentaire pour les sages-femmes libérales.

Par ailleurs, avec la fermeture des petites maternités et l'engorgement des structures plus importantes, les sages-femmes libérales sont de plus en plus sollicitées dans de nombreux domaines, comme par exemple : la préparation à la naissance et à la parentalité, la rééducation périnéale ou l'échographie. [5]

Enfin, les nouvelles politiques de santé, visant à réduire les durées d'hospitalisation, créent une source d'activité supplémentaire pour les sages-femmes libérales :

- prise en charge du suivi des grossesses pathologiques à domicile
- suivi du couple mère-enfant en post partum

Les sages-femmes deviennent donc les acteurs prépondérants de l'HAD obstétricale.

3.2. Les sages femmes au sein de l'HADAN

Les sages-femmes libérales, qui sont intégrées à la structure, ont signé et accepté une convention. Elles sont actuellement au nombre de 21, dont une consultante en lactation. Il est propre à chacune de se déconventionner à tout moment. Elles interviennent au domicile de la patiente pour assurer les soins et le suivi qui s'inclut dans le projet thérapeutique.

L'objectif de l'HAD obstétricale est « *d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en offrant à domicile, à la patiente et son enfant, des conditions de qualité et de sécurité de soins équivalentes à celles dispensées en hospitalisation complète.* » [17]

L'HAD est prescrite lors d'une hospitalisation ou d'une consultation pour une durée limitée renouvelable. L'admission en HAD est basée sur l'état de santé de la patiente mais également sur son contexte psychologique et social.

La prise en charge en ante partum doit comporter « *au moins trois visites au domicile par semaine d'un membre de l'équipe médicale ou soignante de l'HAD.* » La sage-femme libérale est le membre de l'équipe médical sollicité pour effectuer cette surveillance à domicile. En effet, les indications d'une prise en charge en HAD rentrent dans le cadre de sa compétence professionnelle. [17]

Ces indications sont (conformément à la circulaire DHOS n°44 du 4 février 2004 relative aux pathologies obstétricales suivies en HAD) [17] :

En ante partum

- Pathologies associées non équilibrées ou en cours d'équilibration (HTA, diabète)
 - Menace d'accouchement prématuré
 - Rupture prématurée des membranes
 - Grossesses multiples
 - Placenta prævia asymptomatique
 - Antécédents de fausses couches à répétition
 - Antécédents de mort in utero, antécédent d'Hématome Rétro Placentaire (HRP).
 - Restriction de croissance intra-utérine

- Cholestase gravidique
- Antécédents pathologiques non obstétricaux nécessitant une surveillance adéquate
- Nécessité d'un soutien psychologique et/ou social
- Suivis para-cliniques (examens biologiques, monitoring, surveillance tensionnelle...) nécessitant un rythme de passage des professionnels de santé difficilement compatibles avec une prise en charge exclusivement libérale

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

- Lorsqu'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.

En post partum

La prise en charge en post-partum doit comporter « *au moins une visite quotidienne au domicile par un membre de l'équipe médicale ou soignante de l'HAD.* »

Les indications d'une prise en charge en HAD sont (conformément à la circulaire DHOS du 04 février 2004 relatives aux pathologies obstétricales suivies en HAD) [17] :

- Les pathologies relatives à la mère :
 - Accouchement par césarienne nécessitant des soins coordonnés
 - Pathologies de cicatrisation / cicatrices périnéales à risque
 - Pathologies infectieuses ou à risque de compliquer le post partum ou à risque vasculaire systémique
 - Risque de dépression maternelle
 - Risque de décompensation d'un problème psychopathologique connu
 - Grossesse pathologique déjà prise en charge en ante partum par l'HAD

- Les 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 professionnels de santé notamment libéral permettant de le prendre en charge

- La surveillance pédiatrique :
 - Surveillance d'un ictère néonatal
 - Sortie d'un enfant qui n'a pas repris son poids de naissance ou surveillance d'une courbe pondérale

L'HAD peut également 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.* »[17]

4. LES OUTILS DE COMMUNICATION UTILISES PAR LA STRUCTURE

L'HAD se veut d'améliorer la coordination et la communication entre les différents partenaires de la structure. Quels sont donc les outils utilisés pour assurer cette mission.

4.1. Le dossier patient [8]

Le dossier patient est indispensable à la communication des informations entre les professionnels. Il constitue un outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des soins.

Afin de faciliter la continuité des soins, l'échange d'informations entre les différents intervenants à domicile est indispensable. Que ce soit sous forme de dossier papier ou de dossier informatisé, la structure doit veiller à la confidentialité des données et à en sécuriser l'accès.

Il comporte l'ensemble des informations concernant le patient, qu'elles soient administratives, sociales, médicales ou paramédicales.

La spécificité de l'HAD consiste donc à allier la mise à disposition au lit du malade, d'informations d'ordre clinique, psychologique, social et logistique, actualisées avec l'exigence de données sécurisées et confidentielles. De ce fait, le dossier papier du patient est généralement scindé en deux parties : une centralisée au sein de la structure, et une partie au domicile à vocation de transmission pour l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge du malade.

Des dysfonctionnements dans la gestion des dossiers peuvent entraîner des conséquences allant de la simple perte de temps à des défauts majeurs dans la prise en charge des patients et le fonctionnement de l'établissement.

La gestion des dossiers doit donc reposer sur une bonne organisation, des responsabilités définies et l'enregistrement au quotidien par tous les professionnels des informations pertinentes. Pour chaque patiente, deux dossiers sont élaborés. L'un se doit de rester au domicile de la patiente et l'un est conservé par la sage-femme coordinatrice.

Le dossier conservé au domicile doit être complété, lors de chaque passage d'un intervenant de manière claire et précise. Ce dossier contient [21]:

- Le recueil du consentement de la patiente
- Le feuillet d'information qui décrit l'organisation et le fonctionnement pratique de l'HADAN
- Un livret d'accueil
- La lettre de mission réalisée par la sage-femme coordinatrice
- La lettre de sortie de la MRAP et la demande d'HAD
- Un feuillet de transmission des informations
- Un feuillet de surveillance de l'accouchée et un feuillet de surveillance du nouveau né dans le cadre du post-partum
- Un feuillet de surveillance de grossesse à risque dans le cadre de l'ante partum
- Les résultats de laboratoires
- Une échelle EPDS (Edinbourg Postnatale Dépression Scale qui permet de dépister la dépression du post-partum) à remplir 6 à 8 semaines après l'accouchement

Le deuxième dossier est tenu par la sage-femme coordinatrice, il contient :

- La fiche administrative
- La demande d'HAD faxée par la MRAP
- La lettre de sortie de la maternité
- La feuille de suivi où sont stipulés les événements ayant une incidence sur le suivi de la patiente
- La lettre de mission
- Les doubles de tous les courriers rédigés (lettre d'entrée en HAD, commande de matériel, ordonnance)

4.2. Les coordinateurs [21]

Les sages-femmes coordinatrices assurent la continuité des soins et coordonnent la prise en charge de la patiente durant son séjour en HAD. Deux sages-femmes se partagent le poste à l'HADAN : Madame Marie-José HUON et Madame Denise ZIMMERMAN (actuelle présidente de l'Ordre des Sages-femmes).

La demande d'entrée en HAD obstétricale ainsi que la lettre de sortie de maternité est faxée à la sage-femme coordinatrice de l'HADAN. Cette demande d'entrée en HAD doit renseigner sur le motif d'entrée de la patiente et contenir les renseignements administratifs nécessaires à sa prise en charge (annexe).

La sage-femme coordinatrice reçoit la demande. Elle organise alors la prise en charge à domicile de la patiente, en contactant les différents acteurs nécessaires à son suivi.

La sage-femme coordinatrice s'occupe de contacter la sage-femme libérale qui prendra en charge la patiente. Cette la sage-femme libérale doit être conventionnée. Si la patiente est déjà suivie par une sage-femme libérale, et si celle-ci est conventionnée, alors elle sera contactée pour le suivi HAD

Le nombre de patientes adressées est fonction :

- du secteur
- du type d'activité exercé par la sage-femme libérale : ante et/ou post partum
- de l'équipement de la sage-femme selon les exigences de la maternité pour le suivi de certaines pathologies (VCT par exemple).

Il est libre à la sage-femme libérale d'accepter ou non la prise en charge de la patiente.

Une lettre de mission est, alors, transférée à la sage-femme libérale par mail.

4.2.1. La prise en charge initiale en HAD

La sage-femme libérale se doit de rencontrer la patiente à son domicile dans les 24 heures suivant son entrée en HAD. La sage-femme coordinatrice envoie également un courrier au médecin prescripteur de la MRAP pour :

- confirmer l'entrée en HAD de la patiente ainsi que le motif de son hospitalisation
- détailler l'organisation des soins au domicile de la patiente
- préciser les différents intervenants concourant à la prise en charge de la patiente

Ce courrier est également adressé au médecin traitant de la patiente.

4.2.2. La prise en charge en cours d'hospitalisation à domicile de la patiente

L'organisation du suivi se fait selon la pathologie et les besoins de la patiente. La sage-femme coordinatrice coordonne les soins, les intervenants et fait la transmission des données entre les libéraux, l'obstétricien et le médecin traitant référent. Ainsi, tout événement nécessitant une conduite à tenir doit être signalé à la sage-femme coordinatrice. Par convention, en cas d'urgence, la sage-femme libérale organisera au plus vite le transfert de la patiente. Elle jugera, elle-même, des moyens nécessaires et sollicitera à bon escient les moyens humains et logistiques de la structure HADAN.

La sage-femme coordinatrice récupère les résultats d'analyses médicales au quotidien. Elle transmet à la sage-femme libérale référente uniquement les résultats qui nécessitent une conduite à tenir. A la demande des sages-femmes libérales, les résultats leur seront personnellement adressés.

La sage-femme coordinatrice effectue un bilan de suivi de la patiente régulièrement avec la sage-femme libérale.

Tous les mardis matin, la sage-femme coordinatrice assiste au staff à la MRAP. Les dossiers de chaque patiente HAD y sont présentés. L'équipe obstétricale et la sage-femme coordinatrice discutent, élaborent ou modifient ensemble le projet thérapeutique pour la patiente. Le mardi après-midi, la sage-femme coordinatrice présente les

conclusions du STAFF au médecin coordinateur. La sage-femme coordinatrice transmet également les informations découlant du STAFF à la sage-femme libérale référente de la patiente.

Le passage au domicile de la sage-femme libérale est obligatoirement quotidien dans le post-partum et ceci pour une durée de 4 jours consécutifs de prise en charge.

Dans l'ante partum, le suivi est parfois moins rapproché si la pathologie le permet. En général, ces suivis sont prescrits pour une surveillance trois fois par semaine à domicile par la sage-femme libérale.

Enfin, le dossier médical de liaison doit rester au chevet de la patiente afin que chacun des intervenants puisse le consulter.

4.2.3. La prise en charge lors de la sortie d'HAD de la patiente

La sortie de l'HAD se fait soit vers une hospitalisation (le plus souvent en ante-partum et en cas de complications sévères dans le post-partum) soit vers un retour à domicile (le plus souvent dans le post-partum).

Le dossier médical de liaison doit être renvoyé par voie postale le jour de la sortie d'HAD, par le dernier intervenant qui voit la patiente.

La sage-femme coordinatrice rédige le courrier de sortie et l'adresse au médecin prescripteur de la MRAP. Un double de ce courrier est également adressé au médecin traitant.

Le délai légal, pour effectuer la lettre de sortie d'HAD est de huit jours.

Les sages-femmes libérales, quant à elles, reçoivent par e mail le courrier de sortie d'HAD de leur patiente.

Après une sortie d'HAD, la sage-femme libérale est en droit de poursuivre un suivi classique avec la patiente (exemple des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, de la rééducation périnéale).

En résumé, la structure d' HADAN assure une prise charge globale, pluridisciplinaire, dans le respect de la sécurité sanitaire avec le confort d'être à son domicile.

Elle permet de réduire la durée d'hospitalisation en assurant la continuité des soins au domicile selon des protocoles discutés et élaborés avec les obstétriciens et les sages-femmes. Les sorties rapides du post-partum pathologique et les grossesses pathologiques sont concernées.

Elle assure une coordination des soins et des différents acteurs : les libéraux, la MRAP, et l' HADAN elle même. L'HADAN se veut d'assurer une logistique simplifiée. Elle intervient sur la communauté du Grand Nancy élargie aux communes distantes de 30 minutes maximum depuis ses locaux situés à Vandœuvre-lès-Nancy. L'HADAN présente une permanence des soins 24h /24 et 7j /7.

Au vu de ces éléments, il a paru intéressant de réaliser une étude auprès des sages-femmes libérales conventionnées avec l'HADAN afin de mesurer la qualité actuelle de la structure, de constater les bénéfices au sein de leur activité depuis la mise en place de l'HADAN, et de mettre en évidence les modifications et les propositions envisageables pour améliorer la performance de la structure.

PARTIE 2 :
ENQUETE DE SATISFACTION AUPRES DES
SAGES-FEMMES LIBERALES
CONVENTIONNEES AVEC L'HADAN

1. PRESENTATION DE L'ENQUETE

1.1. Objectifs

Cette enquête vise plusieurs objectifs :

- Evaluer la satisfaction des sages-femmes libérales en ce qui concerne leur collaboration avec l' HADAN en 2010
- Percevoir le fonctionnement et les missions de l'HADAN
- Permettre aux sages-femmes libérales d'avoir un regard à distance sur leur activité au sein de l'HADAN
- Rendre compte des réactions (celles des sages-femmes libérales) suscitées par la création d'une nouvelle structure (l'HADAN)
- Envisager les perspectives d'avenir possibles pour améliorer la performance de la structure de l' HADAN

1.2. Matériel et méthodologie

1.2.1. Type d'enquête

Il s'agit d'une enquête de satisfaction transversale : l'étude a été ponctuelle, à un moment donné.

La méthodologie utilisée pour l'élaboration de cette enquête est celle des enquêtes de satisfaction [22] [23]. On définit la satisfaction comme l'opinion d'un client résultant de l'écart entre sa perception du produit ou service consommé et ses attentes. Le client est dans cette étude la sage-femme libérale. Le service est la structure d'HADAN

Cette enquête est fondée sur des entretiens téléphoniques et des questionnaires. Ils sont composés de questions fermées et ouvertes. Ces études ont permis d'effectuer

des statistiques, de rendre compte de la satisfaction éprouvée et de développer les points que les sages-femmes jugent essentiels.

1.2.2. Population concernée

L'enquête porte sur les sages-femmes libérales ayant signées une convention avec l'HADAN. La liste des sages-femmes conventionnées a été obtenue grâce au concours de l'HADAN. Elles sont au nombre de vingt-et-une à la date où le questionnaire a été élaboré. C'est-à-dire courant juin 2010.

1.2.3. Evolution de l'étude

Un premier questionnaire avait été établi. Des entretiens téléphoniques ont été effectués auprès de 16 sages-femmes conventionnées. Les difficultés soulevées lors de l'analyse de ce premier questionnaire ont rendu nécessaire la reformulation d'un nouveau questionnaire.

En effet, les écoutes téléphoniques ont mis en évidence un réel besoin d'expression des sages-femmes libérales sur ce sujet. Afin de mieux comprendre leurs sentiments et de pouvoir interpréter les résultats, un deuxième questionnaire a été élaboré. L'enquête tient compte des entretiens téléphoniques, des questionnaires et de mon approche sur le terrain (stage effectué au sein de l'HADAN et en libéral chez Mademoiselle Lydie Berger).

1.2.4. Mode de contact, distribution et collecte des questionnaires

Il a été choisi d'établir des questionnaires nominatifs. Les questionnaires écrits ont été envoyés par courrier joint d'une enveloppe affranchie. L'enquête garantit l'anonymat. Sur les vingt-et-un questionnaires envoyés, 15 ont été retournés. Ce qui entraîne un taux de réponse de 71,4 %.

L'analyse du questionnaire a été effectuée à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

1.3. Les limites de l'enquête

En ce qui concerne les questionnaires qui n'ont pas été retournés, plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

-manque de temps pour compléter le document (en raison d'une activité professionnelle trop importante ?)

- questionnaire envoyé pendant la période des vacances scolaires : certaines sages-femmes étaient peut être en congés.

Un des points faibles de l'enquête est peut être la réalisation d'une étude trop proche de la date de la création de la structure, empêchant une prise de distance de la part des sages-femmes libérales.

1.4. Les points forts de l'enquête

L'HADAN étant une structure mise en place récemment, l'étude de la satisfaction des sages-libérales vis-à-vis des prestations de l'HADAN n'a jamais été évaluée. L'enquête a peut être été réalisé trop tôt pour permettre une prise de distance. Mais elle arrive au bon moment pour améliorer les conditions et empêcher les non-dits.

L'HAD est en plein essor dans notre société, le sujet d'étude est donc très actuel.

Les sages-femmes libérales ont un rôle crucial dans le fonctionnement de la structure. L'étude de leur satisfaction semble donc appropriée. De plus, le fort taux de réponse est un indicateur de l'intérêt des sages-femmes sur le sujet.

L'écoute à deux niveaux (entretiens téléphoniques et questionnaires) est également un des points fort de cette étude.

Enfin, étant étudiante sage-femme, le regard porté sur l'étude est extérieur et objectif.

Le pourcentage total de réponses semble donc tout à fait satisfaisant pour permettre d'envisager des conclusions à l'étude.

L'association de questions ouvertes et fermées dans le questionnaire, a permis d'effectuer des statistiques et de recueillir les opinions des sages-femmes libérales.

2. LES ENQUETES TELEPHONIQUES

La première étape de cette enquête a été la réalisation d'entretiens téléphoniques auprès des sages-femmes libérales. Ces entretiens ont fait surgir de nombreux mécontentements de la part des sages-femmes libérales. Dans cette première partie, il a été choisit de sélectionner uniquement les phrases et propos forts employés par les sages-femmes libérales :

- « *l' HAD ne m'apporte rien, vu que cela représente une **proportion minime** de mon activité »*
- « *La proportion des HAD est beaucoup trop faible, alors pourquoi avoir mis en place une telle structure ? »*
- « *C'est une **perte de temps** »*
- « *la multiplicité des interlocuteurs entraine une **perte d'information** »*
- « *Je constate peu de bénéfice »*
- « *On nous avait promis plus de travail en se conventionnant avec la structure, **le résultat est médiocre***»
- « *j'ai eu le sentiment d'être obligée de me conventionner »*
- « *Les réponses sont bien anonymes ? J'ai des choses à dire et c'est plutôt **négatif...** »*
- « *Ah vous faites un mémoire sur l'HAD, il y en a des choses à dire, bon courage... »*
- « *Vous comprenez, j'ai quitté le monde hospitalier pour le libéral, ce n'est pas pour avoir l'impression d'être sous la tutelle d'une structure »*
- « *Si la maternité nous faisait confiance, on aurait pas besoin d'une telle structure »*
- « ***Promesses non tenues** »*
- « *Ce n'est qu'une question financière et économique ce réseau »*
- « *Un réseau intéressant mais qui tarde à se développer, **quel dommage...** »*

Ces propos ont créé chez moi un malaise. En effet, mon objectif premier était de montrer les avantages encourus par la création de cette structure.

Sachant que la structure d' HADAN était désireuse de connaître les résultats de mon étude, je me suis sentie dans une position très délicate. Étant très désorientée, il m'a fallu prendre plus de recul.

Ces entretiens téléphoniques ont été réalisés sur le temps de travail des sages-femmes. Cela a pu être une source compréhensible d'irritation.

Il a donc été décidé d'élaborer un nouveau questionnaire construit à l'aide de la trame type des enquêtes de satisfaction.

Les enquêtes de satisfaction évaluent la satisfaction globale de l'utilisateur puis analysent point par point les missions du service. Le degré de satisfaction a été gradué par la proposition de quatre items : très satisfaite ; satisfaite ; peu satisfaite et insatisfaite. Cet outil permet de mesurer avec plus de précision la satisfaction des sages-femmes.

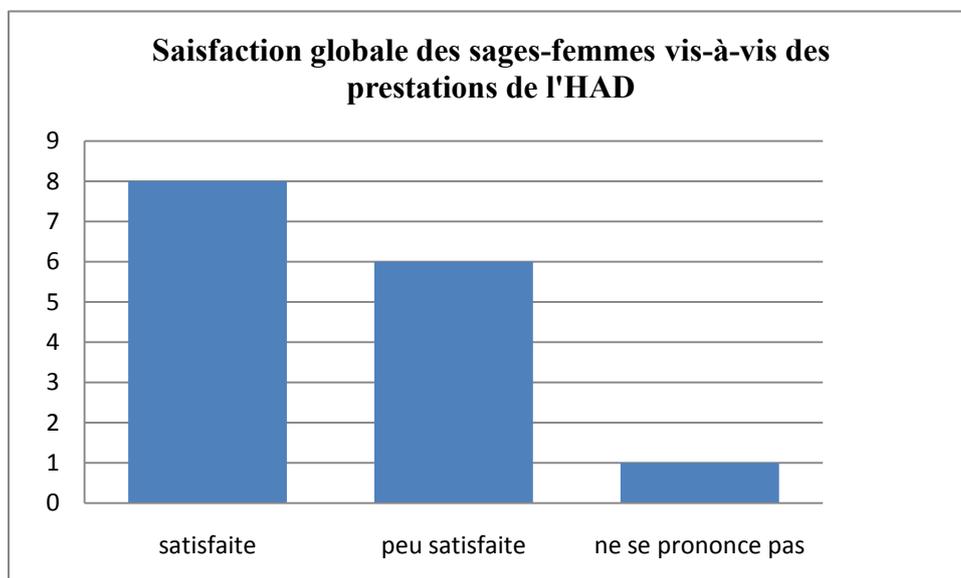
Il a été également décidé d'envoyer ce questionnaire, permettant aux sages-femmes d'avoir le temps d'y réfléchir et répondre posément. Enfin, l'HADAN a donné son accord sur la diffusion du questionnaire.

3. ANALYSE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire permet tout d'abord d'évaluer :

- la satisfaction globale des sages-femmes
- l'intégration des sages-femmes libérales au sein de l'HADAN
- les missions de l'HADAN
- la communication et la transmission des informations concernant la patiente

3.1. La satisfaction globale



D'après cet histogramme, les sages-femmes libérales sont pour plus de la moitié satisfaites de l'ensemble prestations de l'HADAN. En effet, 53% des sages-femmes en sont satisfaites.

3.2. L'intégration des sages-femmes libérales au sein de l'HADAN

3.2.1. La répartition des sages-femmes en fonction de l'année d'installation

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées se sont installées après 2007 : 5 sages-femmes en 2008, 3 sages-femmes en 2009-2010.

On constate que ces deux dernières années, l'exercice libéral a augmenté de façon conséquente par rapport aux années précédentes. Les installations récentes sont créées par quatre sages-femmes jeunes diplômées et par quatre sages-femmes retraitées de la fonction publique. Les sages-femmes libérales ont donc fait le choix de ne pas rentrer dans le service hospitalier ou de le quitter.

Dans cette étude, on peut donc émettre l'hypothèse que les différentes politiques de santé ont favorisé cet accroissement.

De plus, on constate que la création de l'HADAN en 2009 est concomitante avec un plein essor de l'installation en libéral des sages-femmes.

3.2.2. La proportion des suivis HAD au sein de l'activité

Etat des lieux

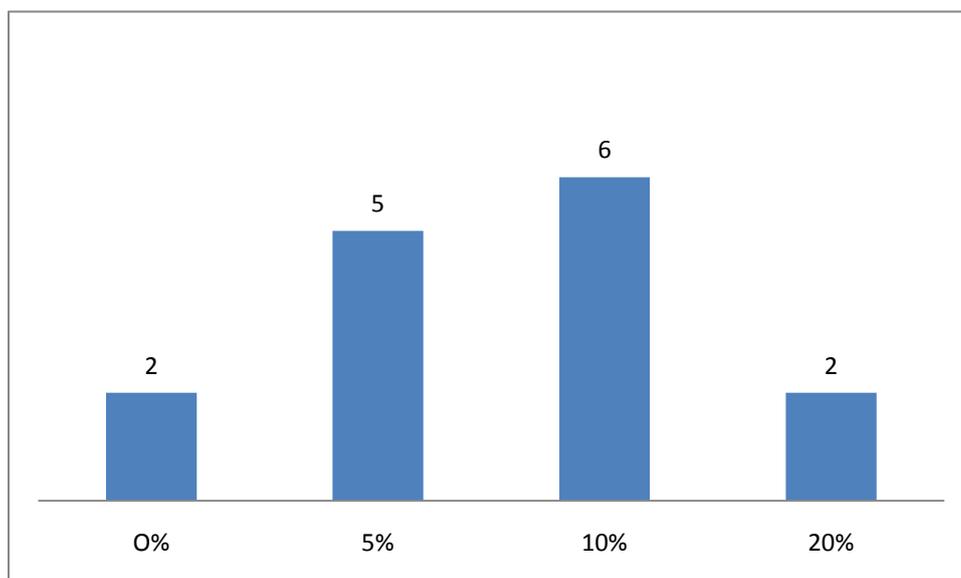
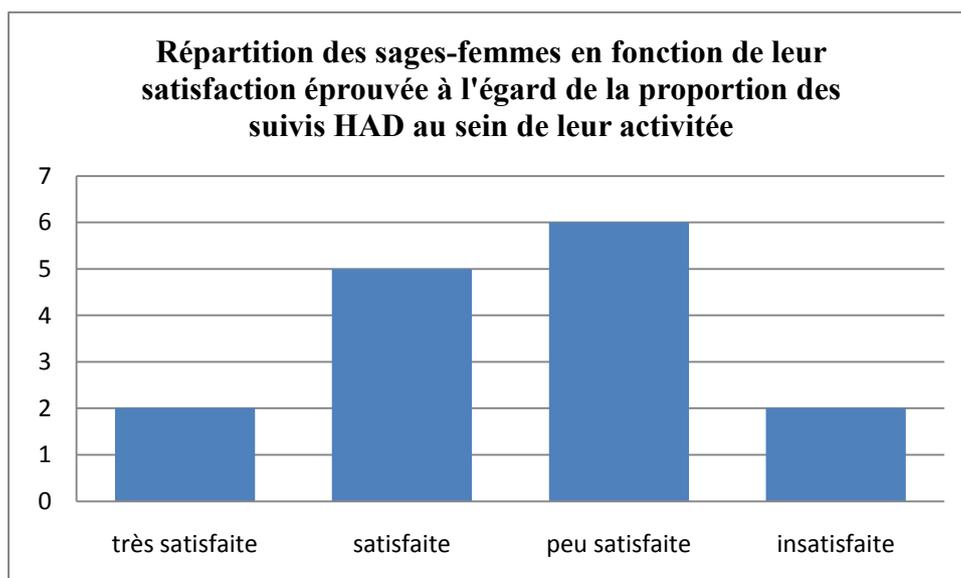


Figure 1 : pourcentage des suivis HAD en fonction du nombre de sages-femmes

La proportion des suivis HAD au sein de l'activité des sages-femmes libérales est très variable. En moyenne, les suivis HAD représentent 8,3% de leur activité.

3.2.3. La Satisfaction des sages-femmes sur la proportion des suivis HAD au sein de leur activité



D'après cet histogramme, plus de la moitié des sages-femmes ne sont pas satisfaites de la proportion des suivis HAD au sein de leur activité.

En effet, cette proportion est jugée comme faible pour les deux tiers des sages-femmes interrogées. Pour le tiers restant, cette proportion est suffisante.

« *Cette proportion est faible, je suis désireuse d'avoir plus de suivis HAD* » exprime une sage-femme.

Les Sages-femmes éprouvent le désir d'accroître les suivis HAD au sein de leur activité. Une sage-femme s'exprime : « *Je souhaite avoir plus de patientes HAD, j'espère que le développement de l'HAD le permettra. Je suis consciente que ce taux reste faible cependant l'HADAN n'est pas responsable.* »

Cette volonté, de vouloir augmenter la proportion de leurs suivis HAD, prouve que les sages-femmes sont donc en majorité favorables au développement de l'HAD.

Cependant, 20% des sages-femmes stipulent avoir déjà refusé une HAD. La raison évoquée est un emploi du temps professionnel surchargé au moment de la demande.

3.2.4. La fidélisation des patientes HAD

87% des sages-femmes affirment avoir eu l'occasion de poursuivre un suivi hors HAD avec leur patiente HAD. Cette proportion couvre la majorité des patientes pour les deux tiers des sages-femmes. On distingue :

-Les HAD en ante natal : les patientes sont suivies pour la préparation à la naissance et à la parentalité et dans le cadre du post partum.

-Les HAD en post partum : les patientes ont recours à la sage-femme libérale pour la rééducation périnéale.

3.2.5. Les non motifs d'entrées en HAD.

8 sages-femmes (53,3%) ont pris en charge des patientes à profil HAD dans le cadre d'un suivi libéral classique. Cette constatation soulève une incohérence ressentie par les sages-femmes. Une sage-femme émet cette réflexion au cours des entretiens téléphoniques : « *Certaines patientes, présentant les mêmes pathologies, sont suivies pour certaines en HAD et pour d'autres pas. Pourquoi ?* »

Les sages-femmes se demandent si ce constat est du à la jeunesse de la structure d'HAD ou au manque de coordination et communication entre la MRAP et l'HADAN.

En effet, les professionnels de la maternité sont les acteurs qui proposent une sortie en HAD. Une sage-femme fait part de son interrogation lors des entretiens : « *Est ce que tous les membres des équipes de la MRAP connaissent les indications obstétricales d'admission d'une patiente en HAD ?* ». Une autre stipule : « *Prévoir une sortie en HAD demande plus de temps aux sages-femmes de la maternité alors il est possible qu'elles préfèrent passer directement par nous* ».

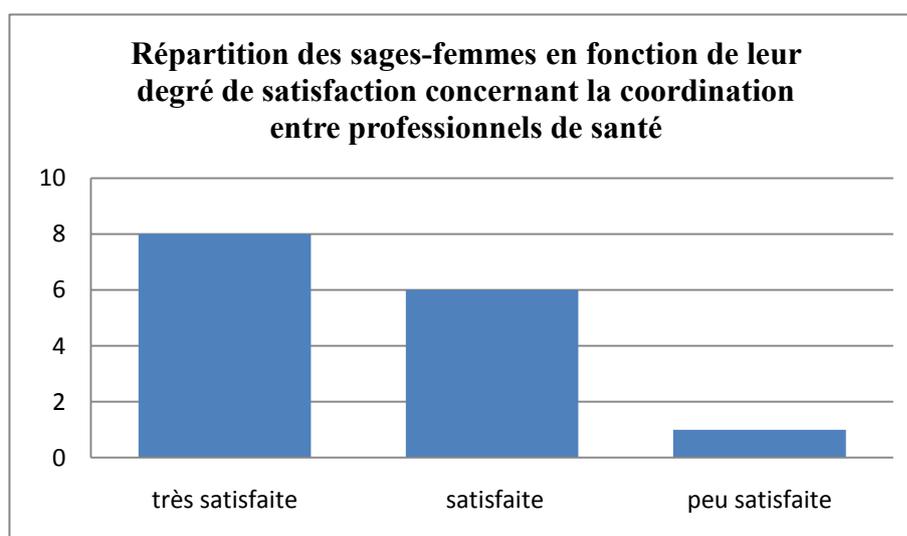
Une autre sage-femme s'exprime lors des entretiens téléphoniques : « *J'ai le sentiment que les motifs de prises en charge en HAD ne sont dépendants que de l'appréciation de chaque professionnel de la maternité* ».

3.3. Les missions de l'HADAN

La structure d'HAD s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge coordonnée avec les professionnels de santé libéraux, les professionnels de santé des établissements de santé, des structures des centres de protection maternelle infantile (PMI), et /ou tout autre intervenant relevant du social et/ou médico-social. Chacune de ces collaborations a été évaluée.

3.3.1. La coordination entre professionnels de santé libéraux

Cette coordination concerne les sages-femmes libérales avec les médecins traitants et spécialistes, les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), les kinésithérapeutes, les puéricultrices.

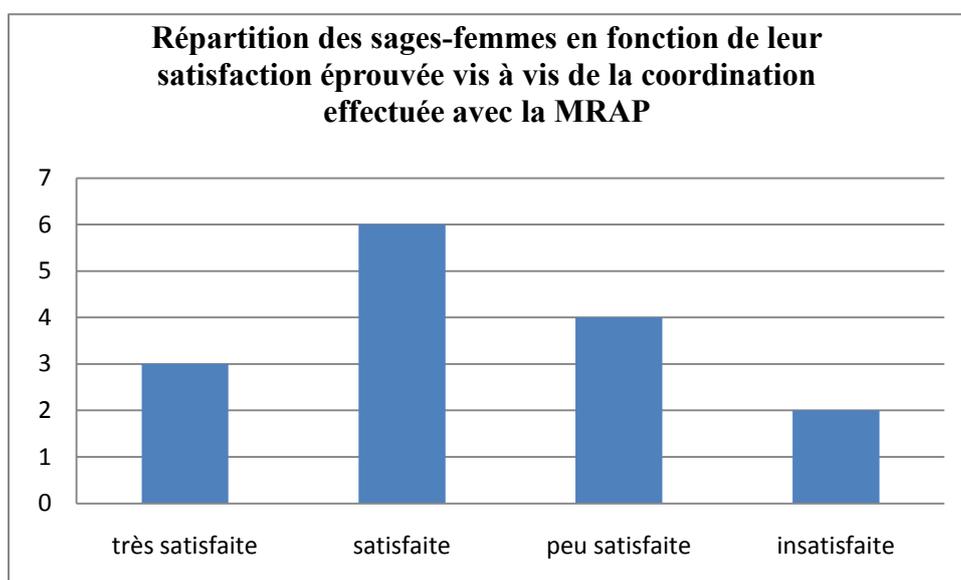


Une sage-femme nous parle de l'intérêt ressenti dans le fonctionnement en réseau. Par exemple, les cures de veinofér nécessaires au domicile de la patiente sont prises en charge par les IDE afin de soulager la charge de travail de la sage-femme libérale. Ainsi, comme le commente une sage-femme : « *L'HAD permet un travail en équipe* »

Lors des entretiens téléphoniques, une sage-femme s'exprime « *Il est vrai que d'instaurer un travail en réseau entre les professionnels de santé libéraux est primordial* ». D'après les résultats de l'enquête, on peut constater que les sages-femmes sont pour plus des deux tiers satisfaites de cette mission.

3.3.2. La coordination avec les professionnels de santé des établissements de santé

Les professionnels concernés sont les sages-femmes et les médecins hospitaliers de la MARP.



40% des sages-femmes libérales trouvent cette collaboration satisfaisante, voire très satisfaisante pour 20% des sages-femmes.

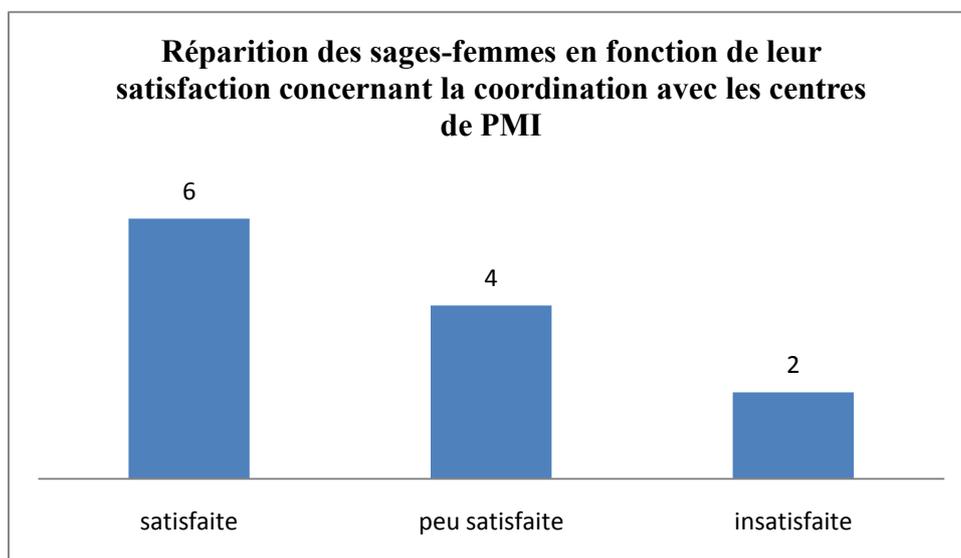
Les 30% restant jugeant cette coordination comme peu ou insatisfaisante s'expriment à ce sujet :

« *Cette coordination est de qualité inconstante et fonction des intervenants* » exprime une sage-femme par écrit.

Une sage-femme signale avoir que « *rarement un retour des conduites à tenir écrites ou orales après le passage à la maternité des patientes HAD (consultation, urgence, hospitalisation)* ».

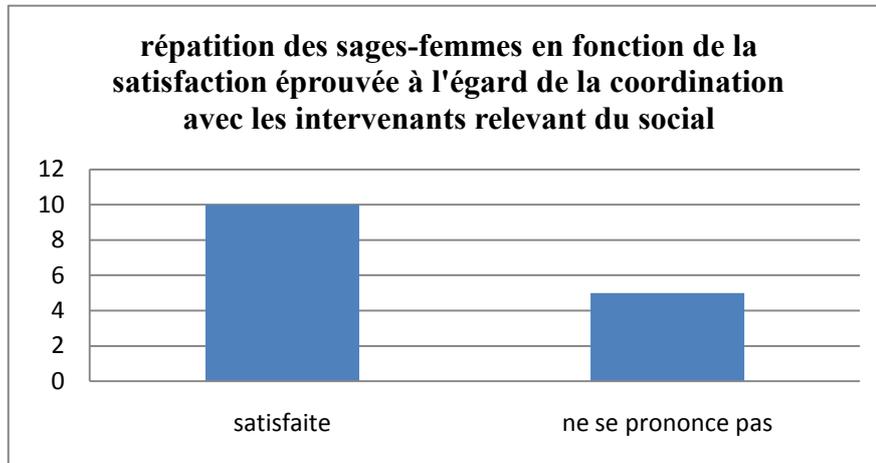
Ce constat renforce celui mis en évidence sur les motifs d'entrée des patientes en HAD. En effet, on constate des difficultés de communication avec les professionnels de la MRAP. Une sage-femme retraitée de la MRAP remarque : « *l'accès à l'information est conditionné par la connaissance antérieure de l'équipe hospitalière. Il est vrai que l'échange est plus facile quand on se connaît. Le problème, c'est que l'on ne peut pas connaître toutes les sages-femmes d'une grande maternité* ».

3.3.3. La coordination avec les structures de centre de PMI



Les sages-femmes, qui n'ont pas répondu à la question, expliquent n'avoir jamais eu recours à la PMI avec leur patientes HAD. Les sages-femmes évoquent le peu de liaison faite avec la PMI.

3.3.4. La coordination avec les intervenants relevant du social

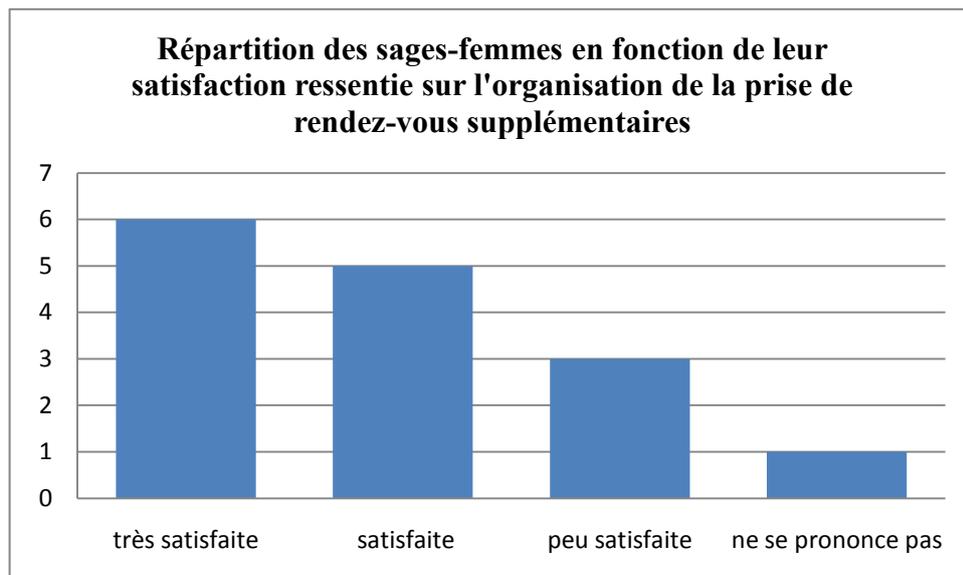


Une patiente, socialement en difficulté, peut être un motif exclusif de prise en charge par l'HAD. La prise en charge par une assistante sociale est « *un soulagement dans l'exercice des sages-femmes* ».

Les sages femmes, ne s'exprimant pas à ce sujet, l'expliquent par le non recours à une aide sociale pour les patientes suivies en HAD. Les deux tiers des sages-femmes sont satisfaites de cette mission. Celle-ci est perçue comme « *un des points forts de la structure* » d'après une des sages-femmes interrogées.

3.3.5. L'organisation de la prise de rendez-vous supplémentaires

L'HAD est missionnée pour organiser la prise de rendez-vous supplémentaires pour la patiente. Ces rendez-vous regroupent les examens de laboratoire, les échographies et doppler.

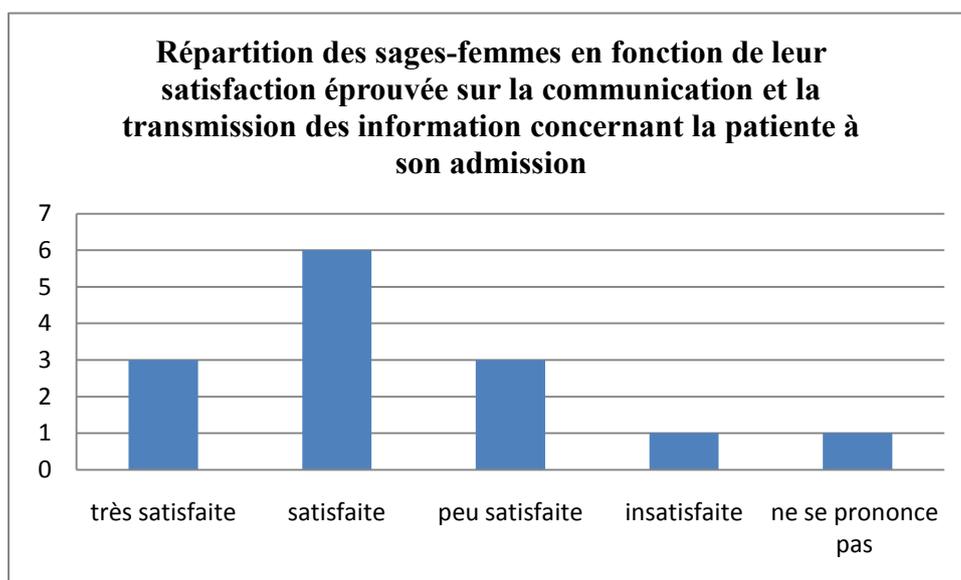


Le taux de satisfaction éprouvé par les sages-femmes est de 80%.

« *Les patientes HAD sont susceptibles de réaliser de nombreux bilans biologiques, l'HAD organise la prise de rendez-vous* ». *C'est un plus pour les sages-femmes* » affirme une sage-femme.

3.4. La communication et la transmission des informations concernant la patiente

3.4.1. A l'admission de la patiente



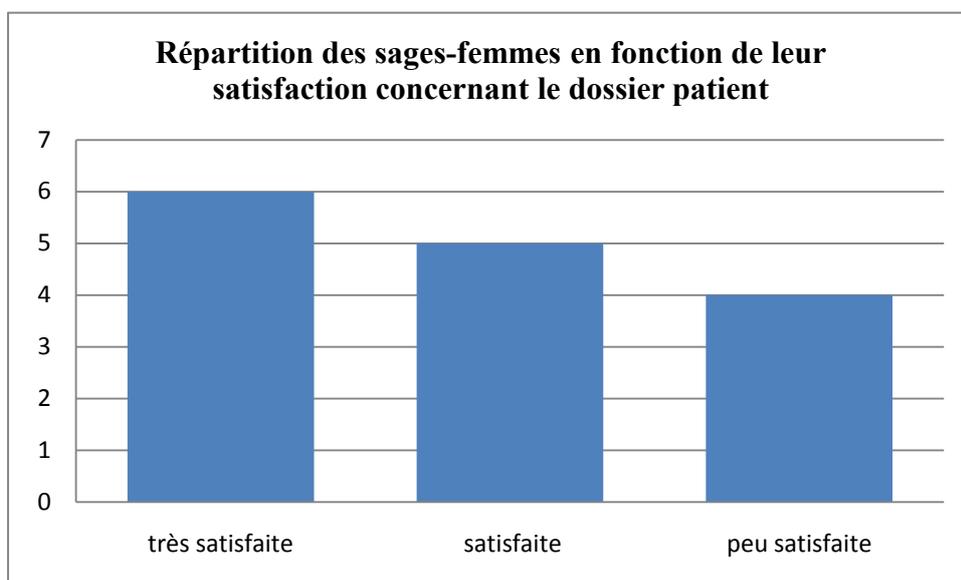
D'après cet histogramme, le taux de satisfaction est de 60%. Cependant, cette question fait constater des divergences d'opinions.

En effet, certaines sages-femmes (au nombre de cinq) stipulent rencontrer des problèmes lors de l'admission de la patiente en HAD. Les problèmes constatés sont :

- l'absence de la feuille de mission lors du premier contact avec la patiente.
- les renseignements concernant la patiente sont insuffisants à son admission.

Deux sages-femmes souhaiteraient voir dans le dossier patient une partie contenant les antécédents détaillés de la patiente (sérologies...). Quatre sages-femmes souhaiteraient être informées plus précocement du transfert en HAD de la patiente. Une sage-femme s'explique à ce sujet : « *Nous sommes parfois informées le jour même du relais en HAD et cela est parfois juste pour s'organiser.* » Une autre sage-femme exprime son souhait « *d'être prévenue plus tôt des sorties en HAD. En post natal, on peut comprendre que le délai soit court mais en ce qui concerne les patientes suivies en ante natal, il me semble possible d'être prévenue plus précocement de son relai en HAD* ».

3.4.2. La présentation et le contenu du dossier patient



Le dossier patient est considéré comme clair et complet pour plus des deux tiers des sages-femmes.

Les propositions formulées en vue de l'améliorer sont :

- Une place pour ranger le monitoring
- Le souhait d'avoir les résultats de laboratoire dans le dossier
- Le manque de place pour annoter leurs informations personnelles concernant la patiente.

3.4.3. La prise en charge des patientes HADAN

Les deux tiers des sages-femmes jugent que les prises en charge HAD ne sont pas trop complexes. Pour le tiers restant, la complexité est due à :

- La prise en charge de grossesses pathologiques (deux sages-femmes).

Cependant cette complexité n'est pas perçue comme négative. Au contraire, les sages-femmes y voient un gain dans leur exercice professionnel. En effet, elles trouvent enrichissant de pouvoir prendre en charge des pathologies complexes à domicile. Cela leur permet d'actualiser leurs connaissances obstétricales. Lors des entretiens, une sage-femme explique « *je ressens un intérêt particulier pour la prise en charge de pathologies, ceci me permet de mettre en pratique mes connaissances et de les approfondir* ». « *Etre confrontée à des pathologies complexes est très formateur pour moi* » affirme une autre sage-femme.

- La charge de travail à fournir

En effet, il est demandé à la sage-femme de passer tous les jours pendant les quatre jours suivant la sortie de la patiente. Pour certaines sages-femmes, ce suivi semble trop rapproché. De plus, les sages-femmes regrettent qu'une visite à plus long terme ne soit pas prévue. En effet, « *à distance, les pathologies du post partum peuvent se déclencher (en particulier pour l'allaitement et les dépressions du post partum)* » stipule une sage-femme.

Lors des entretiens téléphoniques les sages-femmes s'expriment à plusieurs reprises sur ce point :

- « *Venir une fois par jour pendant quatre jour en post natal me semble injustifié. De plus les problèmes en post natal se rencontrent souvent à J10 J12* ».

- « *Il est vraiment regrettable que ce suivi ne soit indiqué que pour une durée de quatre jour, il est important d'effectuer une visite à plus long court en particulier pour la surveillance pondérale de l'enfant ou pour l'encadrement de l'allaitement* ».

- « *Même si le suivi en HAD est prescrit pour quatre jours, j'effectue une visite la semaine suivante chez la patiente* ».
- « *Je ne vois pas en quoi cela peut poser un problème aux autres sages-femmes, si je souhaite effectuer une visite en plus du suivi HAD cela ne m'est pas empêché* »

3.5. Les Suggestions en vue d'amélioration coordination entre l' HAD et les sages-femmes libérales

3.5.1. Des formations

Les deux tiers des sages-femmes interrogées seraient intéressés par la mise en place de formations au sein de l'HADAN. Les formations proposées par les sages-femmes, portent sur l'allaitement et les nouveaux protocoles établis par la MARP.

« Créer des espaces d'échanges entre les différents professionnels serait appréciable. Discuter des protocoles de prise en charge des patientes et avoir la possibilité d'approfondir ses connaissances par le biais de formations serait très intéressant » : constate une sage-femme.

3.5.2 Le développement de l'HAD

- Les sages-femmes sont, dans l'ensemble, désireuses d'augmenter la proportion des suivis HAD au sein de leur activité.
- Le délai de prise en charge d'une patiente en HAD est jugé souvent trop court. Les sages-femmes sont désireuses de voir ces HAD anticipées d'un jour eu vue de s'organiser.
- Une des pistes à envisager est d'améliorer la communication avec la maternité. Les sages-femmes souhaiteraient connaître les conclusions du staff sur les dossiers : *« nous ne connaissons pas toujours les conclusions du staff sur les dossiers »* exprime une sage-femme.

PARTIE 3 : CONCLUSION DE L'ENQUETE

1 .LES BENEFICES APPORTES PAR L'HADAN DANS L'EXERCICE PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES

1.1. La répartition des sages-femmes

L'activité libérale est en plein essor en Meurthe et Moselle. En réponse à cet accroissement du nombre de sages-femmes libérales, l'HADAN permet de répartir les patientes selon des secteurs géographiques propres à chaque sage-femme. Une sage-femme affirme que « *L'HADAN répartit les patientes selon un secteur géographique propre à chaque sage-femme. Ceci est appréciable. Dans le cadre d'un suivi hors HAD, les patientes qui nous sont adressées par la maternité ne font pas toujours partie de notre secteur géographique. Cela entraîne parfois des conflits d'intérêt entre libérales* ». Le répertoire des sages-femmes libérales est donc un véritable outil de coordination. Il précise les secteurs géographiques desservis par les sages-femmes libérales conventionnées.

1.2. Le gain d'activité

« *On m'avait promis plus de travail le résultat est quasi nul* » notait une sage-femme lors des entretiens téléphoniques. Cependant, plus de la moitié des sages-femmes interrogées (87%) affirment avoir eu l'occasion de poursuivre un suivi libéral hors HAD avec leur patientes HAD. Cette proportion couvre la majorité des patientes.

D'après l'enquête, on constate que l'HAD apporte aux sages-femmes libérales un gain d'activité surtout à plus long terme avec leur patientes HAD. Le développement progressif de l'HAD et l'élargissement de leurs champs de compétence vont favoriser l'augmentation de leur activité.

1.3. La prise en charge de grossesses pathologiques

L'HAD permet aux sages-femmes de prendre en charge des patientes à domicile présentant des pathologies variées. Un bénéfice est ressenti. En effet, ces prises en charge leur permettent d'approfondir et d'actualiser leurs connaissances obstétricales.

1.4. Le travail en réseau

L'enquête effectuée montre que les sages-femmes sont globalement satisfaites des missions de l'HADAN. La mise en place de l'HAD permet aux sages-femmes libérales de travailler en collaboration avec les différents professionnels de santé et du social. Toutes les sages-femmes lors des entretiens, affirment avoir conscience de la nécessité de fonctionner en réseau à l'heure actuelle.

Même si la structure d'HADAN, de par sa jeunesse, ne peut les rendre entièrement satisfaite, celle éprouvée semble déjà être encourageante pour l'avenir du fonctionnement de la structure. Le bilan de l'HADAN réalisé de mars 2009 à mars 2010 rend compte de la plus value de la coordination. En effet, plus de 64% des prises en charges nécessitent la coordination d'au moins trois intervenants. De plus, 37% des patientes nécessitent une coordination médicale autour de la pathologie en plus de la coordination des soins à domicile selon la répartition suivante : 10% des entrées en HAD nécessitent une ré-hospitalisation en urgence gérée par l'HADAN, 4% nécessitent une consultation et/ou un avis au PATUGO, 23% nécessitent une coordination avec le médecin traitant.

Un des atouts majeur, d'une prise en charge en HAD, est le relais direct assuré avec les assistantes sociales.

Le fonctionnement en réseau entraîne un soulagement au sein de l'exercice professionnel des sages-femmes : soins infirmiers pris en charge par les IDE, prise en charge sociale, organisation des rendez-vous supplémentaires.

2. LES PROBLEMES RENCONTRES ET LES SOLUTIONS ENVISAGEES

Réfléchir sur le fonctionnement de l'HADAN, c'est recenser les difficultés éprouvées et les analyser de façon à émettre des propositions ou des évolutions pour y répondre. La majorité de sages-femmes, toutes générations confondues, expriment avoir mis de grands espoirs dans cette structure. En faisant la synthèse des questionnaires on s'aperçoit que la réalité n'est pas forcément à la hauteur de leurs attentes. Cette organisation nécessite donc un partenariat avec les sages-femmes libérales : il est important de les engager dans ce projet, en considérant leurs difficultés.

2.1. La conservation de l'indépendance professionnelle

« Vous comprenez j'ai quitté le monde hospitalier pour le libéral, ce n'est pas pour avoir l'impression d'être sous la tutelle d'une structure » exprimait une sage-femme lors des entretiens.

En effet, les sages-femmes libérales ont choisi de quitter ou de ne pas rentrer dans le monde hospitalier. Cependant, les sages-femmes ont conscience de la nécessité, à l'heure actuelle, du fonctionnement en réseau entre hospitaliers et libéraux. Il y a donc un souhait de travailler en partenariat tout en respectant les spécificités de chacun.

L'HAD a mis en place des procédures de prises en charge des patientes qui s'avèrent contraignantes pour les sages-femmes libérales. Ceci concerne la prise en charge en post partum essentiellement. En effet, les sages-femmes se doivent d'effectuer une visite par jour pendant quatre jours au domicile de la patiente. Les sages-femmes jugent que cette prise en charge est excessive. La volonté de conserver une indépendance organisationnelle est clairement avancée : ne pas imposer le rythme des HAD mais l'adapter en fonction des besoins de la patiente. Malgré tout, il ne faut pas oublier que l'HAD se doit de prodiguer à domicile une qualité des soins équivalente

à celle dispensée à l'hôpital. Et dans ce cadre, une hospitalisation à domicile ne peut difficilement se substituer à moins d'une visite quotidienne.

De plus, un autre point soulevé par les sages-femmes, est le délai parfois trop court pour organiser une HAD. En effet, elles expriment une volonté de préserver leur indépendance relative à leur organisation et une volonté de maîtriser leur activité face à la surcharge de travail. Les HAD nécessitent une visite dès le lendemain de la sortie de la patiente. En post partum, les HAD concernent des patientes qui sortent à J2 J3 en moyenne avec un délai court pour organiser la sortie. Ces HAD ne pourront se mettre en place qu'après l'accouchement qui, lui n'est pas prévisible. De plus, tout créneau réservé aux HAD peut ne pas être toujours pourvu. Refuser des actes à distance pour réserver un créneau horaire à cet effet signifie prendre le risque de ne pas le rentabiliser. Sont évoquées également des difficultés d'organisation par rapport à une activité en cabinet. Les raisons de refus des HAD sont liées à une surcharge de travail en cabinet.

Instaurer un délai suffisamment long pour organiser une HAD avec son exercice libéral pourrait être une piste de réflexion en vue d'améliorer le travail en partenariat avec l'HADAN.

2.2. La communication

« *La multiplicité des interlocuteurs entraîne une **perte d'information*** » stipulait une sage-femme lors des entretiens.

Reconnu dans l'ensemble des milieux socio-économiques, une bonne communication est un indicateur de qualité. La qualité des échanges entre les soignants est désormais fondamentale pour la garantie d'une médecine de qualité.

Une HAD fait intervenir plusieurs corps de métiers différents. Les intervenants sont multiples, la communication entre eux est donc primordiale. L'HADAN a pour mission d'assurer la collaboration et la coordination entre les différents protagonistes du réseau. Cependant, des difficultés de communication persistent :

2.2.1. La qualité des informations relatives à la patiente

En effet, malgré l'élaboration d'un dossier patient clair et complet, permettant la continuité des informations concernant la patiente, des manques sont remarqués. L'insuffisance des informations concerne, essentiellement, les antécédents médicaux et immunologiques de la patiente. Cependant, il existe pour chaque parturiente un carnet de santé maternité qui trouve une importance toute particulière dans ce type de prise en charge. Prévu par l'article L2122-2 du code de santé publique, ce carnet est délivré à la déclaration de grossesse à toute femme enceinte. Ce document a pour but d'apporter une information claire sur le déroulement de la grossesse et de faciliter le dialogue entre la mère et les professionnels du secteur médical ou social qui l'accompagneront tout au long. Celui-ci est composé d'une partie détaillant tous les antécédents et sérologies de la mère. Chaque sage-femme devrait pouvoir le consulter afin de trouver toutes les informations concernant la patiente. Cependant, ce carnet est-il utilisé par les professionnels de santé ? Ce point n'a pas été abordé dans l'enquête, il aurait été judicieux de s'y intéresser. En effet, est-il complété et consulté par les professionnels de santé ? Ce Carnet peut être une des solutions pour pallier aux problèmes de communication rencontrés.

2.2.2 Les difficultés de communication avec la MRAP

Une sage-femme explique que « *l'échange est plus facile quand on se connaît, le problème c'est que l'on ne peut pas connaître toutes les sages-femmes d'une grande maternité* ». La communication peut être améliorée si les différents acteurs sont amenés à se rencontrer. En effet, les sages-femmes libérales estiment que connaître les équipes hospitalières permet d'enrichir les relations professionnelles et de répondre à certaines difficultés : amélioration du parcours de soins, relation de confiance, circulation de l'information, cohérence du discours et des pratiques, évaluation des pratiques professionnelles

Créer des espaces de discussion est un élément important pour augmenter la performance d'une collaboration. Chacun pouvant exprimer ces attentes, un travail commun permet de renforcer un lien d'entente. Une des pistes proposées, pourrait être l'instauration d'échanges entre la maternité et les libérales organisée par le biais de l'HADAN. Par exemple, de nombreuses sages-femmes souhaiteraient assister au staff. Mettre en place des réunions où les différents partenaires puissent discuter ensemble des protocoles de prise en charge établis pour les patientes pourraient permettre d'améliorer la coordination entre eux.

2.3. Les motifs d'entrées en HAD

Il existe une incohérence ressentie par les sages-femmes libérales concernant les motifs d'admission en HAD des patientes.

La circulaire du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile a pour objectif de préciser les missions et modalités de prise en charge en hospitalisation à domicile en périnatalité. Cependant, les indications restent très larges et la circulaire ne donne que très peu d'orientation spécifique de la prise en charge en HAD en ante

et post partum. Ce point confirme la nécessité d'une réflexion commune entre la maternité et les libérales. Il paraît donc nécessaire de décliner les éléments de cette circulaire, afin de les préciser en concertation avec les professionnels concernés.

Il serait intéressant de mettre en place des réunions où les différents protagonistes du réseau puissent réfléchir ensemble sur les modalités de prise en charge en HAD.

Enfin, la Haute Autorité de Santé travaille actuellement sur les critères d'inclusion d'une patiente en HAD. Une circulaire doit être rendue publique en début d'année 2011. La diffusion de cette circulaire pourra aider à l'uniformisation des indications de prise en charge des patientes en HAD.

2.4. Le développement lent de l'HAD

« Un réseau intéressant mais qui tarde à se développer, quel dommage... »

Les sages-femmes sont désireuses d'accroître la proportion des suivis HAD au sein de leur activité. Certaines jugent que la proportion de ces suivis est encore trop faible. L'HADAN est une structure jeune instaurée depuis moins de deux ans. Son développement est dépendant de l'activité hospitalière. Du 2 mars 2009 au 31 juin 2010 l'HADAN a recensé 246 entrées (99 en ante natal et 147 en post natal). Il sera intéressant d'effectuer le comparatif sur deux ans lorsque le prochain bilan d'activité sera effectué. Ceci dans le but de constater une éventuelle progression. Cette étude permettra de rendre compte de l'évolution et du développement de la structure.

3. L'impact d'un processus de changement

L'enquête a été réalisée, peut être, de manière trop précoce pour juger de l'efficacité de la structure. En effet, l'HADAN est une structure jeune, le manque de recul empêche de prendre de la distance.

Cependant, cette étude arrive au bon moment pour évaluer un processus de changement ; en effet, la mise en place de l'HAD crée des réactions chez les sages-femmes. Habitues à travailler de manière totalement indépendante, cette structure les inscrit dans une optique de collaboration, de coordination de leur travail en réseau. Elles doivent donc effectuer un changement dans leur prise en charge habituelle d'une patiente.

Le terme changement couvre à la fois des actions et leurs résultats et inclut des modifications concrètes ou abstraites portant sur des choses, des personnes, des situations.

Le changement est une équation intégrant le temps (pensée et vécu) ; l'affectivité (système de perception) et l'aspiration (réalités immédiates et virtuelles).

La notion du rythme du changement est totalement subjective : certains se considéreront comme vivant un changement à marche forcée alors que d'autres, dans le même temps auront le sentiment que les choses ne vont pas assez vite. Cette notion est bien retrouvée lors de l'enquête. Une sage-femme exprime son sentiment d'être « obligée à se conventionner » et d'autres regrettent « de ne pas avoir plus de suivi HAD au sein de l'exercice professionnel. En effet, l'attitude des sages-femmes peut sembler contradictoire. Elles sont désireuses d'augmenter la proportion de leurs suivis HAD mais elles émettent des critiques sur son fonctionnement. Les entretiens téléphoniques ont pu montrer la résistance des sages-femmes au changement. En effet, la résistance fait partie intégrante du changement. Celle-ci est nécessaire. Elle permet de réaliser le changement. En verbalisant leurs arguments, les sages-femmes lors des enquêtes téléphoniques ont pu exorciser le sentiment de frustration qui les étroit. Cette phase de résistance est donc nécessaire.

L'intégration est la phase finale du processus de changement. Elle se décompose en deux temps :

- L'intégration conceptuelle dans laquelle nous terminons le processus de deuil de notre réalité précédente.
- L'intégration comportementale dans laquelle nous sommes capables d'ajuster nos comportements à notre nouvelle réalité où nous abandonnons nos anciens comportements.

Les individus intègrent les changements au nom de la satisfaction. En fait, la capacité à intégrer les changements tient à l'importance que l'individu accorde à son besoin d'être satisfait. En effet, le besoin d'intégrer une structure d'HAD s'avère primordiale pour les sages-femmes. Elles développent la capacité à mettre ce qui change en perspective de leur recherche de satisfaction et elles trouvent ce qu'il faut pour recadrer positivement la situation. Ceci a été permis suite à la reformulation d'un questionnaire par écrit. Le processus d'intégration est un processus en cours. Plus les sages-femmes pourront intégrer ce changement de fonctionnement dans leur pratique professionnelle plus, elles en tireront profit et satisfaction.

4. Etendre et approfondir l'étude

Le mémoire présenté ici n'aborde pas tous les aspects du développement de l'HADAN obstétricale. Il a été choisi de s'intéresser uniquement à l'impact généré sur l'exercice professionnel des sages-femmes libérales. Dans le but, d'évaluer la performance actuelle de la structure dans son ensemble, d'autres analyses peuvent être envisagées. Des études complémentaires seraient donc intéressantes, portant, en particulier sur :

- les résultats en termes d'indicateurs de santé et de satisfaction des patientes
- les besoins, attentes, freins et facteurs de développement de l'HAD du point de vue des autres protagonistes (MRAP, les autres professionnels de santé libéraux, les PMI)
- la perception et les besoins des usagers

CONCLUSION

L'évaluation de la satisfaction éprouvée par les sages-femmes libérales en ce qui concerne leur collaboration avec l'HADAN a permis de mettre en évidence les bénéfices et les difficultés apportées par la structure au sein de leur exercice professionnel.

C'est véritablement la coordination de tous les moyens et une réflexion globale et commune sur la problématique des HAD qui permettront de trouver des solutions satisfaisantes afin de proposer un accompagnement de qualité aux patientes.

Cette étude conduit à une réflexion: il s'agit de potentialiser les ressources existantes et de répondre aux difficultés, sans oublier les spécificités des différents exercices professionnels.

L'influence politique qui œuvre pour une offre de soins de proximité, l'influence économique qui favorise l'essor des HAD, l'évolution du cadre réglementaire de la profession de sage-femme et l'influence des recommandations de pratique clinique ne convergent-elles pas toutes vers une prise en charge plus globale et moins morcelée de la naissance ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Etats Généraux de la Naissance. Conclusions. Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction. Juin 2003. Numéro 32.
2. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques : INSEE www.insee.fr (consulté le 05 /07/2010)
3. Rapport de la mission périnatalité : octobre 2003. www.sante.gouv.fr/htm/actu/20_propositions/perinatalite.pdf
4. Quarante O. Les centres périnataux, sept ans après, une activité toujours hésitante. Profession sage-femme. 2005 Juin ; (116) : 4-8
5. Etienne M, Sages-femmes libérales en Meurthe et Moselle en 2008 : Réflexion sur l'évolution de la profession [Mémoire de fin d'étude de sage-femme]. Nancy : 2009
6. Fédération Hospitalière de France. La prise en charge de la mère et l'enfant. Juillet 2003.
7. Alison A, Com-Ruelle L, Raffy-Pihann. L'hospitalisation à domicile, Un nouvel essor. L'hospitalisation à domicile : un patient à satisfaire. Informations hospitalières. Mars 2000 n°52.
8. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : ANAES. Complément au manuel d'accréditation- l'hospitalisation à domicile : le patient et sa prise en charge. mars 2003. www.has-sante.fr
9. Etats Généraux de la Naissance. Conclusions. Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction. N°32 Juin 2003.
10. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS n° 2003-485.13 octobre 2003.

11. KAMEL A. perspectives de développement de l'HAD en périnatalité en région Ile de France à partir de l'étude de quatre structures. [Mémoire de l'école Nationale de Santé publique 2004]
www.ressources.ensp.fr/memoires/2004/misp/kamel.pdf
12. L'Hospitalisation A Domicile dans l'histoire
www.serpsy.org (consulté le 12/09/2010)
13. FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile
www.fnehad.fr (consulté le 12 /09/2010)
14. Sentilhes-Monkam A. L'Hospitalisation A domicile : une autre manière de soigner. Ethique et pratique médicale. Edition Harmattan. Janvier 2008.
15. Décret n°92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Journal Officiel de la République Française n°234. 8 octobre 1992.
16. Bulletin officiel solidarité –santé n°2000-25 : circulaire n° DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000.
17. 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 soin. Circulaire DHOS /0 n°2004-101 du 4 février 2004
18. Lavandier C. L'HAD obstétricale [Mémoire DIU de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique] Université Henri Poincaré Nancy I 2009.
19. Faivre J.P. Concevoir et réaliser une enquête de satisfaction des clients. Edition AFNOR.
20. Ray D. Mesurer et développer la satisfaction des clients. Editions des Organisations.
21. Carton G-D. Eloge du changement. Méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel. 2ième édition. Edition Village Mondial.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| Sommaire..... | 4 |
| Introduction..... | 7 |
| Partie 1 : Pourquoi l'hospitalisation à domicile?..... | 9 |
| 1. L'hospitalisation à domicile : une création née de par la conjoncture de plusieurs demandes..... | 10 |
| 1.1. Introduction..... | 10 |
| 1.2. L'hôpital : la lutte contre la mortalité à n'importe quel prix?..... | 11 |
| 1.3. L'évolution de la notion d'offre de soin..... | 12 |
| 1.4. L'évolution des mentalités et de la demande des usagers..... | 13 |
| 1.5. Les solutions envisagées pour pallier à ces nouvelles demandes..... | 14 |
| 2. Le développement de l'HAD..... | 16 |
| 2.1. L'hospitalisation à domicile dans l'histoire..... | 16 |
| 2.2. L'hospitalisation à domicile dans la législation..... | 17 |
| 2.3. L'HAD obstétricale..... | 18 |
| 2.4. L'HAD obstétricale nancéenne : l'HADAN..... | 20 |
| 2.4.1. Présentation de la structure..... | 20 |
| 2.4.2. Les acteurs de la structure..... | 20 |
| 3. Les sages-femmes libérales au sein d'une structure d'HAD..... | 22 |
| 3.1. Le métier actuel des sages-femmes libérales est en plein essor..... | 22 |
| 3.1.1. La pénurie annoncée des gynécologues-obstétriciens..... | 22 |
| 3.1.2. L'élargissement de leurs compétences..... | 23 |
| 3.2. Les sages-femmes libérales au sein de l'HADAN..... | 24 |
| 4. Les outils de communication utilisés par l'HADAN..... | 27 |
| 4.1. Le dossier patient..... | 27 |
| 4.2. Les coordinateurs..... | 29 |
| 4.2.1. La prise en charge initiale en HAD..... | 30 |
| 4.2.2. La prise en charge en cours d'HAD de la patiente..... | 30 |
| 4.2.3. La prise en charge lors de la sortie d'HAD de la patiente..... | 31 |
| Partie 2 : Enquête de satisfaction auprès des sages-femmes libérales conventionnées avec l'HADAN..... | 33 |
| 1. Présentation de l'enquête..... | 34 |
| 1.1. Objectifs..... | 34 |
| 1.2. Matériel et méthodologie..... | 34 |
| 1.2.1. Type d'enquête..... | 34 |
| 1.2.2. Population concernée..... | 35 |
| 1.2.3. Evolution de l'étude..... | 35 |
| 1.2.4. Mode de contact, distribution et collecte des questionnaires..... | 35 |
| 1.3. Les limites de l'enquête..... | 36 |
| 1.4. Les points forts de l'enquête..... | 36 |
| 2. Les enquêtes téléphoniques..... | 37 |
| 3. Analyse des réponses au questionnaire..... | 39 |
| 3.1. La satisfaction globale..... | 39 |
| 3.2. L'intégration des sages-femmes libérales au sein de l'HADAN..... | 40 |
| 3.2.1. La répartition des sages-femmes en fonction de l'année d'installation..... | 40 |
| 3.2.2. La proportion des suivis HAD au sein de l'activité..... | 41 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2.3. La satisfaction des sages-femmes sur la proportion des suivis HAD au sein de leur activité..... | 41 |
| 3.2.4. La fidélisation des patientes HAD..... | 42 |
| 3.2.5. Les non motifs d'entrées en HAD..... | 43 |
| 3.3. Les missions de l'HADAN..... | 44 |
| 3.3.1. La coordination entre les professionnels de santé libéraux..... | 44 |
| 3.3.2. La coordination avec les professionnels de santé des établissements de santé..... | 45 |
| 3.3.3. La coordination avec les structures de centre de PMI..... | 46 |
| 3.3.4. La coordination avec les intervenants relevant du social..... | 47 |
| 3.3.5. L'organisation de la prise de rendez-vous supplémentaires..... | 48 |
| 3.4. La communication et la transmission des informations concernant la patiente..... | 49 |
| 3.4.1. A l'admission de la patiente..... | 49 |
| 3.4.2. La présentation et le contenu du dossier patient..... | 50 |
| 3.4.3. La prise en charge des patientes HADAN..... | 51 |
| 3.5. Les suggestions en vue d'améliorer la coordination entre l'HAD et les sages-femmes libérales..... | 52 |
| 3.5.1. Des formations..... | 52 |
| 3.5.2. Le développement de l'HADAN..... | 52 |
| Partie 3 : Conclusion de l'enquête..... | 53 |
| 1. Les bénéfices apportés par l'HADAN dans l'exercice professionnel des sages-femmes libérales..... | 54 |
| 1.1. La répartition des sages-femmes..... | 54 |
| 1.2. Le gain d'activité..... | 54 |
| 1.3. La prise en charge de grossesses pathologiques..... | 55 |
| 1.4. Le travail en réseau..... | 55 |
| 2. Les problèmes rencontrés et les solutions envisagées..... | 56 |
| 2.1. La conservation de l'indépendance professionnelle..... | 56 |
| 2.2. La communication..... | 58 |
| 2.2.1. La qualité des informations relatives à la patiente..... | 58 |
| 2.2.2. Les difficultés de communication avec la MRAP..... | 59 |
| 2.3. Les motifs d'entrées en HAD..... | 59 |
| 2.4. Le développement lent de l'HAD..... | 60 |
| 3. L'impact d'un processus de changement..... | 61 |
| 4. Etendre et approfondir l'étude..... | 63 |
| Conclusion..... | 64 |
| Bibliographie..... | 65 |
| TABLE DES MATIERES..... | 67 |
| ANNEXE..... | 69 |

ANNEXE

ENQUETE DE SATISFACTION : L'HADAN

Mesdames les sages-femmes,

Dans le cadre de mes études de sage-femme, je réalise un mémoire portant sur l'HADAN.

En effet, j'effectue, un état des lieux de l'activité obstétrique en HAD, en interrogeant les différents protagonistes qui y rentrent en jeu (patientes, sages-femmes libérales et hospitalières et l'HADAN).

L'HADAN 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.

Certaines d'entre vous ont déjà été sollicitées lors d'un entretien téléphonique me permettant de mieux cibler vos attentes.

Je vous sollicite à présent, par ce questionnaire, afin d'enrichir vos réponses et de connaître votre degré de satisfaction sur le fonctionnement de l'HADAN, d'en ressortir les bénéfices apportés et de rendre compte des points pouvant être à améliorer.

Pour votre information, vos réponses seront rendues anonymes lors de leur restitution.

Je joins au questionnaire une enveloppe affranchie. Je vous serai reconnaissante de me le renvoyer avant le premier aout.

En vous remerciant, par avance, du temps consacré pour y répondre. Recevez, Mesdames, l'expression de mes sentiments distingués.

Clémence Menut, étudiante sage-femme.

Généralités:

NOM :

PRENOM :

SECTEUR D'EXERCICE :

DATE D'INSTALLATION :

ANNEE D'OBTENTION DU DIPLOME :

Question n°1 :

Quelle est la proportion des suivis HAD au sein de votre activité depuis le début de l'année 2010 ?

Question n°2

Quelle est votre satisfaction globale éprouvée vis-à-vis des prestations de l'HADAN ?

- Très satisfaite
- Satisfaite
- Peu satisfaite
- Insatisfaite

Admission des patientes

Question n°3 :

Est-ce que le motif d'admission en HAD des patientes que vous avez prises en charge était justifié, selon vous?

- Oui
- Non

Si non, quelle proportion de patiente cela représente :

Question n°4

Avez-vous pris en charge des patientes hors HAD qui auraient nécessité une HAD selon vous ?

- Oui
- Non

Si oui, quelle proportion de patientes cela représente :

Question n°12

Avez-vous eu l'occasion de poursuivre un suivi libéral hors HAD avec vos patientes HAD ?

- Oui
- Non

Si oui, quelle proportion de patiente est concernée :

- Toutes les patientes
- La majorité
- La moitié
- Une minorité

Fonctionnement de l'HADAN

Question n°13

Ressentez vous le besoin d'une information complémentaire sur le fonctionnement de l'HADAN (réunions, courriers) ?

- Oui
- Non

Question n°14 :

Seriez-vous intéressées par la mise en place de formations au sein de l'HADAN (allaitement, mise à jour des protocoles obstétricaux) ?

- Oui
- Non

Question n°15

Quels sont les bénéfices que vous apporte le réseau HAD dans votre exercice professionnel ?

Question n°14

Quels sont les points, les suggestions que vous désirez formuler en vue d'améliorer la coordination entre vous et l'HAD ?