



HAL
open science

Le volet anténatal du PRADO. Quelle place dans l'information des femmes enceintes sur l'offre de soin de la sage-femme ?

Katia Aghili

► To cite this version:

Katia Aghili. Le volet anténatal du PRADO. Quelle place dans l'information des femmes enceintes sur l'offre de soin de la sage-femme ?. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-00993327

HAL Id: dumas-00993327

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00993327>

Submitted on 20 May 2014

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.



UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

KATIA AGHILI

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

LE VOLET ANTENATAL DU PRADO

**Quelle place dans l'information des femmes enceintes
sur l'offre de soin de la sage-femme ?**

Soutenu le : 8 Avril 2014

JURY

Mme Laurence VAYER, sage-femme libérale (Directrice de mémoire)

Mme Elodie Prot, sage-femme enseignante au département de Maïeutique de l'UFR des Sciences de la Santé Simone Veil (Co-directrice de mémoire)

Numéro national d'étudiant : 20802490



Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est 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 toute poursuite pénale.

Remerciements

A Madame Laurence Vayer, ma directrice de mémoire, merci de m'avoir guidée dans l'élaboration de ce mémoire et pour vos conseils avisés.

A Madame Elodie Prot, pour votre soutien, votre écoute et pour tout le temps que vous m'avez consacré, merci.

A Madame Anne Rousseau, je vous remercie pour vos précieux conseils sur LE fameux logiciel R.

Je tiens à remercier toutes les mamans qui ont accepté de participer à mon étude.

A Line Grandidier et Marie Laure Grandin, merci pour votre petit coup de pouce final qui m'a tant aidé.

A mes amies Aurore, Amandine, Marion, Géraldine, Tracy, Juliette qui m'ont accompagnée tout au long de ces études. Merci tout simplement d'être vous.

A toi, Sébastien, mon amour, merci d'être rentré dans ma vie et merci de m'avoir autant épaulée.

A ma famille dans son intégralité, je ne vous remercierais jamais assez pour tout votre amour.

A ma mère, pour tout l'amour que tu m'as donné et pour ta rage de vivre. Je te dédie ce mémoire.



Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES.....	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	VI
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES ANNEXES	VIII
LEXIQUE.....	IX
RESUME	X
ABSTRACT	XII
INTRODUCTION	1
1 PREMIERE PARTIE : CADRE CONTEXTUEL	2
1.1 Evolution de la profession de sage-femme	2
1.2 Répartition de l'activité des sages-femmes.....	4
1.3 Un parcours de soin perfectible pour les femmes.....	5
1.4 Les mesures adoptées par l'Assurance Maladie	8
1.5 Les suites du PRADO.....	11
1.6 Expérimentation du volet anténatal du PRADO	12



2	SECONDE PARTIE : PRESENTATION DE L'ETUDE ET RESULTATS	14
2.1	Présentation de l'étude	14
2.2	Présentation des résultats	19
3	TROISIEME PARTIE : DISCUSSION DES RESULTATS	29
3.1	Biais et limites de l'étude	29
3.2	Populations étudiées	29
3.3	Information des patientes	30
3.4	Professionnels consultés	36
3.5	Propositions	40
	CONCLUSION	43
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45
	ANNEXES	51



Liste des tableaux

Tableau 1 : <i>Age et terme des patientes</i>	19
Tableau 2 : <i>Secteur de provenance des sages-femmes pratiquant le suivi de grossesse</i>	26
Tableau 3 : <i>Sage-femme consultée pour la PNP</i>	27



Liste des figures

Figure 1 : Répartition des montants remboursés par types d'actes pratiqués par les sages-femmes libérales en 2009.....	4
Figure 2 : Proportion de patientes informées sur l'offre de soin détaillée de la sage-femme	21
Figure 3 : Proportion de patientes informées par la documentation envoyée par leur CPAM.....	22
Figure 4 : Types de documents de la CPAM évoqués par les patientes.....	23
Figure 5 : Autres sources informant de la pratique des consultations prénatales par les sages-femmes	24
Figure 6 : Autres sources informant de la pratique de l'entretien prénatal par les sages-femmes.....	24
Figure 7 : Autres sources informant de la pratique de la PNP par les sages-femmes	25
Figure 8 : Autres sources informant de la possibilité d'un accompagnement en postnatal par les sages-femmes.....	25
Figure 9 : Professionnel consulté pour l'entretien prénatal	27



Liste des annexes

ANNEXE 1 : Plaquette d'information du volet anténatal du PRADO	52
ANNEXE 2 : Sommaire du guide maternité.....	54
ANNEXE 3 : Brochure d'information « je suis suivie à domicile après mon accouchement »	55
ANNEXE 4 : Questionnaire de l'étude.....	57
ANNEXE 5 : Origines ethniques des patientes	63
ANNEXE 6 : Catégories socioprofessionnelles des patientes.....	64
ANNEXE 7 : Situations évoquées par les femmes ayant impliquées un suivi par un médecin gynécologue.....	65
ANNEXE 8 : Pages 6-7 du guide maternité.....	66



Lexique

CNGOF :	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNOSF :	Collège National de l'Ordre des Sages-femmes Français
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSP :	Code de la Santé Publique
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HAD :	Hospitalisation à Domicile
HAS :	Haute Autorité de Santé
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes économiques
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MSA :	Mutualité Société Agricole
NICE :	National Institute for Health and Care Excellence
PCEM1 :	Première année du Premier Cycle d'Etudes Médicales
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PNP :	Préparation à la Naissance et à la Parentalité
PRADO :	Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile
RSI :	Régime des Salariés Indépendants
SA :	Semaines d'Aménorrhée
SDC :	Suites de Couches
UNCAM :	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie



Résumé

Objectifs

Objectif principal : Evaluer la place du volet anténatal du PRADO (expérimentation débutée par la CPAM du département des Yvelines en juillet 2012) dans l'information des femmes enceintes à propos de l'offre de soin anténatale et postnatale de la sage-femme.

Objectif secondaire : Déterminer si le volet anténatal du PRADO incite les femmes enceintes dont la grossesse est à bas risque à consulter une sage-femme pour l'ensemble de l'offre anténatale (consultations prénatales et préparation à la naissance et à la parentalité).

Matériel et méthodes

Etude rétrospective, comparative, descriptive, bi-centrique, débutée le 17 septembre 2013 et terminée le 6 janvier 2014 réalisée sous la forme d'un questionnaire anonyme. Celui-ci a été diffusé à des primipares affiliées à la CPAM, recrutées dans les salles d'attentes d'obstétrique et d'anesthésie des maternités du CHI Poissy (groupe 78, expérimentation du volet anténatal du PRADO) et du CH d'Argenteuil (groupe 95, pas d'expérimentation).

Résultats

56 questionnaires ont été recueillis pour le groupe 78 et 57 pour le groupe 95. Il n'y a pas de différence significative entre les caractéristiques générales des deux populations. Dans les deux groupes, 80% des patientes déclarent être informées sur l'offre de soin anténatale et postnatale de la sage-femme. Moins de la moitié des patientes déclarent en avoir été informées par leur CPAM. Lorsque c'est le cas, la plaquette d'information du volet anténatal du PRADO est faiblement citée comme source d'information dans le groupe 78 (39%) en comparaison du guide maternité. Dans les deux groupes, une majorité de patientes a consulté une sage-femme pour

la préparation à la naissance et à la parentalité (au moins 70%). La proportion de sages-femmes consultées pour le suivi de grossesse est comparativement plus faible (environ 45% dans les deux groupes).

Conclusion

Le volet anténatal du PRADO occupe une place peu importante dans l'information des patientes sur l'offre de soin de la sage-femme dans notre étude. Cette campagne d'information écrite ne peut suffire à elle seule à orienter les patientes vers les sages-femmes. Des campagnes d'information, diffusées oralement, à visée du grand public, seraient nécessaires.

Mots-clés

Champ de compétence des sages-femmes ; PRADO ; volet anténatal du PRADO ; consultations prénatales ; préparation à la naissance et à la parentalité ; suivi postnatal ; information ; sage-femme ; médecin gynécologue.

Abstract

Objectives

Main objective : To evaluate the contribution of PRADO's prenatal part (experience initiated by Yvelines's CPAM in July 2012) in information of pregnant women about the midwifery offer of prenatal and postnatal care.

Secondary objective : To determine if PRADO's prenatal part leads women with low risk pregnancy to consult a midwife for the whole prenatal offer (antenatal visits, preparation for birth and parenthood).

Material and methods

We carried out a retrospective, comparative, descriptive and bicentric study which started on September 17, 2013 and ended on January 6, 2014, based on an anonymous questionnaire. It was distributed to primiparous affiliated to CPAM, recruited in waiting rooms of Obstetrics and Anesthesia departments of the CHIPS' maternity (group 78, with experience of PRADO's prenatal part and the CHA's maternity (group 95, without the experience of PRADO's prenatal part)

Results

56 questionnaires were collected in group 78 and 57 in group 95. There is no significant difference between the general characteristics of those two populations. In both groups, 80% of patients declared being informed on prenatal and postnatal care offer by midwife. Less than the half of patients declared being informed by their CPAM. When it happens, information brochure of PRADO's prenatal part is few mentioned as information source in group 78 (39%) in comparison with maternity guide. In both groups, the majority of patients consults a midwife for preparation to birth and parenthood (at least 70%). Proportion of midwives consulted for pregnancy follow-up is less important (about 45% in both groups).



Conclusion

PRADO's prenatal part isn't often used to inform patients about the midwifery care offer in our study. This written campaign information isn't enough to direct patients to midwife. Oral campaign information intended for French population might be necessary.

Keywords

Midwifery competences ; prenatal visits ; postnatal follow-up ; preparation for birth and parenthood ; midwife ; information ; gynecologist.



Introduction

La profession de sage-femme possède un champ de compétences défini qui s'est progressivement étendu au cours des années 2000. Paradoxalement, on constate aujourd'hui que les sages-femmes n'exercent pas toutes leurs compétences auprès des femmes. La méconnaissance par le grand public de cette profession en est sans doute la principale cause et révèle en aval un réel manque d'information à son propos.

C'est dans ce contexte et devant la demande persistante des sages-femmes d'être plus visibles dans le parcours des femmes que l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie a expérimenté à partir de juillet 2012 une campagne d'information des femmes enceintes. Celle-ci vise à revaloriser le rôle de la sage-femme auprès de la femme enceinte en anténatal et en postnatal, et notamment celui de la sage-femme libérale. Cette campagne s'intitule le « volet anténatal du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) ».

Dans ce mémoire, nous tâchons d'évaluer la place qu'occupe cette campagne dans l'information et l'incidence sur la consultation des sages-femmes par les femmes enceintes au cours de leur grossesse.

Dans un premier temps, le contexte qui a mené à la naissance de cette campagne est établi.

Dans un second temps, la méthodologie et les résultats du travail de recherche sont présentés.

Enfin, les résultats principaux sont analysés et discutés.



1 Première partie : Cadre contextuel

1.1 Evolution de la profession de sage-femme

1.1.1 Evolution des compétences

Depuis le temps de l’Egypte ancienne, on connaît la sage-femme pour son art d’accoucher les femmes (1). Aujourd’hui, c’est une profession médicale régie par le Code de la Santé Publique (CSP) dont les compétences évoluent.

Spécialiste de la périnatalité, la sage-femme prend en charge de manière autonome la femme enceinte de la période anténatale à la période postnatale (article L4151-1). En effet, elle intervient à toutes les étapes de la grossesse, de sa déclaration qu’elle peut réaliser depuis 2004 (article L2122-1), jusqu’à l’examen médical postnatal et la rééducation du périnée (article R4127-318). Elle participe au suivi médical de grossesse ainsi qu’à la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Elle est également présente en salle de naissance pour l’accouchement et dans les suites de couches (SDC).

De plus, la loi Hôpital Patient Santé Territoire de Juillet 2009 a renforcé son rôle auprès des femmes. En effet, elle est depuis compétente dans la réalisation des consultations de contraception et dans le suivi gynécologique de prévention.

La loi de bioéthique du 7 Juillet 2011 (Loi n° 2011-814) lui a également conféré les droits de prescrire et de délivrer les résultats du test des marqueurs sériques de la trisomie 21, de « concourir aux activités d’assistance médicale à la procréation », et d’effectuer des recherches médicales dans le domaine de la maïeutique.

Parallèlement à l’attribution de ces nouvelles compétences, elle a aussi vu son champ de prescription s’étendre au cours de ces dernières années (2).

Ainsi, les missions et les compétences de la sage-femme se sont progressivement élargies ces dernières années en France.



1.1.2 Evolution de la formation

En ce qui concerne la formation des sages-femmes, le concours d'entrée à l'école de maïeutique est devenu commun en 2002 à celui des étudiants en médecine et en odontologie. Suite à cette réforme, pour pouvoir prétendre au diplôme d'Etat de Sage-Femme, les étudiants devaient valider l'examen classant de fin de première année (PCEM1), ce qui a porté la durée totale des études à cinq ans (3). Les études de sage-femme ont de nouveau été réformées en 2009. Ainsi, elles sont actuellement inscrites dans le cursus Licence-Master-Doctorat avec un concours d'entrée en deuxième année commun aux étudiants en médecine, odontologie et pharmacie (4). Le diplôme de sage-femme est depuis 2013 reconnu comme équivalent au grade master (5).

1.1.3 Evolution du nombre de praticiens

Le nombre total de sages-femmes en France a pratiquement doublé depuis le début des années 1990 (6).

D'après une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (7), la majorité d'entre elles exerce dans le secteur hospitalier (74% de la profession en 2011).

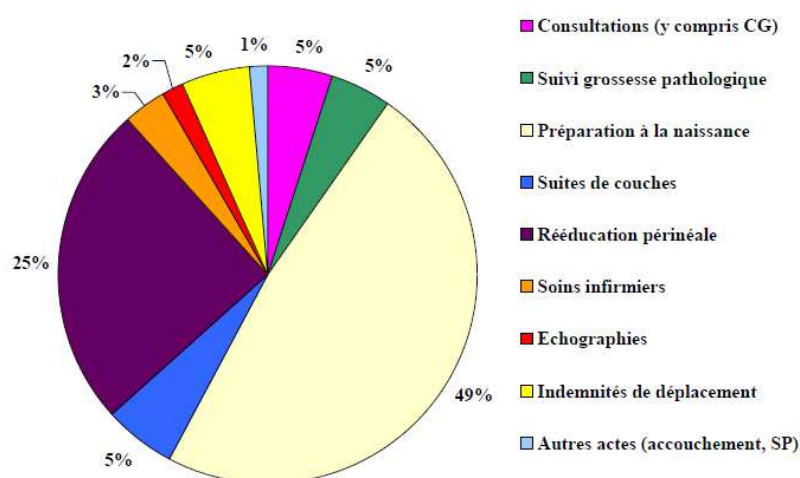
Comparativement, les sages-femmes exerçant dans le secteur libéral et les sages-femmes mixtes (cumul d'un emploi dans le secteur public hospitalier et d'une activité libérale) représentent une faible part de leur population. En effet, d'après cette même étude, en 2011, les sages-femmes mixtes représentaient 4% de la profession et les sages-femmes exerçant exclusivement dans le domaine libéral 14%.

Toutefois, l'exercice dans le secteur libéral est en constante expansion. Entre les années 2000 et 2010, on a observé une croissance d'environ 7% de sages-femmes libérales par an. De plus, le scénario tendanciel 2011 de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) indique que leur nombre devrait continuer à s'accroître : en 2030, une sage-femme sur trois exercera en libéral (7).

1.2 Répartition de l'activité des sages-femmes

D'après un rapport de la Cour des Comptes sur le rôle des sages-femmes dans le système de soin, les sages-femmes salariées de l'hôpital exerçaient majoritairement en salle de naissances (42%) et en SDC (25%) en 2009. Les consultations de suivi de grossesse représentaient 8% de leur activité.

L'activité de la sage-femme libérale quant à elle se concentrait essentiellement sur la PNP (49%), et sur les séances de rééducation du périnée (25%). En revanche, les consultations de suivi de grossesse et les SDC ne concernaient que 10% de leur activité, comme l'illustre le graphique ci-dessous (8).



Source : Estimations de la Cour des Comptes d'après les données de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

Figure 1 : Répartition des montants remboursés par types d'actes pratiqués par les sages-femmes libérales en 2009

Selon l'enquête nationale périnatale 2010 de la DREES (9), pour leur suivi de grossesse, 39% des patientes ont consulté une sage-femme de maternité et 15,6% une sage-femme libérale.

Ces deux études n'ont pas utilisé les mêmes sources. La première est basée sur les actes cotés par les sages-femmes. Dans la seconde, des enquêteurs ont interrogé directement les femmes. Cela explique donc la différence des résultats, qui ne sont pas fondés sur le même type d'observation. Cependant, elles aboutissent au



même constat. L'activité de la sage-femme libérale se concentre essentiellement sur la PNP et la rééducation périnéale et celle de la sage-femme hospitalière sur les accouchements et les suites de couches. De plus, que les sages-femmes exercent dans le secteur hospitalier ou libéral, le suivi de grossesse représente une faible part de leur activité. Paradoxalement, la majorité des grossesses sont exemptes de complications obstétricales (10). Les sages-femmes sont pourtant en mesure de prendre en charge ces grossesses dans leur globalité, de l'anténatal au postnatal.

A partir du sixième mois de grossesse, l'Assurance Maternité prend en charge à 100% les examens prénataux obligatoires, les examens médicaux intercurrents et les huit séances de PNP prévues pour la femme enceinte ou le couple, que la grossesse soit suivie par un médecin ou par une sage-femme. Le séjour en maternité et l'éventuel suivi à domicile sont également remboursés à 100% jusqu'au 12^{ème} jour suivant l'accouchement (11). Des motifs économiques ne semblent donc pas justifier cette répartition du temps de travail observée selon les différentes activités de la sage-femme. Il se pose alors la question de l'information des femmes à propos de l'offre de soin des sages-femmes au cours de leur grossesse. Une meilleure information les orienterait-elle davantage à consulter les sages-femmes ?

1.3 Un parcours de soin perfectible pour les femmes

1.3.1 Un faible taux de participation à l'entretien prénatal

Pour une préparation optimale à la naissance et à la parentalité, huit séances sont proposées aux femmes enceintes par l'Assurance Maternité. Ainsi, en 2010, 73% des primipares et 28,5% des multipares avaient recours à la PNP (9).

L'entretien prénatal précoce, nommé aussi entretien du quatrième mois, est identifié comme la première de ces huit séances par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), dans la nomenclature des sages-femmes (12). Il a été défini pour la première fois en 2004 par la psychanalyste F.Molénat dans son rapport « périnatalité et prévention en santé mentale » (13). Basé sur l'écoute individuelle de la patiente ou du couple, il permet d'instaurer ou de maintenir un climat de confiance, de répondre à leurs éventuelles inquiétudes et doutes. C'est une

approche émotionnelle et environnementale accordée au couple afin de lui apporter des réponses et du soutien et de l'aider à réduire l'anxiété de la grossesse. C'est aussi un outil de prévention, d'information, et d'éducation. Cet entretien médico-psycho-social permet aussi de définir le niveau de risque de la grossesse et en cas de nécessité, d'orienter la femme vers d'autres professionnels au sein d'un réseau de santé (14).

Toute femme enceinte peut en bénéficier, qu'elle soit primipare ou multipare. Il peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin, selon le libre choix de la patiente, en maternité, en secteur libéral ou en PMI (Protection Maternelle et Infantile).

C'est ainsi qu'il a été identifié comme mesure prioritaire dans le plan périnatalité 2005-2007 dans le cadre de l'axe humanité (15).

Cependant, d'après l'Enquête Nationale Périnatale 2010 de la DREES, on constate qu'il n'a profité qu'à 21,4 % des femmes ayant accouché en mars 2010, dont 30 % étaient primipares. De plus, les femmes en ayant bénéficié auraient un profil socio-économique plutôt privilégié, alors que l'entretien prénatal est destiné à l'ensemble des femmes, sans distinction de statut social (16).

1.3.2 Un manque d'accompagnement dans le post partum

Selon l'Enquête Périnatale 2008 de la DREES, une femme sur cinq se plaint d'un manque d'accompagnement et d'information dans les suites de couches. De plus, deux femmes sur dix émettent un jugement négatif sur l'accompagnement de l'allaitement maternel (17).

Néanmoins, cette enquête souligne aussi que ce manque de satisfaction n'est pas directement lié à la durée d'hospitalisation, puisque trois quarts de ces femmes jugent la durée de séjour en maternité suffisante. On note que les patientes dont le post partum se déroule sans complication apparente sortent en majorité à J3 ou J4 d'après la DREES (18).

Seulement 8% des établissements déclarent proposer systématiquement un accompagnement à domicile de la mère et du nouveau-né par une sage-femme



libérale. Certains ne le proposent même jamais. Pourtant, la quasi-totalité des maternités (98%) appartient à un réseau de santé périnatal incluant des sages-femmes libérales en mesure de répondre aux difficultés des mères au retour à domicile (18), et il a été constaté que les SDC représentaient une faible part de l'activité des sages-femmes libérales en 2009.

Pour conclure, d'un côté, l'offre de soin des sages-femmes, et en particulier des sages-femmes libérales pour le suivi de grossesse et le suivi postnatal, n'est pas exploitée de manière optimale. De l'autre, de nombreuses femmes ont un parcours de soins qui ne répond pas toujours à leurs attentes et à leur niveau de risque.

Enfin, s'ajoute à cela une réelle nécessité de revaloriser le rôle des sages-femmes auprès des assurés sociaux. En effet, le 10 décembre 2007, a été signé un avenant conventionnel « destiné à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie ». Dans le préambule de cet avenant, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie prévoyait déjà de revaloriser la place de la sage-femme dans le parcours de santé des assurés sociaux (19). Mais celui-ci est resté sans suites.



1.4 Les mesures adoptées par l'Assurance Maladie

1.4.1 Mise en place du PRADO

1.4.1.1 Origine du PRADO

Le 4 Février 2010, les représentants de la CPAM 78 ont réuni les sages-femmes libérales des Yvelines sur le thème «organisation par la CPAM du retour à domicile des patientes à leur sortie de maternité ». Ils ont présenté à ces dernières un programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO), dont la phase expérimentale devait débiter le 1^{er} mars 2010 dans deux maternités du 78. Deux autres départements avaient été choisis pour cette expérimentation, l'Ille et Vilaine et la Haute Savoie. Il était prévu une généralisation progressive du programme à l'ensemble des maternités du 78 et de France à partir de septembre 2010.

A noter que ni les sages-femmes libérales, ni les syndicats professionnels¹, n'avaient été concertés auparavant quant à la mise en place de cette expérimentation. Tous ont donc découvert le PRADO lors de cette réunion.

1.4.1.2 Qu'est ce que le PRADO ?

Le PRADO consiste à proposer à la mère, lorsque son hospitalisation n'est plus jugée nécessaire, un accompagnement médical par une sage-femme libérale dès son retour à domicile, sous la coordination d'un conseiller de l'Assurance Maladie. Ainsi, ce dernier rend visite à la mère en maternité et lui propose une liste de sages-femmes libérales. La sortie est organisée le troisième jour suivant l'accouchement. Puis une visite de la sage-femme libérale choisie est prévue le lendemain de la sortie, à J4, suivie d'une seconde visite à J5 ou J6. Ce programme est proposé aux assurées sociales majeures, sans comorbidité ni complication, ayant accouché par voie basse d'un enfant unique à terme. Concernant le nouveau-né, son poids doit être en rapport avec l'âge gestationnel et il ne doit pas présenter de problème

¹ Les associations syndicales sont au nombre de deux :

- L'Union Nationale et Syndicale des Sages-femmes ou UNSSF
- L'Organisation Nationale des Syndicats Sages-femmes ou ONSSF

d'alimentation. Si la sage-femme le juge nécessaire, elle peut proposer d'effectuer des visites supplémentaires.

Cette offre de service est facultative et se fait donc selon le libre choix de la patiente (20). Dans le protocole de sa mise en place prévue dans les trois départements pilotes, le PRADO ne concernait que les femmes affiliées à la CPAM.

1.4.1.3 Les objectifs du PRADO

Les représentants de la CPAM ont présenté les différents objectifs du PRADO tels qu'énoncés ci-dessous.

Il s'agit tout d'abord d'améliorer le taux de satisfaction des femmes dans le suivi et les conseils du post partum.

Ensuite, le PRADO a comme objectif « une continuité de la prise en charge en évitant de recourir à des structures trop lourdes et surdimensionnées par rapport aux besoins ». Il est fait allusion dans cette citation de l'Assurance Maladie au recours à l'HAD pour les SDC physiologiques. L'UNCAM souhaite améliorer l'efficience médico-économique de l'Assurance Maladie. Les deux premières consultations dans le cadre du PRADO sont cotées chacune SF16 (42,40€ en 2010). Les consultations suivantes, si elles ont lieu avant J6, sont cotées SF 12, (31,80€ en 2010). Au-delà, le forfait n'est plus applicable et il faut coter des consultations sage-femme standard (17€ en 2010) (12). Une journée d'HAD coûte quant à elle environ 140€ (21). On note ainsi que le tarif des consultations des sages-femmes est nettement moins élevé que celui pratiqué lors de l'HAD.

Enfin, le PRADO vise à faire valoir les compétences de la profession de sage-femme dans l'accompagnement postnatal.



1.4.2 Réaction des sages-femmes libérales

Les sages-femmes libérales se sont montrées réceptives à répondre au souhait des jeunes mères d'être mieux accompagnées à la sortie de la maternité. Cependant, dès le départ, des réserves ont été émises sur le fonctionnement de ce dispositif (22).

Elles craignaient d'abord de voir leur activité se réduire au post-partum. En effet, bien que le PRADO revalorise leurs compétences auprès des patientes en postnatal, les sages-femmes demandaient la mise en place d'un dispositif permettant de mettre en avant l'ensemble de leurs compétences. Le PRADO ne leur permettait pas d'assurer un suivi continu, du pré au postnatal, et les sages-femmes ne concevaient pas de morceler ainsi la prise en charge des patientes.

Par ailleurs, aucune modalité de transmissions médicales entre l'équipe de maternité et la sage-femme libérale n'avait été mise en place.

Ces réserves concernaient également l'absence de concertation des sages-femmes pour la mise en place de ce programme. Les conditions d'adhésion au PRADO leur étaient imposées, leur laissant seulement le libre choix ou non d'y participer.

Enfin, en 2007, avec la signature de l'avenant conventionnel « destiné à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie », les sages-femmes avaient demandé une revalorisation de leurs actes. Cependant, depuis trois ans, elles n'avaient pas réussi à établir de dialogue avec l'UNCAM à ce propos.

Ainsi, les sages-femmes libérales des Yvelines ont majoritairement refusé de participer au PRADO dans ces conditions. Elles ont communiqué les raisons de leur désapprobation aux représentants de la CPAM 78 et de l'UNCAM mais aussi à la Ministre de la Santé de l'époque, Mme Bachelot. Le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF) et les associations syndicales de sages-femmes ont soutenu la position des sages-femmes libérales par la suite (23,24). Le PRADO s'est tout de même développé dans d'autres départements que celui des Yvelines entre la fin de l'année 2010 et l'année 2011 (22).



1.4.3 Réactions des collèges et sociétés de médecins

Le CNGOF exprime son mécontentement dans un communiqué de presse le 31 Janvier 2012 (25).

En premier lieu, il n'a pas été concerté lors de l'élaboration de cette expérimentation.

Ensuite, il estime que ce programme implique « uniquement et directement » les sages-femmes libérales dont la répartition inégale sur le territoire ne permettrait pas d'assurer pleinement le PRADO.

De plus, « en imposant des réseaux de sages-femmes libérales qui ne sont pas bien coordonnés avec les maternités », le CNGOF affirme que cela va entraîner une déstructuration de l'organisation actuelle des réseaux.

Il avance également un argument économique. L'argent utilisé pour financer les conseillers d'assurance maladie du PRADO pourrait servir à financer d'autres tâches qu'il juge plus importantes, comme la réalisation d'enquêtes périnatales annuelles. D'ailleurs, d'après le CNGOF, ces conseillers représentent une personne de plus dans la prise en charge des mères, ce qui n'est pas en adéquation avec le souhait de limiter le nombre d'intervenants en périnatalité.

Enfin, le CNGOF, mais aussi la Société Française de Néonatalogie, la Société Française de Pédiatrie et la Société Française de Médecine Périnatale émettent une réserve sur les conséquences de ce programme sur la santé de la mère et de son enfant (26).

1.5 Les suites du PRADO

Le boycott des sages-femmes libérales a été l'occasion de réengager les discussions entre l'UNCAM et les syndicats professionnels. Ainsi, suite à de nombreuses négociations, un nouvel avenant est paru le 14 mars 2012 (27).

D'une part il a permis une revalorisation de la clé SF. Ainsi, l'acte SF 16 a été revalorisé à 44,8 €, l'acte SF 12 à 33,6 € et la consultation standard à 23 €.

D'autre part, il prévoyait, à la demande des sages-femmes de pouvoir assurer la continuité des soins du pré au postnatal, une expérimentation dès 2012 « dans les

départements où l'offre anténatale est insuffisamment développée ». Ainsi, un cahier des charges a été conçu par les organisations syndicales, soutenant ce projet, et l'UNCAM, donnant naissance au volet anténatal du PRADO (28).

1.6 Expérimentation du volet anténatal du PRADO

1.6.1 En quoi consiste le volet anténatal du PRADO ?

Les patientes reçoivent un courrier individualisé de la CPAM leur présentant une plaquette d'information (annexe 1), suite à leur déclaration de grossesse. Cette dernière les invite à contacter, selon leur libre choix, une sage-femme pour l'entretien prénatal. Elle les informe également que la sage-femme peut réaliser leur suivi de grossesse et les accompagner pour la PNP et leur retour à domicile en postnatal. Elle se présente sous la forme d'une brochure recto verso, le recto pour le suivi en anténatal, le verso pour le suivi en postnatal. Ce volet anténatal inclut donc également le volet PRADO. Seules les primipares sont ciblées.

La plaquette d'information n'est pas envoyée seule. La documentation classique des CPAM est également jointe dans une seconde enveloppe. Il s'agit d'une part du « guide maternité » expliquant aux mères les différentes étapes de leur grossesse mais aussi l'anesthésie péridurale, les conduites à risques etc. A noter que ce dernier informait déjà les femmes des compétences de la sage-femme (29). Le sommaire de ce guide est disponible en annexe (annexe 2). D'autre part, un dépliant dénommé « je suis suivie à domicile après mon accouchement » (annexe 3), détaillant la procédure du PRADO est également joint.

1.6.2 Départements choisis pour l'expérimentation

Le département des Yvelines a été choisi avec les départements de la Moselle et des Alpes Maritimes pour débiter cette expérimentation.

1.6.3 Mise en place du volet dans les Yvelines

Initialement, il avait été établi un protocole d'expérimentation d'une durée d'inclusion de 3 mois. L'expérimentation devait débuter en juillet et se terminer en septembre 2012 (28). Cependant un accord a été conclu entre les sages-femmes libérales et la CPAM des Yvelines en octobre 2012. L'expérimentation a été étendue à toutes les femmes, quelle que soit leur parité. De plus, pour des raisons économiques, la plaquette d'information n'est plus envoyée sous forme de courrier individualisé mais est incluse avec les autres brochures d'information de la CPAM.

Aucun texte officiel n'a été publié sur cet accord. Cependant, après entretien avec Mme Feltri, responsable du service d'accompagnement du retour à domicile de la CPAM, nous avons eu confirmation que l'expérience était toujours en cours au moment de la rédaction de notre étude. Mme Feltri nous a communiqué que 17 529 plaquettes d'information du volet anténatal du PRADO avaient été envoyées aux patientes au cours de l'année 2013.



2 Seconde partie : Présentation de l'étude et résultats

2.1 Présentation de l'étude

2.1.1 Problématique

Dans le département des Yvelines, le volet anténatal du PRADO va-t-il valoriser le rôle de la sage-femme auprès des primipares pour un suivi anténatal et postnatal, et favoriser ainsi sa place en tant que professionnel de premier recours des grossesses à bas risque ?

2.1.2 Hypothèses

Hypothèse 1 : La mise en place du volet anténatal du PRADO va permettre aux femmes d'être informées précocement sur l'offre de soin qui peut leur être proposée par les sages-femmes en anténatal et en postnatal.

Hypothèse 2 : La mise en place du volet anténatal du PRADO va augmenter le nombre d'entretiens prénataux et/ou de suivis prénataux et/ou de PNP pratiqués par les sages-femmes dans le département des Yvelines.

2.1.3 Objectifs

L'objectif principal est d'évaluer la place du volet anténatal du PRADO (expérimentation débutée par la CPAM du département des Yvelines en juillet 2012) dans l'information des femmes enceintes à propos l'offre de soin anténatale et postnatale de la sage-femme.

L'objectif secondaire est de déterminer si ce volet incite les femmes enceintes dont la grossesse est à bas risque à consulter une sage-femme pour l'ensemble de

l'offre anténatale (consultations prénatales et préparation à la naissance et à la parentalité).

2.1.4 Méthodologie

2.1.4.1 Type d'étude

L'étude réalisée est rétrospective, comparative et descriptive. C'est une étude bi centrique.

2.1.4.2 Outils

Les outils utilisés sont un questionnaire anonyme (annexe 4) ainsi que la brochure du volet anténatal du PRADO qui était jointe au questionnaire.

Le questionnaire était distribué aux patientes en précisant oralement à chacune d'entre elles qu'il ne fallait pas lire la brochure jointe avant d'arriver aux questions 27 et 28. Les femmes la lisaient donc à la fin du questionnaire pour ne pas être influencées pour les questions 1 à 26.

2.1.4.3 Populations étudiées

Deux groupes de patientes ont été comparés.

Le groupe 95 inclut des primipares affiliées à la CPAM du département du Val d'Oise (CPAM 95). Ces dernières ont bénéficié d'une campagne d'information habituelle non spécifique au volet anténatal du PRADO. Elles ont donc normalement uniquement reçu la documentation classique suite à leur déclaration de grossesse (guide maternité et brochure « je suis suivie à mon domicile après mon accouchement »).

Le groupe 78 inclut des primipares affiliées à la CPAM du département des Yvelines (CPAM 78). Ces dernières ont bénéficié de la campagne d'information expérimentant le volet anténatal du PRADO. Elles ont par conséquent normalement reçu par courrier la plaquette d'information du volet anténatal du PRADO suite à leur déclaration de grossesse, en plus de la documentation classique.

Les critères d'inclusion sont les suivants :



- Primiparité
- Affiliation à la CPAM du département concerné
- Déclaration de grossesse effectuée
- Compréhension de la langue française

Les critères de non inclusion sont les suivants :

- Antécédent de mort fœtale in utero
- Multiparité

Le critère d'exclusion est le suivant :

- Affiliation à une Caisse d'Assurance Maladie autre que la CPAM 78 ou CPAM 95.

Le PRADO a été étendu aux adhérents des caisses du Régime des Salariés Indépendants (RSI) et de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) en septembre 2013 (30). Cependant, le volet anténatal du PRADO ne concerne que les patientes affiliées à la CPAM 78, ce qui a déterminé le critère d'exclusion.

2.1.4.4 Lieux

Deux maternités ont été choisies, une par département :

- La maternité du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy dans le département des Yvelines.
- La maternité du Centre Hospitalier Victor Dupouy d'Argenteuil dans le département du Val d'Oise.

Le questionnaire a été distribué dans les salles d'attente des consultations d'obstétrique et d'anesthésie.

2.1.4.5 Description du choix des lieux

Le département du Val d'Oise dispose d'un réseau périnatal développé (réseau périnatal du Val d'Oise ou réseau RPVO) comme celui des Yvelines (réseau maternité en Yvelines et pays associés ou MYPA).

Les maternités du CHI Poissy et d'Argenteuil sont de niveau III. En 2013, 3211 naissances ont été répertoriées pour la maternité d'Argenteuil et 4593 pour la maternité de Poissy (31,32).

Le département du Val d'Oise comptait 57 sages-femmes libérales en 2013. Le département des Yvelines en comptait 122 (33).

En 2011, 19 886 naissances ont été domiciliées dans le département des Yvelines et 19 551 dans le département du Val d'Oise (34,35).

2.1.4.6 Réalisation d'un pré-test

Un test de la première version du questionnaire a été réalisé à la maternité de l'Hôpital de Sèvres auprès des patientes de SDC. Il s'est déroulé du 3 au 11 septembre 2013. Ce service a été choisi car j'y effectuais alors un stage. Neuf questionnaires ont été distribués. Ils ont permis d'évaluer la clarté et la précision des termes utilisés dans le questionnaire. Des modifications définitives ont été apportées à la version initiale.

2.1.4.7 Echantillon

L'échantillonnage s'est fait du 17 septembre 2013 au 6 janvier 2014.

Dans le département des Yvelines, 69 patientes ont été recrutées. 13 patientes ont été exclues du fait de leur non affiliation à la CPAM 78. Par conséquent, 56 ont été incluses dans le groupe 78.

Dans le département du Val d'Oise, 59 patientes ont été recrutées. 2 patientes ont été exclues du fait de leur non affiliation à la CPAM 95. 57 ont donc été incluses dans le groupe 95.



2.1.4.8 Tests statistiques

Deux logiciels ont été choisis pour effectuer les statistiques :

- Logiciel Microsoft Office Excel 2007
- Logiciel R. Les tests statistiques du χ^2 ou de Fisher ont été utilisés après avoir vérifié les effectifs attendus.

2.2 Présentation des résultats

Pour les figures, n(78) représente l'effectif pour le groupe 78 et n(95) représente l'effectif pour le groupe 95.

Il est précisé sous les graphiques l'effectif de femmes n'ayant pas répondu à la question par la mention « non réponse ».

Nous rappelons que le test statistique peut-être considéré comme significatif lorsque la valeur de p est inférieure à 0,05.

Bien que l'entretien prénatal fasse intégralement partie de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), les termes « entretien prénatal » et « PNP » ont volontairement été distingués l'un de l'autre pour plus de clarté dans la suite du travail. Le terme « PNP » fait référence dans la suite de cette étude aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité autres que l'entretien prénatal.

2.2.1 Caractéristiques de la population d'étude

2.2.1.1 Age et terme

	Groupe 78 (n = 56)	Groupe 95 (n = 57)
Age		
<18	0	2% (n = 1)
26-30	21% (n = 12)	30% (n = 17)
31-35	50% (n = 28)	40% (n = 23)
36-40	27% (n = 15)	25% (n = 14)
>41	2% (n = 1)	4 % (n = 2)
p-value		0,63
Terme		
1 ^{er} trimestre	3% (n = 2)	2% (n = 1)
2 ^{ème} trimestre	20% (n = 11)	28% (n = 16)
3 ^{ème} trimestre	77% (n = 43)	70 % (n = 40)
p-value		0,53

Tableau 1 : Age et terme des patientes

2.2.1.2 Origine ethnique

Dans le groupe 78, 63 % (35/56) des patientes sont originaires d'Amérique du Nord, Europe, Australie, Caucase. C'est le cas de 46% (26/57) des patientes du groupe 95.

Dans le groupe 78, 23% (13/56) des patientes sont originaires d'Afrique du Nord, Moyen-Orient. C'est le cas de 40% (23/57) des patientes du groupe 95.

La valeur de p est égale à 0,12.

Les autres origines ethniques sont minoritaires et sont disponibles en annexe (annexe 5).

2.2.1.3 Catégorie socioprofessionnelle

60% (34/56) des patientes du groupe 78 sont employées. C'est le cas de 58% (33/57) des patientes du groupe 95 ($p = 0,60$).

Les autres catégories socioprofessionnelles sont minoritaires et sont disponibles en annexe (annexe 6).

2.2.2 Information des femmes

2.2.2.1 Information donnée sur l'offre de soin de la sage-femme

78% (44/56) des patientes du groupe 78 et 81% (46/57) du groupe 95 considèrent avoir été informées à propos de l'offre de soin de la sage-femme.

13% (7/56) des patientes du groupe 78 et 12% (7/57) du groupe 95 considèrent ne pas l'avoir été.

9% (5/56) des patientes du groupe 78 et 4% (2/57) du groupe 95 ne se prononcent pas.

La valeur de p est égale à 0,94.

2 patientes (4%) du groupe 95 n'ont pas répondu à cette question.

2.2.2.2 Information pour chaque étape de l'offre de soin

La figure ci-dessous représente la proportion de femmes informées de la possibilité de consulter une sage-femme pour les consultations prénatales, l'entretien prénatal, la PNP et le suivi postnatal à domicile.

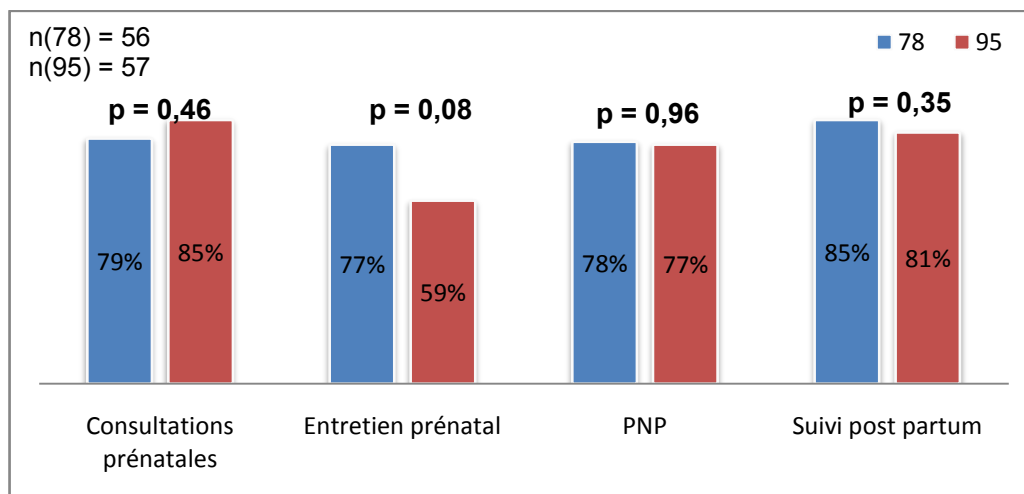


Figure 2 : Proportion de patientes informées sur l'offre de soin détaillée de la sage-femme

Non réponses

- Consultations prénatales
 - Groupe 95 : 1
- PNP :
 - Groupe 95 : 1
 - Groupe 78 : 1
- Post partum :
 - Groupe 95 : 2

2.2.3 Information des femmes par leur CPAM

Lorsque les patientes ont été avisées de l'offre de soin de la sage-femme, certaines ont répondu l'avoir été par la documentation envoyée par leur CPAM. La figure ci-dessous représente ces proportions de patientes pour chaque étape du parcours de soin.

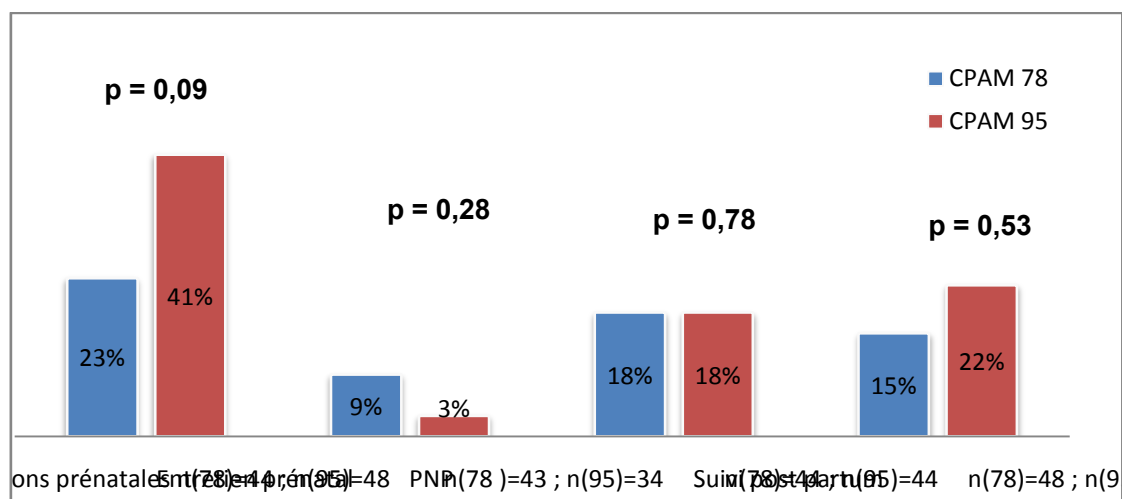


Figure 3 : Proportion de patientes informées par la documentation envoyée par leur CPAM

Concernant la plaquette d'information du volet anténatal du PRADO, 45% (25/56) des patientes du groupe 78 et 47% (27/57) du groupe 95 ne se souviennent pas l'avoir reçue.

38% (21/56) des patientes du groupe 78 et 20% (20/57) du groupe 95 ont le souvenir de l'avoir reçue.

16% (9/56) des patientes du groupe 78 et 18% (10/57) du groupe 95 ne se sont pas prononcées.

La valeur de p est égale à 0,94.

1 patiente (2%) n'a pas répondu à la question dans le groupe 78.

Voici les types de documents auxquels faisaient allusion les patientes lorsqu'elles déclaraient avoir été informées par leur CPAM une ou plusieurs fois dans le questionnaire. Il s'agissait d'une question à choix multiples.

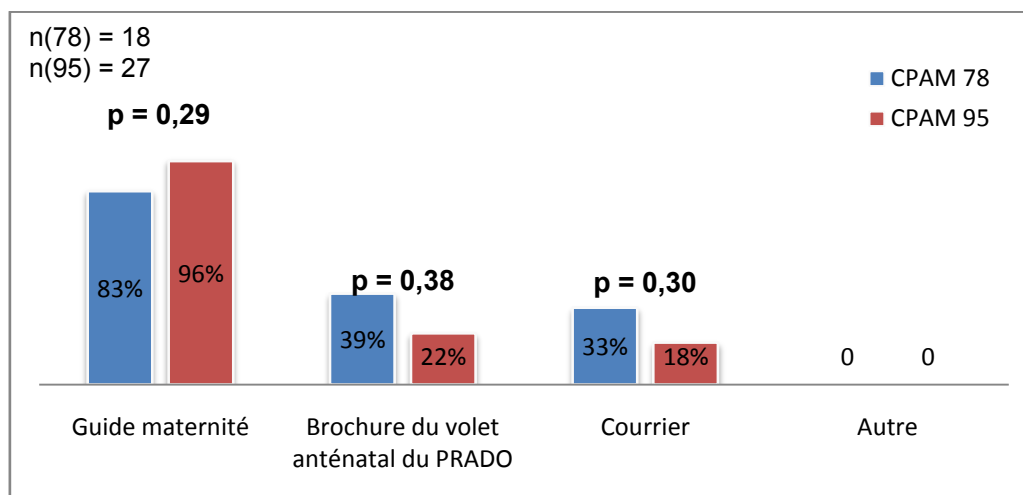


Figure 4 : Types de documents de la CPAM évoqués par les patientes

2.2.4 Les autres sources d'information des patientes

Il s'agissait d'une question à choix multiples.

La rubrique « autre » comprend notamment la presse, les applications pour smartphones et les sites internet.

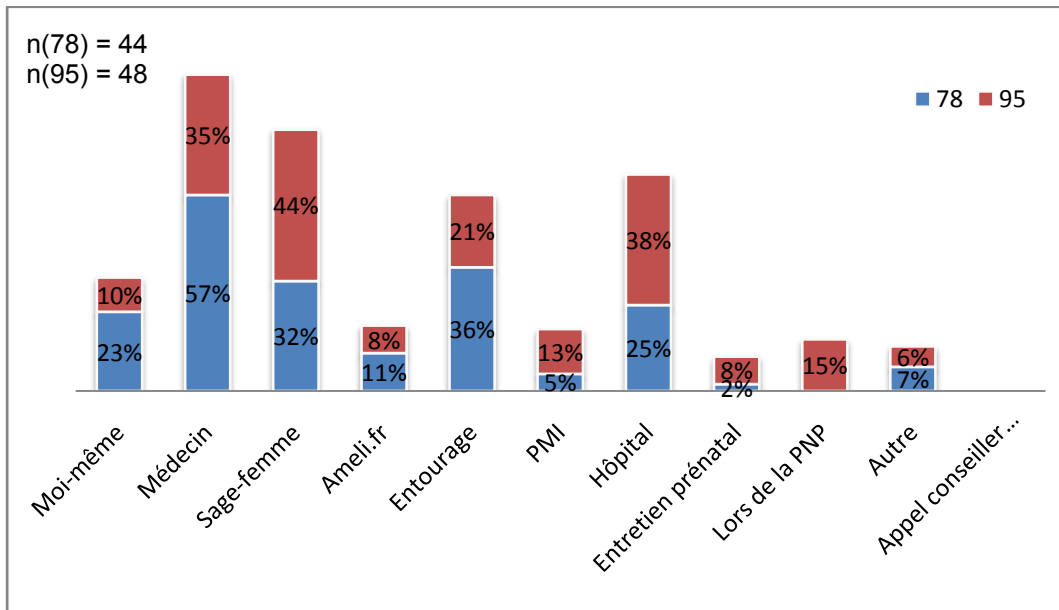


Figure 5 : Autres sources informant de la pratique des consultations prénatales par les sages-femmes

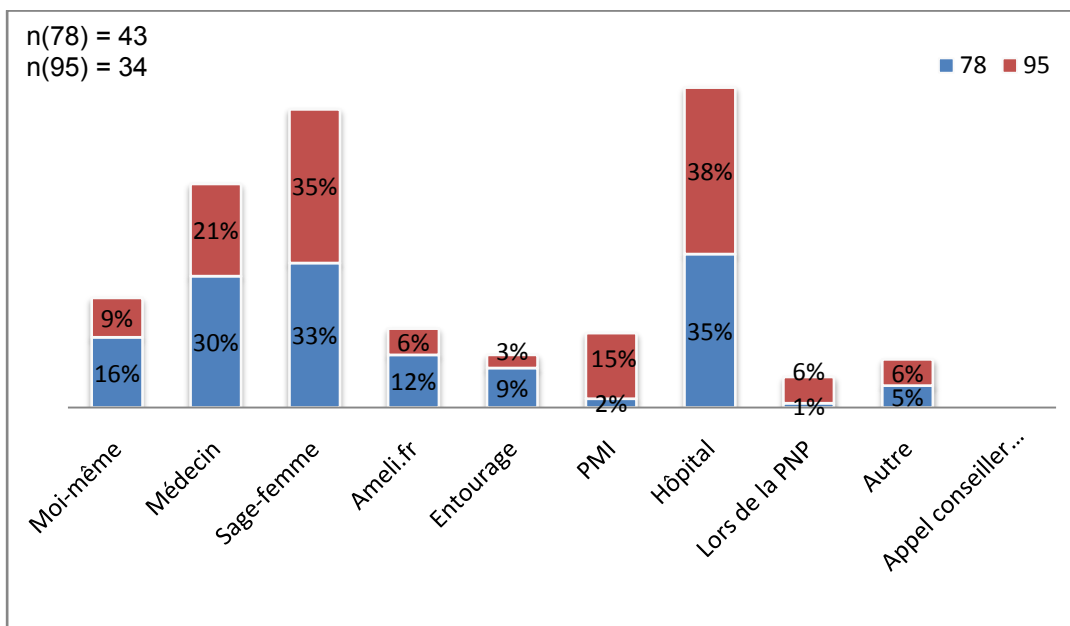


Figure 6 : Autres sources informant de la pratique de l'entretien prénatal par les sages-femmes

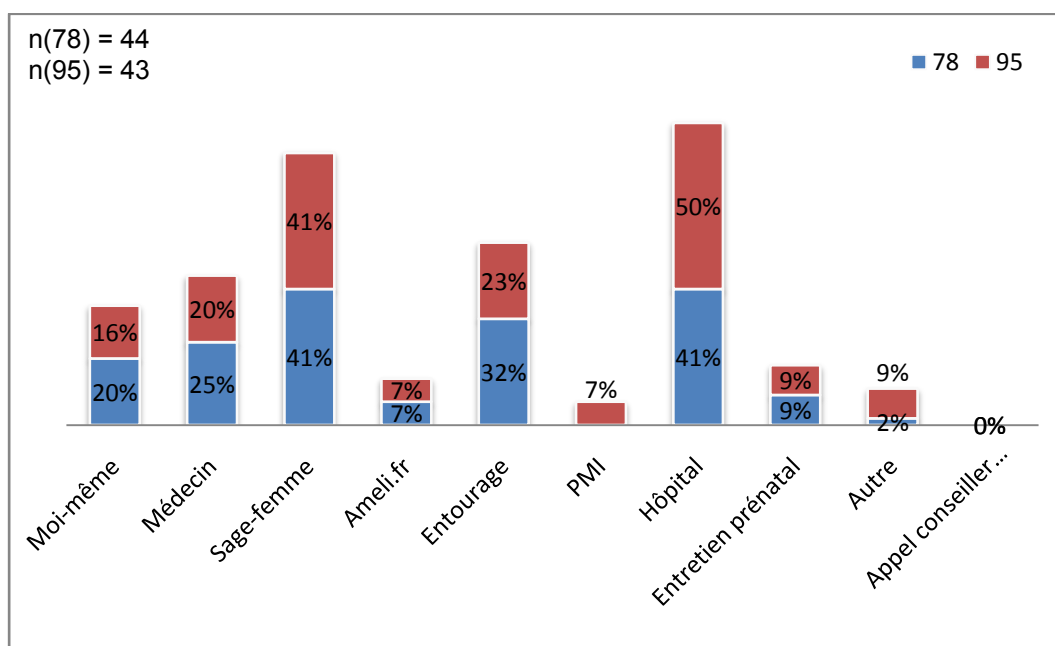


Figure 7 : Autres sources informant de la pratique de la PNP par les sages-femmes

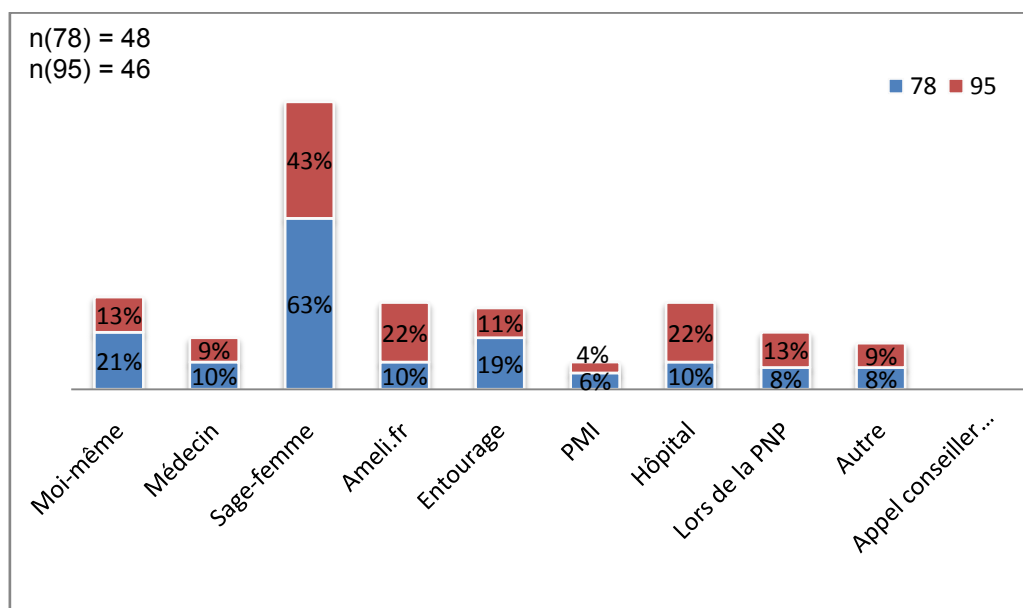


Figure 8 : Autres sources informant de la possibilité d'un accompagnement en postnatal par les sages-femmes

2.2.5 Participation à la l'entretien prénatal et à la PNP

61 % (34/56) des patientes ont bénéficié de l'entretien prénatal dans le groupe 78 contre 54% (31/57) dans le groupe 95 (p = 0,62).

55% (31/57) des patientes ont participé à la PNP dans le groupe 78, contre 40% (23/57) dans le groupe 95 (p = 0,16). Dans chacun des groupes, une patiente n'a pas répondu à cette question.

2.2.6 Professionnels consultés

2.2.6.1 Pour le suivi de grossesse

Dans les deux groupes, 77% (43/56 dans le groupe 78, 44/57 dans le groupe 95) des patientes déclarent avoir été suivies par un médecin gynécologue (p = 0,86). 2 patientes (4%) n'ont pas répondu à cette question dans le groupe 95.

43% (24/56) des patientes du groupe 78 et 44% (25/57) du groupe 95 déclarent avoir été suivies par une sage-femme (p = 1). 1 patiente (2%) n'a pas répondu à cette question dans le groupe 95.

Dans chacun des groupes, on note qu'environ 20% déclarent faire suivre leur grossesse à la fois par un médecin gynécologue et une sage-femme.

Lorsque les patientes ont été suivies par une sage-femme, le tableau ci-dessous récapitule leur secteur de provenance.

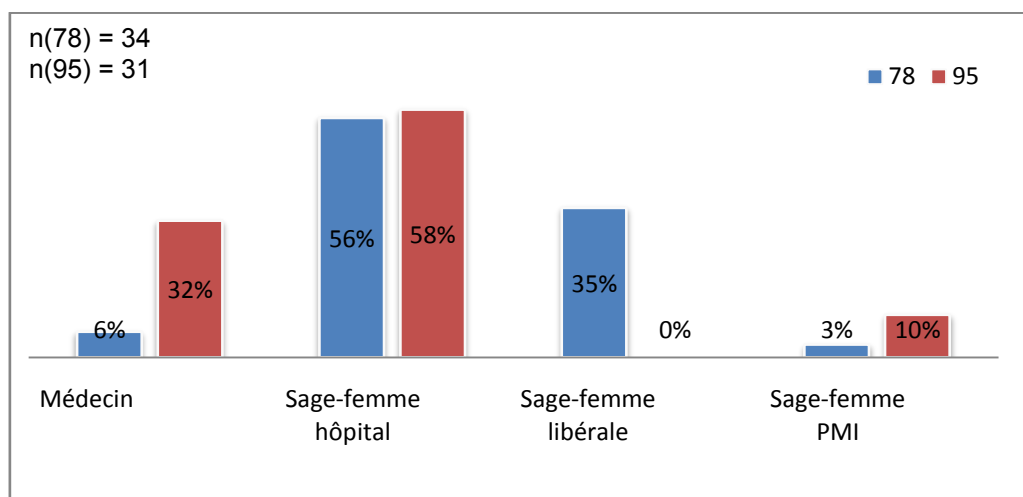
	Groupe 78 (n = 24)	Groupe 95 (n = 25)	p-value
Secteur			
Hôpital	46% (n = 11)	52% (n = 13)	0,32
Libéral	54% (n = 13)	36% (n = 9)	0,67
PMI	8%% (n = 2)	16% (n = 4)	0,89

Tableau 2 : *Secteur de provenance des sages-femmes pratiquant le suivi de grossesse*

Dans le groupe 78, deux patientes déclarent faire suivre leur grossesse par deux sages-femmes provenant de deux secteurs différents.

2.2.6.2 Pour l'entretien prénatal

Le tableau ci-dessous récapitule le professionnel consulté pour l'entretien prénatal. Lorsqu'il s'agit d'une sage-femme, son secteur de provenance est précisé.



$$p = 7,0 \times 10^{-5}$$

Figure 9 : Professionnel consulté pour l'entretien prénatal

2.2.6.3 Pour la PNP

La PNP n'a été pratiquée que par des sages-femmes. Celles-ci exerçaient soit dans le secteur libéral, soit dans le secteur hospitalier. Les proportions sont récapitulées dans le tableau ci-dessous.

	Groupe 78 (n = 31)	Groupe 95 (n = 23)
Secteur		
Hôpital	0	74% (n = 17)
Libéral	100% (n = 31)	26% (n = 6)
p-value	p = 4,0x10 ⁻⁸	

Tableau 3 : Sage-femme consultée pour la PNP



2.2.7 A propos des patientes suivies par un médecin gynécologue

Pour rappel, dans les deux groupes, 77% des patientes ont été suivies par un médecin gynécologue.

Dans le groupe 78, 70% (30/43) d'entre elles estiment ne pas avoir eu une grossesse à risque particulier, contre 66% (29/44) dans le groupe 95.

A l'inverse, 30% (13/43) des patientes du groupe 78 déclarent que leur grossesse devait nécessairement être suivie par un médecin, contre 34% (15/44) dans le groupe 95.

Les situations évoquées par les patientes ayant impliquées un suivi par un médecin gynécologue sont disponibles en annexe (annexe 7).



3 Troisième partie : Discussion des résultats

3.1 Biais et limites de l'étude

- Il existe un biais de recrutement de la population. L'effectif recruté est faible en comparaison de l'ensemble de la population des départements des Yvelines et du Val d'Oise. Il est ainsi difficile de généraliser les résultats d'un point de vue départemental.
- Notre étude est francilienne. Les résultats ne seraient peut-être pas les mêmes en province, dans les régions où la densité de sages-femmes libérales est moins importante que dans les départements des Yvelines et du Val d'Oise.
- Les données du questionnaire (questions fermées) ne permettent pas d'approfondir les notions de la même façon qu'un entretien avec les patientes.

3.2 Populations étudiées

Les statistiques permettent de conclure que les deux populations sont comparables en termes d'âge, d'origine ethnique, de catégorie socioprofessionnelle et de terme. Dans les deux groupes, les patientes ont majoritairement entre 18 et 35 ans, environ la moitié des patientes étant âgée de 26 à 30 ans. Les origines « Amérique du Nord, Europe, Caucase, Australie » et « Afrique du Nord et Moyen-Orient » prédominent. Trois quarts des patientes sont à leur troisième trimestre de grossesse au moment de l'étude. Un quart en sont à leur deuxième trimestre. Les patientes au premier trimestre représentent moins de 5% de la population. La moitié des patientes travaille en tant qu'employée.



3.3 Information des patientes

3.3.1 Information à propos de l'offre de soin de la sage-femme

Dans le département du 78 comme celui du 95, environ 80% des patientes considèrent avoir été informées à propos de l'offre de soin de la sage-femme tandis que 20% considèrent ne pas l'avoir été. Cette proportion est confirmée en détaillant chaque étape de l'offre de soin.

Il semble exister une confusion entre les termes « entretien prénatal », « PNP » et « consultation prénatale ». En effet, au cours de la distribution des questionnaires, plusieurs patientes ont explicitement demandé des précisions sur leur définition. On peut donc supposer que des femmes participent à l'entretien précoce sans savoir qu'il est ainsi intitulé. A l'inverse, il est possible que d'autres croient y avoir participé en lieu et place des consultations prénatales. L'enquête nationale périnatale 2010 de la DREES constate une progression du rôle des sages-femmes dans le suivi de grossesse (36). Elle émet néanmoins cette même réserve. En effet, elle évoque qu'« *il est possible que cette progression importante de la participation des sages-femmes provienne parfois d'une confusion entre consultation et entretien individuel précoce* ». Il est impossible de déterminer ce degré de confusion dans notre enquête.

Par ailleurs, notre étude ne permet pas de savoir si les patientes sont en contact avec une sage-femme pour une surveillance de grossesse pathologique. De la même manière, il peut exister une confusion entre cette surveillance et les termes évoqués ci-dessus.

La majorité des patientes étant au troisième trimestre de grossesse au moment de l'étude, on peut s'interroger sur le moment auquel elles ont acquis l'information. L'ont-elles acquise précocement, à savoir au début de leur grossesse ou avant leur grossesse ? Ou bien tardivement au cours du troisième trimestre ? La HAS, dans « comment mieux informer la femme enceinte », recommande de proposer le plus précocement possible les séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Elle fait référence en particulier à l'entretien prénatal qui doit systématiquement être proposé, dès le quatrième mois de grossesse (37). Seulement 30% des primipares y avaient pourtant participé en 2010. Une information tardive ne permettrait donc pas aux patientes de pouvoir profiter pleinement des possibilités d'accompagnement qui s'offrent à elles dès le début de la grossesse.

3.3.2 Les sources d'information

3.3.2.1 Information par la CPAM

Concernant la pratique de l'entretien prénatal par les sages-femmes, moins de 10% des patientes citent la CPAM comme source d'information (9% pour le groupe 78 et 3% pour le groupe 95). Pour la PNP, c'est le cas de 18% des patientes dans le groupe 78 comme dans le groupe 95. Enfin, 15 % des patientes du groupe 78 et 22% du groupe 95 déclarent avoir été informées par leur CPAM de la pratique du suivi postnatal à domicile par la sage-femme.

Concernant la plaquette d'information du volet anténatal du PRADO, à la question « avez-vous reçu cette brochure ? », la proportion des réponses est équivalente dans les 2 groupes. Environ la moitié des patientes n'a pas reçu cette brochure. Environ 35% des patientes s'en souviennent. Les 15% restant ne savent pas.

Parmi les patientes déclarant avoir été avisées par la documentation de leur CPAM, le document le plus évoqué est le guide maternité. En effet, 83% des patientes du groupe 78 et 96% du groupe 95 y font référence. Comparativement, la proportion de patientes citant le volet anténatal du PRADO est plus faible. Elle représente 39% dans le groupe 78 et 22% dans le groupe 95. On peut donc penser que le plus efficace des deux est le guide maternité.

Nous savons que le volet anténatal du PRADO ne concerne pas la CPAM 95. Pourtant un tiers des patientes de la CPAM 95 affirment avoir reçu la brochure d'information. On peut se demander si cette dernière n'est pas confondue avec une autre envoyée par la CPAM, notamment avec le dépliant « je suis suivie à domicile après mon accouchement » (annexe 3). Celle-ci a en effet un format semblable et

décrit elle aussi le PRADO avec des mots clés identiques. Peut-être existe-t-il également une confusion avec d'autres documents. Nous n'avons pas les moyens de le vérifier.

En moyenne, dans les deux groupes, 10 % des patientes déclarent avoir appris des informations sur les sages-femmes par l'intermédiaire du site ameli.fr, sur lequel nous savons que la brochure du volet anténatal du PRADO est disponible. Dans le groupe 95, une partie des 22% pensant avoir reçu cette dernière l'a peut-être effectivement lue sur ce site. Mais cela ne suffirait pas à expliquer les 35% affirmant l'avoir reçue.

Dans le groupe 78, seulement un tiers des patientes se souviennent avoir reçu la brochure et la moitié affirment le contraire. Par analogie avec les résultats du groupe 95, nous sommes amenés à nous demander si les patientes du groupe 78 affirmant l'avoir reçue ne la confondraient pas elles aussi avec un autre document.

En résumé, environ 20% des patientes ne sont pas du tout informées sur l'offre de soin des sages-femmes. Lorsqu'elles le sont (80% de la population), moins de la moitié déclarent l'avoir été par leur CPAM. Parmi ces dernières, une proportion encore moins importante déclare en avoir été avisée par la brochure du volet anténatal du PRADO.

Ainsi, notre étude met l'accent sur le peu de place qu'occupe le volet anténatal du PRADO au sein de l'information donnée aux patientes à propos de l'offre de soin de la sage-femme.



3.3.2.2 Autres sources d'information

3.3.2.2.1 Information par les professionnels de santé

Les professionnels de santé (médecins et sages-femmes) sont plus souvent évoqués que la CPAM comme sources d'information, sans jamais dépasser les 60%.

Ils ont l'avantage de pouvoir transmettre l'information oralement. Ce constat est donc probablement expliqué par le fait qu'il est plus difficile de toucher les patientes par la transmission d'informations écrites que par la transmission orale. En outre, la HAS précise dans les recommandations « comment mieux informer la femme enceinte » que « *l'information écrite complète l'information orale, elle ne s'y substitue pas* » (37). Ainsi, le volet anténatal du PRADO ne devrait pas avoir pour but la primo-information mais devrait compléter les informations déjà données oralement par les professionnels de santé.

Un mémoire mené par une étudiante sage-femme du Puy-de-Dôme en 2008 a montré un manque de connaissance des médecins généralistes à l'égard des compétences de la profession de sage-femme (38). Un autre mémoire mené par une étudiante sage-femme de Clermont-Ferrand en 2012 a abouti au même constat à propos des pharmaciens d'officine (39). On peut ainsi s'interroger sur la qualité des informations données par les professionnels de santé à propos de la profession.

3.3.2.2.2 Information par l'hôpital

On constate que l'hôpital joue un rôle dans l'information des patientes. En effet, au moins un tiers d'entre elles citent cette structure comme source en ce qui concerne la pratique par la sage-femme des consultations prénatales, de l'entretien prénatal et de la PNP. L'hôpital semble en revanche jouer un rôle moins important dans l'information sur le suivi possible en postnatal durant la grossesse (10% pour le groupe 78 et 22% pour le groupe 95).



3.3.2.2.3 Autres informateurs

Les résultats montrent qu'il existe de nombreux autres informateurs tels que l'entourage des patientes ou les médias. Dans notre étude, ces derniers sont variables d'un groupe à l'autre (figures 5, 6, 7, 8). Les informations retenues par les patientes dépendent probablement aussi de leur parcours et de leur expérience personnelle.

Cette enquête met ainsi en avant la grande diversité des sources d'information au cours de la grossesse. Celle-ci engendre-t-elle une hétérogénéité dans la qualité des informations? Les patientes sont-elles noyées sous la masse d'informations? Nous ne connaissons pas le nombre de documents écrits qu'elles reçoivent, notamment le nombre de brochures. Il est possible que la brochure du volet anténatal du PRADO en soit une parmi tant d'autres. De plus, le fait qu'elle soit jointe aux restes des brochures de la CPAM ne la valorise probablement pas. Aucune étude sur l'impact de la multiplicité des sources d'information pouvant s'appliquer à ce contexte n'est disponible dans la littérature pour pouvoir étayer ce point.

3.3.3 A propos de l'efficacité de l'information

Ces observations nous conduisent à nous interroger sur plusieurs points.

D'abord sur l'importance et la concentration qu'accordent les patientes à la lecture des brochures d'information qui leur sont envoyées. Il est possible qu'elles lisent les documents à leur réception et en oublient le contenu par la suite pour diverses raisons. Mais il est également possible que certaines ne les lisent pas du tout. On note qu'à la fin du questionnaire, il était demandé aux patientes à quel document elles avaient pensé lorsqu'elles avaient cité la CPAM comme source d'information. Près de la moitié des patientes n'ayant jamais cité la CPAM répondaient tout de même à cette question et cochaient la case « une brochure me présentant les différentes étapes du début de ma grossesse jusqu'à mon retour à domicile après mon accouchement (suivi médical, conseils santé, anesthésie péridurale, allaitement, congé maternité ...) ». Cette description correspondait au



guide maternité. Ces patientes n'ont pas été comptabilisées dans les réponses à cette question.

Cependant, cette constatation laisse supposer qu'une partie des patientes a au moins feuilleté les documents mais que le contenu ne les a pas marquées. Ces dernières ne s'en sont souvenues que lorsque les documents leur ont été détaillés. Aucun travail à ce sujet n'étant publié, les données de la littérature ne nous permettent pas d'évaluer ces hypothèses. Une étude centrée sur la réception et la lecture par les patientes des documents de la CPAM serait nécessaire.

Concernant l'efficacité du volet anténatal du PRADO, les recommandations de la HAS sur « comment mieux informer la femme enceinte », mais aussi le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dans « antenatal care », préconisent d'informer les patientes le plus précocement possible, dès le début de la grossesse (37,40). L'Assurance Maladie les respecte dans la mesure du possible. En effet, la déclaration de grossesse informe la CPAM de l'existence d'une future maternité. Selon la réglementation, celle-ci doit être faite avant 15 SA pour permettre une prise en charge à 100% des examens (41). Ainsi, lorsque la grossesse est déclarée à temps, les documents sont envoyés à la patiente au plus tard au début du deuxième trimestre. A noter qu'il serait extrêmement difficile de déterminer quand les patientes ont déclaré leur grossesse et à quel moment elles ont réellement reçu les documents de leur CPAM.

La HAS recommande également de « *fournir à toute femme enceinte des informations écrites sur la surveillance médicale de la grossesse et sur l'offre de soins locale* ». L'information doit être compréhensible et porter sur « *les services de soins disponibles, le coût des prestations, les possibilités qui lui sont proposées pour le suivi de la grossesse, la préparation à la naissance et à la parentalité, l'accouchement et les soins postnataux au sein d'un réseau ville-hôpital* » (37). La brochure du volet anténatal du PRADO informe sur les possibilités proposées autour de la grossesse puisqu'elle présente les consultations prénatales, la préparation à la naissance et à la parentalité et le suivi postnatal. Le fond de l'information est donc respecté.



Se pose alors la question de la pertinence de la présentation de l'information adoptée pour cette brochure. Ce point est développé dans la partie 3.4.1 de la discussion.

En résumé, on constate que les proportions de patientes déclarant avoir reçu par courrier la brochure du volet anténatal du PRADO sont équivalentes dans les deux groupes alors qu'elle n'est pas distribuée dans le département du Val d'Oise. De plus, la brochure est peu fréquemment citée par les patientes dans le groupe 78. Nous pouvons conclure que la mise en place du volet anténatal du PRADO ne permet pas aux femmes d'être mieux informées sur l'offre de soin qui peut leur être proposée par les sages-femmes, en anténatal et en postnatal. Nos résultats ne permettent donc pas de valider la première hypothèse.

3.4 Professionnels consultés

3.4.1 Pour les consultations prénatales

Dans les deux groupes, environ 45% des patientes sont suivies par une sage-femme. La moitié d'entre elles consulte une sage-femme du secteur hospitalier. L'autre moitié est principalement suivie par une sage-femme libérale. Les médecins gynécologues quant à eux assurent le suivi de 77% des patientes. Ils suivent donc pratiquement le double de patientes par rapport aux sages-femmes.

Dans les deux groupes, environ 20% des femmes déclarent être suivies par un médecin gynécologue et une sage-femme simultanément.

Selon l'enquête nationale périnatale de la DREES, 66,8% des patientes ont consulté un gynécologue obstétricien, et 11,7% une sage-femme en 2010 (36). Ces données ne sont pas en accord avec notre étude concernant la proportion de patientes suivies par une sage-femme. On note que cette même enquête souligne la diversité des professionnels de la périnatalité pouvant être consultés. Cependant, ces chiffres avancés par la DREES s'intéressent uniquement au principal professionnel consulté par la patiente durant sa grossesse.



Dans les deux maternités étudiées, les patientes doivent s'y inscrire précocement afin d'obtenir les rendez-vous systématiques, nécessaires à une prise en charge optimale. Dans le cadre d'une grossesse physiologique, les consultations proposées par la maternité de Poissy correspondent à la consultation d'ouverture du dossier médical et à celle du 9^{ème} mois et sont réalisées par une sage-femme. Une consultation avec un médecin anesthésiste est également prévue. Pour la maternité d'Argenteuil, les consultations sont les mêmes, à la différence que la sage-femme réalise les consultations du 8^{ème} et du 9^{ème} mois et que c'est une secrétaire médicale qui réalise l'ouverture de dossier. La consultation d'ouverture du dossier a lieu au deuxième ou au troisième trimestre de grossesse, selon les disponibilités de l'hôpital.

Dans notre questionnaire, il était précisé que les rendez-vous d'inscription à l'hôpital et les consultations du 8^{ème} et du 9^{ème} mois avec une sage-femme hospitalière n'étaient pas à considérer comme un suivi sage-femme. De fait, étant donné que ces entretiens sont obligatoires pour toutes les patientes souhaitant accoucher à l'hôpital, cette démarche visait à exclure toute confusion entre réel suivi de grossesse par une sage-femme et consultation ponctuelle par une sage-femme hospitalière. Cependant, nous rappelons la confusion évoquée précédemment entre les notions d'entretien prénatal, de consultation prénatale et de PNP qui a pu induire des réponses erronées.

3.4.2 Pour l'entretien prénatal et la PNP

Dans notre étude, l'entretien prénatal est pratiqué majoritairement par les sages-femmes ($p = 7,0 \times 10^{-5}$). Il est réalisé pour environ 60% des patientes des deux groupes par une sage-femme hospitalière. La différence observée se fait donc pour les 40% restant. En effet, dans le groupe 78, il est exercé pour 35% par une sage-femme libérale, pour 6% par un médecin et pour 3% par une sage-femme de PMI. Dans le groupe 95, il est pratiqué pour 32% par un médecin et pour 10% par une sage-femme de PMI.

Concernant la PNP, dans les deux groupes, les patientes n'ont eu recours qu'à des sages-femmes du secteur libéral et hospitalier. La PNP est pratiquée à 100% par une sage-femme libérale pour le groupe 78. Pour le groupe 95, trois quarts

des patientes ont consulté une sage-femme de l'hôpital et un quart une sage-femme libérale.

La maternité de Poissy propose l'entretien prénatal. Il existe un partenariat fort entre cette maternité et les sages-femmes exerçant en ville pour la PNP. C'est pourquoi la PNP n'y est pas proposée. Il est donc logique que seules des sages-femmes libérales aient été consultées pour le groupe 78.

Pour le groupe 95 en revanche, nous pouvons nous demander pourquoi les sages-femmes hospitalières ont davantage été sollicitées. Peut-être que les patientes ont préféré que leur grossesse soit prise en charge dans son intégralité sur un lieu unique. Nous n'avons pas le moyen de le vérifier. De plus, le nombre de sages-femmes libérales est deux fois plus important dans le département des Yvelines que dans celui du Val d'Oise. L'offre de soin des sages-femmes libérales est par conséquent moins importante dans le groupe 95 et pourrait expliquer nos résultats.

3.4.3 Lien avec le niveau de risque de la grossesse

D'une part, nous constatons dans les deux groupes qu'environ trois quarts des patientes suivies par un médecin gynécologue déclarent ne pas présenter de grossesse à risque. Ces résultats sont en accord avec les données de la HAS et du NICE. En effet, ces derniers soulignent que la majorité des grossesses est à bas risque (37,40). Notons que, dans notre étude, la notion de bas risque est basée sur le seul dire des patientes (annexe 7).

D'autre part, les patientes ont choisi majoritairement une sage-femme pour leur entretien prénatal et la PNP.

Cette multiplicité d'interlocuteurs pour le suivi d'une même grossesse est en contradiction avec les recommandations de la HAS et du NICE qui incitent à en réduire au maximum leur nombre pour une meilleure continuité des soins (37,40). Nous pouvons alors nous interroger sur les raisons du choix de ces patientes.



Nous touchons à travers nos résultats le cœur de la culture française sur les missions des sages-femmes, à savoir que cette profession est cantonnée aux seuls rôles de l'accouchement et de la préparation à la naissance et à la parentalité et que ce sont les médecins gynécologues qui suivent la grossesse. Cette méconnaissance a déjà été mise en évidence dans le mémoire d'une étudiante sage-femme en 2008 sur la connaissance de la profession par les femmes en âge de procréer. Dans cette étude, 50,6% des personnes interrogées pensent que la profession est paramédicale et 21,6% qu'elle n'a pas le droit de prescription (42). Cette étude se base sur les femmes en âge de procréer et non sur les femmes enceintes, mais elle met bien en évidence la croyance française concernant le rôle des sages-femmes dans le système de santé.

De plus, nous pouvons à nouveau nous demander si l'information sur l'offre de soin de la sage-femme a été transmise assez précocement mais aussi si le contenu en était assez explicite.

En France, la femme présentant une grossesse à bas risque est libre de choisir le référent qu'elle souhaite pour son suivi (10). Si elle n'a jamais été informée que la sage-femme peut suivre en toute autonomie une grossesse physiologique, il semble logique qu'elle ne s'oriente pas vers cette dernière. Dans ce cas, peut-on vraiment parler de libre choix ?

Dans les deux groupes, les mêmes proportions de médecins et de sage-femme, tous secteurs confondus, ont été consultés. La mise en place du volet anténatal du PRADO n'augmente donc pas le nombre d'entretiens prénataux, de suivis prénataux ni de séances de PNP pratiqués par les sages-femmes dans le groupe 78. Nous ne pouvons donc pas valider notre seconde hypothèse.



3.5 Propositions

3.5.1 Proposition d'amélioration de la plaquette d'information du volet anténatal du PRADO

Au vu des résultats de notre étude, il semble judicieux d'apporter des modifications à la plaquette d'information du volet anténatal du PRADO dans un souci d'amélioration pour un meilleur rapport qualité prix. La HAS dans son « guide méthodologique sur l'élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé » a établi des critères dont nous nous sommes aidés pour les propositions suivantes (43).

Tout d'abord, nous proposons de réduire le nombre de brochures d'information envoyées par la CPAM à une seule. Nous rappelons en effet qu'elles sont au nombre de trois (le guide maternité, le volet anténatal du PRADO et la brochure d'information du PRADO « je suis suivie à mon domicile après mon accouchement »). L'avantage serait double. D'une part les patientes n'auraient qu'un document à lire. D'autre part une économie de papier serait réalisée. Cet argent pourrait être réinvesti dans d'autres campagnes d'informations.

Ensuite, nous préconisons de cibler l'information que nous souhaitons apporter, à savoir expliquer l'offre de soin qui se présente aux femmes au cours de leur grossesse. La plaquette d'information parle de l'entretien prénatal mais ne le désigne jamais par son nom. Il faudrait nommer et définir explicitement chaque étape du suivi de grossesse par des mots clefs (« consultations prénatales », « préparation à la naissance et à la parentalité » comprenant l' « entretien précoce du quatrième mois » et les « autres séances de préparation », ainsi que le « suivi postnatal ») mais aussi identifier clairement quel professionnel peut intervenir à chaque étape. Qui plus est, il paraît essentiel de préciser, comme cela est déjà fait dans le guide maternité (page 7 du guide, disponible en annexe 10) que la sage-femme peut assurer un suivi de grossesse en toute autonomie et orientera la patiente vers un médecin si nécessaire.

Le format classique de la brochure pourrait également être changé en un format A4 qui attirerait peut-être davantage l'attention.

3.5.2 Perspectives d'avenir du PRADO

Notre étude ne permet pas de confirmer l'efficacité du volet anténatal du PRADO.

En revanche l'UNCAM a publié un point d'information le 22 octobre 2013 révélant des résultats favorables sur le PRADO (44). En effet, à cette date, on comptait plus de 120 000 adhérentes à ce programme depuis son lancement. 91% des mères ayant bénéficié de ce programme sont satisfaites de leur prise en charge. Les résultats soulignent également que les bénéficiaires de ce service sont plus nombreuses à réaliser la rééducation périnéale par la suite.

Les patientes affiliées au RSI et à la MSA peuvent désormais bénéficier de ce programme. Nous supposons qu'une étendue aux autres caisses d'Assurance Maladie porterait encore davantage ses fruits. De plus, le PRADO n'est destiné qu'aux patientes ayant accouchées par voie basse. En cas de césarienne sans complication, nous proposons qu'à leur sortie, les patientes puissent aussi se voir proposer ce programme.

Il semble ainsi incontestable que le PRADO va revaloriser le rôle de la sage-femme en postnatal. A long terme, il permettra peut-être de revaloriser son rôle au-delà du postnatal, pour le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception mais aussi pour le suivi de grossesse. Nous proposons de réaliser deux études dans cinq ans auprès des patientes ayant adhéré à ce programme pour leur premier enfant. La première s'intéresserait au professionnel qu'elles consultent par la suite pour le suivi gynécologique de prévention. La deuxième s'attacherait à étudier la continuité de leur parcours de soin lors de leur seconde grossesse menée à terme : quel a été le coordinateur principal lors de la grossesse, si elles ont compris les différentes étapes du parcours de leur grossesse.



3.5.3 Vers de nouvelles campagnes d'informations

Dans le système anglo-saxon, le NICE recommande de faire suivre les grossesses à bas risque par les sages-femmes ou les médecins généralistes qui sont les acteurs de la périnatalité de premiers recours. En cas de grossesse à risque, la patiente est alors orientée vers les médecins gynécologues-obstétriciens, acteurs de second retour (40).

D'après une revue systématique de la Cochrane en 2009 comparant « des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes » (45), le suivi des grossesses à moindre risque obstétrical par une sage-femme confère des bénéfices sans effets indésirables. C'est pourquoi elle préconise que la sage-femme soit le professionnel de premier recours pour ces grossesses.

Nous avons pu observer au cours de ce mémoire que la transmission d'une information écrite ne peut que compléter une information déjà communiquée par oral. Ainsi, seule une campagne d'information orale à visée du grand public, réalisée par exemple par une organisation telle que l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), pourrait réellement mettre en avant le suivi de qualité pouvant être réalisé par les sages-femmes. Cette campagne pourrait également sensibiliser les femmes sur les différentes étapes de la grossesse et sur l'identité des différents professionnels de la périnatalité et du suivi gynécologique de prévention se présentant à elles.



Conclusion

En conclusion, notre étude met en évidence que les patientes primipares semblent pour la majorité connaître l'offre de soin de la sage-femme à leur troisième trimestre de grossesse. Les sources d'information sont diverses. Le volet anténatal du PRADO mis en place dans le département des Yvelines n'a cependant pas montré son efficacité dans l'amélioration de la connaissance des femmes sur l'offre de soin de la sage-femme. La confusion révélée à l'égard de cette brochure dans le groupe 95 nous conduit à nous interroger sur l'efficacité de la multiplicité des sources d'information constatée.

Malgré des patientes qui semblent avisées, les résultats pour les professionnels consultés sont en accord avec les données de la littérature et confirment donc l'inégalité de la répartition de l'activité de la sage-femme en prénatal. En effet, la préparation à la naissance et à la parentalité est majoritairement pratiquée par les sages-femmes. A l'inverse, les consultations prénatales, qui sont pourtant au cœur du métier, sont principalement réalisées par les médecins gynécologues, et cela même pour les grossesses à bas risque. Cette multiplicité des interlocuteurs intervenant dans les grossesses physiologiques n'est pas en accord avec le principe de la continuité des soins des patientes.

La sage-femme, formée pour assurer un suivi médical et un accompagnement auprès des femmes demeure insuffisamment consultée. Ainsi, la campagne du volet anténatal du PRADO initiée par l'UNCAM ne peut servir à elle seule à informer les patientes. Nous préconisons son utilisation en complément d'une campagne de primo-information qui devrait débuter avant même le début de la grossesse.

Afin de valoriser les sages-femmes, l'OMS recommande aux gouvernements « *d'adopter des politiques leur permettant d'utiliser pleinement leurs connaissances et leur expertise au sein des communautés* » (46). En septembre 2013, une nouvelle stratégie nationale de santé a été proposée. Une des grandes orientations de cette dernière concerne la prévention, avec la réorganisation des soins de premier recours



et la mise en place de parcours intégrés de santé par les agences régionales de santé (47). La problématique abordée dans ce mémoire rentre dans ces objectifs. Par conséquent, si une intervention de la CPAM seule ne saurait suffire, identifier la sage-femme au sein de cette stratégie nationale de santé semblerait être une bonne opportunité de rendre cette profession plus visible auprès des femmes. Cette mesure permettrait aussi d'améliorer l'articulation entre les différents professionnels de santé pour une meilleure continuité dans le parcours de soins des femmes.



Références bibliographiques

1. CNOSF. Histoire de la profession. Adresse URL : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/index.htm (consultée le 24 janvier 2014).
2. Legifrance. *Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires*, Journal Officiel de la République Française (JORF), février 2013, n°0037 : page 2480.
3. Legifrance. *Arrêté du 13 novembre 2002 modifiant l'arrêté du 18 mars 1992 modifié relatif à l'organisation du premier cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales*, JORF, décembre 2002, n°292 : page 20795.
4. Legifrance. *Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé*, JORF, novembre 2012, n°266 : page 19838.
5. Legifrance. *Arrêté du 11 Mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme*, JORF, mars 2013, n°0074 : page 5288.
6. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Données de cadrage : démographie et activité des professions de santé. Adresse URL : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoProfAutres.htm> (consultée le 8 février 2014).
7. DREES. *La profession de sage-femme, constat démographique et projections d'effectifs*. Etudes et résultats, mars 2012, n°791: pages1-8.



8. Cours des comptes. *Le rôle des sages-femmes dans le système de soin*. Sécurité sociale 2011, septembre 2011, chapitre VI.
9. DREES. *La situation périnatale en France en 2010, premiers résultats de l'enquête nationale périnatale 2010*. Etudes et Résultats, octobre 2011, n° 775 : page 3.
10. HAS. *Recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Mai 2007. Pages 10,65-69.
11. Ameli. Vous êtes enceinte : votre grossesse. Adresse URL : <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-grossesse/la-declaration-de-grossesse.php> (consultée le 8 février 2014).
12. Nomenclature générale des actes professionnels. *Actes liés à la gestation et à l'accouchement*. 24 janvier 2014. Chapitre II : pages 76-80.
13. Molénat F. *Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité*. Rapport mission Direction Générale de l'offre de soin. Janvier 2004. Pages 2-5,10, 18-19.
14. HAS. *Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité*. Novembre 2005. Pages 7-11.
15. Ministère de la santé. *Plan Périnatalité 2005-2007, humanité, proximité, sécurité, qualité*. 10 novembre 2004. Pages 2-3.
16. Cour des Comptes. *La politique de périnatalité, l'urgence d'une remobilisation. Rapport public annuel*. Février 2012. Page 14.
17. DREES. *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement*. Etudes et résultats. Septembre 2008. n°660. Pages 1-6.



18. DREES, *Direction générale de la santé. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Enquête nationale périnatale 2010. Juillet 2011. Pages 5,6,9.
19. Legifrance. *Arrêté du 10 Décembre 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie*. 19 Décembre 2007. JORF n° 0294 : Préambule.
20. Assurance maladie Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile des Patients Hospitalisés. Le Champ de la Maternité. Adresse URL : http://www.cpam40.com/infoslettre/documents/iL40_PRADO_SF_DIAPORAMA_02_2012-2 (consultée le 10 mars 2013).
21. IRDES. *Le coût de prise en charge en hospitalisation à domicile. Questions d'économie de la santé*. Juin 2003. n°67 : pages 1-6.
22. Vayer.L. Du Prado à une prise en charge globale, de l'anténatal au postnatal. *Vocation sage-femme*. Janvier-février 2013. n°100 : pages 14-16.
23. CNOSF. Le PRADO. *La lettre du Conseil de l'Ordre*. Contact sage-femme. Février 2012. n°30 : pages 8-10.
24. Union Nationale et Syndicale des Sages-femmes. *Négociations PRADO, le point en début d'année*. Communiqué du 6 janvier 2012. Adresse URL : <http://www.unssf.org>. (consultée le 15 décembre 2012).
25. CNGOF. Le PRADO, un programme pavé de bonnes intentions. Communiqué de Presse, 31 janvier 2012 Adresse URL : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/120131_PRADO (consultée le 15 décembre 2012).
26. CNGOF, Société Française de Néonatalogie, Société Française de Pédiatrie, Société Française de Médecine Périnatale. Communiqué de presse à propos du programme PRADO de la CNAM. 31 Octobre 2012. Adresse URL :



- http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/121031_PRADO_com-presse (consultée le 15 décembre 2012).
27. Legifrance. *Arrêté du 12 Mars 2012 portant approbation de l'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales*. JORF. 14 Mars 2012. n°63 : page 4651.
 28. UNCAM. *Expérimentation de l'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés, volet maternité, avec un contact en anténatal*. Cahier des charges. Mars 2013. Pages 1-6.
 29. Ameli.fr. Le guide Maternité. Adresse URL : http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-mayenne/nos-services/le-guide-maternite_mayenne (consultée le 9 septembre 2013).
 30. Ameli.fr. PRADO gagne du terrain! Adresse URL : http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-vosges/en-ce-moment/prado-gagne-du-terrain_vosges (consultée le 20 février 2014).
 31. Centre hospitalier Victor Dupouy Argenteuil. Les chiffres de l'activité. Centre Hospitalier Argenteuil. Adresse URL : http://www.ch-argenteuil.com/les_chiffes_activite.html (consultée le 22 février 2014).
 32. CHI Poissy. Les chiffres clés 2012. Adresse URL : http://www.chi-poissy-st-germain.fr/medias/fichiers/chiffres_clefs_2012_du_chips_25_4_2013.pdf (consultée le 22 février 2014).
 33. Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Annuaire des sages-femmes libérales. Adresse URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr> février /NET/fr/xslt.aspx (consultée le 27 février 2014).
 34. INSEE. *Résumé statistique. Département Val d'Oise*. 31 janvier 2013.
 35. INSEE. *Résumé statistique. Département Yvelines*. 31 janvier 2013.



36. DREES, DGS. *Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Enquête nationale périnatale. Mai 2011. Pages 20-25
37. HAS. *Comment mieux informer les femmes enceintes. Recommandations pour les professionnels de santé*. Avril 2005. Pages 12, 17, 25, 48, 64.
38. Lorène Bertrand, *Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes : état des lieux et attentes* : Diplôme d'Etat de Sage-Femme : école de sage-femme de Toulouse : 2008.
39. Brune Gache, *Connaissance des pharmaciens d'officine à propos du droit de prescription de la sage-femme* : Diplôme d'Etat de Sage-Femme : école de sage-femme de Clermont-Ferrand : 2012.
40. NICE. *Antenatal cares. Clinical guideline*. Juin 1010. n°62 : pages 1-13.
41. Ameli.fr. La maternité. Adresse URL : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/formalites/la-maternite.php> (consultée le 18 février 2014).
42. E. Drieux. *Sage-femme, qui es-tu ? Connaissance de la profession de sage-femme par les femmes en âge de procréer* : Diplôme d'Etat de Sage-Femme : 2008.
43. HAS. *Guide méthodologique. Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé*. Juin 2008. Pages 13, 20-24.
44. UNCAM. *Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation : une montée en charge réussie sur le volet maternité, une meilleure coordination ville-hôpital sur l'orthopédie et l'insuffisance cardiaque*. Point d'information. 22 octobre 2013. Pages 1-5.



45. HATEM.M et Al. Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes. Pratiques et Organisation des Soins. Cochrane. Revue systématique. Octobre-Décembre 2009. Volume 40 n°4 : Pages 267-274.
46. Organisation Mondiale de la Santé. Faits et chiffres sur la profession sage-femme, Mai 2013. Adresse URL : <http://www.who.int/features/factfiles/midwifery/facts/fr/index4.html> (consultée le 3 janvier 2014).
47. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Extrait de la feuille de route : miser sur la déconcentration et renforcer la démocratie sanitaire. Adresse URL : <http://www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante,2869/impliquer-les-citoyens,2886/documents-de-referance,2904/extrait-de-la-feuille-de-route,16589.html> (consultée le 28 février 2014).



Annexes



ANNEXE 1 : Plaquette d'information du volet anténatal du PRADO

mon parcours d'assuré

PENDANT MA GROSSESSE

Je prépare l'arrivée de mon enfant

- Je viens de déclarer ma grossesse. **Dès à présent, je peux prendre rendez-vous pour ma 1^{ère} séance de préparation** à la naissance et à la parentalité.
- C'est un entretien individuel ou en couple.
- C'est un temps privilégié d'échange et d'écoute. J'ai la possibilité d'y exprimer tous mes besoins, en particulier mes craintes mais aussi mes attentes pour préparer au mieux mon accouchement et l'arrivée de mon bébé.
- Cette 1^{ère} séance de préparation me permet de mieux connaître la sage-femme qui pourra ensuite me prendre en charge si je le souhaite. En effet, dans le cadre de mon parcours maternité, je peux être suivie, lors de consultations ou de séances de préparation à la naissance et à la parentalité, par un professionnel de santé et notamment une sage-femme. Un conseiller de l'Assurance Maladie est à ma disposition pour m'aider dans cette démarche.

BON À SAVOIR :

Dans certains départements, l'Assurance Maladie propose aussi des **ateliers collectifs** sur la maternité. Je me renseigne au **3646***.

Je choisis le professionnel de santé qui assurera mes séances de préparation à la naissance et à la parentalité sur **ameli-direct.fr**

*Prix d'un appel local depuis un poste fixe.

l'Assurance Maladie



mon parcours d'assuré



MON RETOUR
À DOMICILE

Je suis suivie à domicile après mon accouchement



Je viens d'accoucher, je peux bénéficier
d'un service personnalisé de retour à domicile :

- Avec l'accord de l'équipe médicale, un conseiller de l'Assurance Maladie me rend visite à la maternité le lendemain de mon accouchement. Il me propose de me mettre en relation avec la sage-femme de mon choix qui me prendra en charge à mon retour à la maison. Cette sage-femme peut être celle qui a suivi ma grossesse si elle exerce en ville.
- Pour en savoir plus sur ce service, je contacte le **3646***



COMMENT M'INFORMER AU MIEUX :

- J'ouvre mon compte sur **ameli.fr** pour consulter mon espace prévention où je peux bénéficier de conseils tout au long de ma grossesse et pour mon enfant jusqu'à 6 ans.
- Pendant ma grossesse, je profite de nombreux conseils santé sur l'alimentation, l'activité physique, l'allaitement sur **ameli-sante.fr**

*Prix d'un appel local depuis un poste fixe.

JUN 2012 - CHAMPS 1205-05-12 - DCO/04-2012

UNION SOCIALE
L'Assurance
Maladie



ANNEXE 2 : Sommaire du guide maternité

Sommaire

PENDANT MA GROSSESSE

Mon suivi médical.....06

Mes bords réflexes santé.....10

Je me prépare à devenir parent.....14

Ma grossesse au travail.....16

Mon congé maternité.....17

AVANT MON ACCOUCHEMENT

Je choisis ma maternité.....22

J'anticipe les frais d'accouchement.....23

Je me renseigne sur l'anesthésie.....24

Les signes précurseurs de l'accouchement.....25

APRÈS LA NAISSANCE

Le suivi de mon enfant.....28

Le retour à la maison.....30

mon parcours d'assuré

Vous attendez un bébé

La venue de votre enfant est un événement qui va mobiliser toute notre attention.

Afin de prendre soin de votre santé et de celle de votre bébé, l'Assurance Maladie vous accompagne pendant toute votre grossesse pour qu'elle se déroule dans les meilleures conditions. Vous bénéficiez ainsi de nombreux conseils, de services et de la prise en charge de vos dépenses de santé.

Ce guide rassemble toutes les étapes importantes de votre maternité jusqu'aux premiers mois de votre enfant. Vous y retrouvez des informations utiles et pratiques à consulter à tout moment.

L'Assurance Maladie met tout en œuvre pour préparer l'arrivée de votre bébé en toute sérénité.

02

03

ANNEXE 3 : Brochure d'information « je suis suivie à domicile après mon accouchement »

mon parcours l'assuré



MON RETOUR À DOMICILE

JE SUIS SUIVIE À DOMICILE APRÈS MON ACCOUCHEMENT





Comment m'informer au mieux ?

Je choisis le professionnel de santé qui m'aide tout au long de ma grossesse (médecin traitant, sage-femme, gynécologue...) et suis mon enfant dès ses premiers pas (médecin traitant, pédiatre...) en consultant **ameli-direct.fr**

Pour retrouver chaque mois les examens et les vaccinations de mon enfant dans mon espace prévention, j'ouvre mon compte sur **ameli.fr**

L'ASSURANCE MALADIE EN LIGNE

J'appelle le **3646*** pour poser mes questions à ma caisse d'assurance maladie

*Prix d'un appel local depuis un poste fixe

Le service de retour à domicile de l'Assurance Maladie

C'est un service personnalisé entièrement pris en charge par l'Assurance Maladie. Après l'accord de mon équipe médicale, tout est organisé pour que je puisse rentrer chez moi avec mon bébé en toute sérénité.

COMMENT BÉNÉFICIER DE CE SERVICE ?

- Je reçois la visite de mon (ma) conseiller (ère) de l'Assurance Maladie à la maternité le lendemain de la naissance de mon enfant,
- Je choisis la sage-femme dans la liste qu'il me propose,
- Je signe la lettre d'adhésion à ce service,
- Le (la) conseiller (ère) prend contact avec ma sage-femme et planifie la première visite à mon domicile.

UN SERVICE QUI :

- est sans engagement de ma part : je peux y renoncer à tout moment sans incidence sur ma prise en charge. Du 1^{er} jour de mon 6^{ème} mois de grossesse jusqu'au 12^{ème} jour après la naissance, tous mes frais médicaux remboursables restent pris en charge à 100 % (dans la limite des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie).
- garantit une totale confidentialité des données me concernant, dans le respect du secret médical.

Ce service proposé par l'Assurance Maladie est en cours de déploiement pour les femmes affiliées au régime général. Il n'est pas encore proposé dans tous les établissements de soins. Pour avoir plus d'information, je me renseigne auprès d'un conseiller de l'Assurance Maladie.

Mon bébé est né

Il me tarde de pouvoir rentrer chez moi pour profiter avec lui de moments privilégiés.

mon parcours d'assuré

Dans le cadre de mon parcours d'assuré, l'Assurance Maladie me propose des offres et des services pour m'accompagner à chaque étape de ma vie.

Ainsi, je peux bénéficier d'un service pour faciliter mon retour à domicile après mon accouchement et être suivie chez moi, par la sage-femme de mon choix.

Avec ce service, l'Assurance Maladie met tout en œuvre pour que je puisse rentrer à la maison dans les meilleures conditions après la naissance de mon enfant.

Avec le service de retour à domicile, je bénéficie d'un accompagnement personnalisé

Après la naissance de mon enfant, mon(ma) conseiller(ère) de l'Assurance Maladie me rend visite à la maternité pour me proposer un accompagnement personnalisé à domicile. C'est mon interlocuteur privilégié.

MON(MA) CONSEILLER(ÈRE) DE L'ASSURANCE MALADIE

- prend contact pour moi avec la sage-femme de mon choix, pour organiser le premier rendez-vous et s'assurer de sa réalisation,
- répond à toutes mes questions liées à ce service,
- me rappelle pour un bilan de satisfaction.

Bien sûr, pour toute question d'ordre médical, je prends contact avec les professionnels de santé qui me suivent.



Dès le lendemain de mon retour à domicile, ma sage-femme assure un suivi personnalisé, adapté à mon état de santé et à celui de mon bébé.



À la naissance de mon enfant, je reçois un nouveau guide. Il me permet de me renseigner sur les premiers pas de mon enfant et les étapes de santé importantes de ses premières années.

MA SAGE-FEMME ET MON BÉBÉ

- elle m'accompagne dans la réalisation des premiers soins de bébé : soins du cordon...
- elle vérifie son bon état de santé : pesée, contrôle de l'alimentation, du transit et de la digestion...
- elle évalue son éveil et la façon dont il communique,
- elle me conseille pour le bon déroulement de l'allaitement,
- elle m'apprend à faire face aux pleurs.

MA SAGE-FEMME ET MOI

- elle aborde le vécu de mon accouchement,
- elle me suit après mon accouchement : état de santé, évolution de mon éventuelle cicatrisation, bilan péthéal...
- elle répond à mes questions et prescrit les médicaments qui me sont nécessaires : arrêt de l'allaitement...
- elle me conseille dans l'aménagement de mon environnement quotidien pour me faciliter la vie avec mon bébé en toute sécurité.
- elle m'oriente dans la réorganisation de la vie familiale.



Je retrouve les informations détaillées sur les premiers vaccins de mon bébé sur

 ameli-sante.fr



ANNEXE 4 : Questionnaire de l'étude

Bonjour,

Je m'appelle Katia Aghili et je suis étudiante sage-femme en dernière année à l'université de Versailles Saint Quentin en Yvelines.

Je réalise une étude auprès des femmes enceintes de leur premier bébé. Le but est de déterminer si elles ont eu recours aux soins d'une sage-femme pendant leur grossesse et si c'est le cas j'aimerais savoir comment elles en ont eu connaissance.

Je me permets de solliciter votre participation et vous remercie infiniment du temps que vous consacrerez à ce questionnaire. Il nécessite environ 5 minutes.

Il est totalement **anonyme**.

Informations générales

Date du jour :

1/ Quel âge avez-vous ?

- Moins de 18 ans
- Entre 18 et 25 ans
- Entre 26 et 30 ans
- Entre 31 et 35 ans
- Entre 36 et 40 ans
- Plus de 41 ans

2/ Quelle est votre principale origine ethnique ?

- Amérique du Nord / Europe / Australie / Caucase
- Afrique du Nord / Moyen Orient
- Afrique de l'ouest / Afrique centrale et de l'est / Sud de l'Afrique
- Amérique Centrale et du sud
- Sous continent Indien
- Asie du Sud Est / Asie de l'Est / Asie Centrale

3/ Quelle est la date prévue de votre accouchement :

4/ Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Retraité
- Sans activité professionnelle

5/ A quel régime de caisse appartenez vous ?

- CPAM 78
- CPAM 95
- MGEN
- RSI
- MSA
- Autre :

1



6/ De manière générale, avez-vous reçu des informations durant votre grossesse concernant le suivi médical et l'accompagnement qui peuvent vous être offerts par les sages-femmes ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

En ce qui concerne les consultations médicales dans le cadre de votre grossesse

7/ Avez-vous reçu des informations durant votre grossesse sur la possibilité de réaliser les consultations médicales de votre grossesse par une sage-femme ?

- Oui
- Non

8/ Si oui, comment avez-vous reçu ces informations ? (plusieurs réponses possibles)

- Par moi-même
- Par un médecin
- Par une sage-femme
- Sur le site internet de l'Assurance Maladie ameli.fr
- Autre site internet, presse, application smartphone
- Par un document qui m'a été envoyé à mon domicile par la Caisse d'Allocations familiales CAF ou par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
- Par un conseiller de la CPAM qui m'a appelé
- Par mon entourage
- Par le centre de PMI (Prévention Médicale et Infantile)
- Par l'hôpital
- Lors de l'entretien prénatal précoce
- Par la personne qui s'est occupée de moi lors de mes séances de préparation à l'accouchement
- Autre

9/ Avez-vous pris contact avec une sage-femme pour vos consultations médicales de grossesse? (avant le 8^{ème} mois / hors RDV d'inscription à l'hôpital)

- Oui
- Non

10/Si oui, vous êtes suivie par

- Une sage-femme libérale
- Une sage-femme de l'hôpital
- Une sage-femme de PMI

11/ Votre grossesse est-elle suivie par un gynécologue ?

- Oui
- Non

12 / Si votre grossesse est suivie par un gynécologue/obstétricien ou un médecin généraliste, y a-t-il une raison particulière ? (maladie chronique ou maladie apparue pendant la grossesse nécessitant d'être suivie par un médecin, suivi aide médicale à la procréation)

- Oui
- Non

Si oui, préciser laquelle :



En ce qui concerne l'entretien prénatal ou entretien du 4^{ème} mois

(C'est un entretien où vous pouvez poser toutes vos questions sur la grossesse, sans examen clinique, sans prescription)

13/ Vous a-t-on informé qu'un entretien prénatal peut être réalisé par une sage-femme au cours de votre grossesse ?

- Oui
- Non

14/ Si oui, comment en avez-vous eu connaissance ? (plusieurs réponses possibles)

- Par moi-même
- Par un médecin
- Par une sage-femme
- Sur le site internet de l'Assurance Maladie ameli.fr
- Autre site internet, presse, application smartphone
- Par un document qui m'a été envoyé à mon domicile par la CAF ou par la CPAM
- Par un conseiller de la CPAM qui m'a appelé
- Par mon entourage
- Par le centre de PMI
- Par l'hôpital
- Par la personne qui s'est occupée de moi lors de mes séances de préparation à l'accouchement
- Autre

15/ Avez-vous eu un entretien prénatal pendant la grossesse ?

- Oui
- Non

16/ Si oui, à quel mois de grossesse ?

- 1 mois
- 2 mois
- 3 mois
- 4 mois
- 5 mois
- 6 mois
- 7 mois
- 8 mois
- 9 mois

17/ Si oui, par qui votre entretien a-t-il été réalisé ?

- Par un médecin en ville
- Par un médecin à l'hôpital
- Par un médecin en PMI
- Par une sage-femme libérale
- Par une sage-femme de PMI
- Par une sage-femme de l'hôpital



En ce qui concerne la préparation à la naissance et à la parentalité (appelée aussi préparation à l'accouchement)

18/ Durant votre grossesse, avez-vous reçu des informations sur la préparation à la naissance et à la parentalité ?

- Oui
- Non

19/ Si oui, comment en avez-vous eu connaissance ? (plusieurs réponses possibles)

- Par moi-même
- Par un médecin
- Par une sage-femme
- Sur le site internet de l'Assurance Maladie ameli.fr
- Autre site internet, presse, application smartphone
- Par un document qui m'a été envoyé à mon domicile par la CAF ou par la CPAM
- Par un conseiller de la CPAM qui m'a appelé
- Par mon entourage
- Par le centre de PMI
- Par l'hôpital
- Lors de l'entretien prénatal
- Autre

20/ Participez-vous à des séances de préparation à l'accouchement ?

- Oui
- Non

21/ Si oui, par qui est-elle réalisée ?

- Par un médecin
- Par une sage-femme libérale
- Par une sage-femme de PMI
- Par une sage-femme de l'hôpital



En ce qui concerne le retour à domicile après votre accouchement

22/ Savez-vous qu'un suivi à domicile par une sage-femme est possible pour vous et votre bébé, après votre sortie de maternité ?

- Oui
- Non

23/Si oui comment l'avez-vous appris ? (plusieurs réponses possibles)

- Par moi-même
- Par un médecin
- Par une sage-femme
- Sur le site internet de l'Assurance Maladie ameli.fr
- Autre site internet, presse, application smartphone
- Par un document qui m'a été envoyé à mon domicile par la CAF ou par la CPAM
- Par un courrier m'expliquant le PRADO
- Par un conseiller de la CPAM qui m'a appelé
- Par mon entourage
- Par le centre de PMI
- Par l'hôpital
- Par la personne qui s'est occupée de moi lors de mes séances de préparation à l'accouchement
- Autre

24/ Avez-vous reçu des informations sur le PRADO ?

Remarque : c'est un programme récent de l'Assurance Maladie. Au cours de votre séjour en maternité, un agent de la CPAM vous rend visite pour vous mettre en relation avec la sage-femme libérale de votre choix qui pourra accompagner votre retour à domicile.

- Oui
- Non

25/ Si oui, comment avez eu connaissance du PRADO ? (plusieurs réponses possibles)

- Par moi-même
- Par un médecin
- Par une sage-femme
- Sur le site internet de l'Assurance Maladie ameli.fr
- Autre site internet, presse, application smartphone
- Par un document qui m'a été envoyé à mon domicile par la CAF ou par la CPAM
- Par un conseiller de la CPAM qui m'a appelé
- Par mon entourage
- Par le centre de PMI
- Par l'hôpital
- Lors de l'entretien prénatal
- Par la personne qui s'est occupée de moi lors de mes séances de préparation à l'accouchement
- Autre



26/ Pensez vous avoir besoin d'un suivi à domicile, pour vous et votre bébé, dans les premiers jours suivant votre sortie de maternité ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

27/ Avez-vous reçu la brochure de la CPAM ci-jointe vous invitant à prendre contact avec une sage-femme pour l'entretien prénatal et vous présentant le PRADO (document joint à la fin du questionnaire) ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

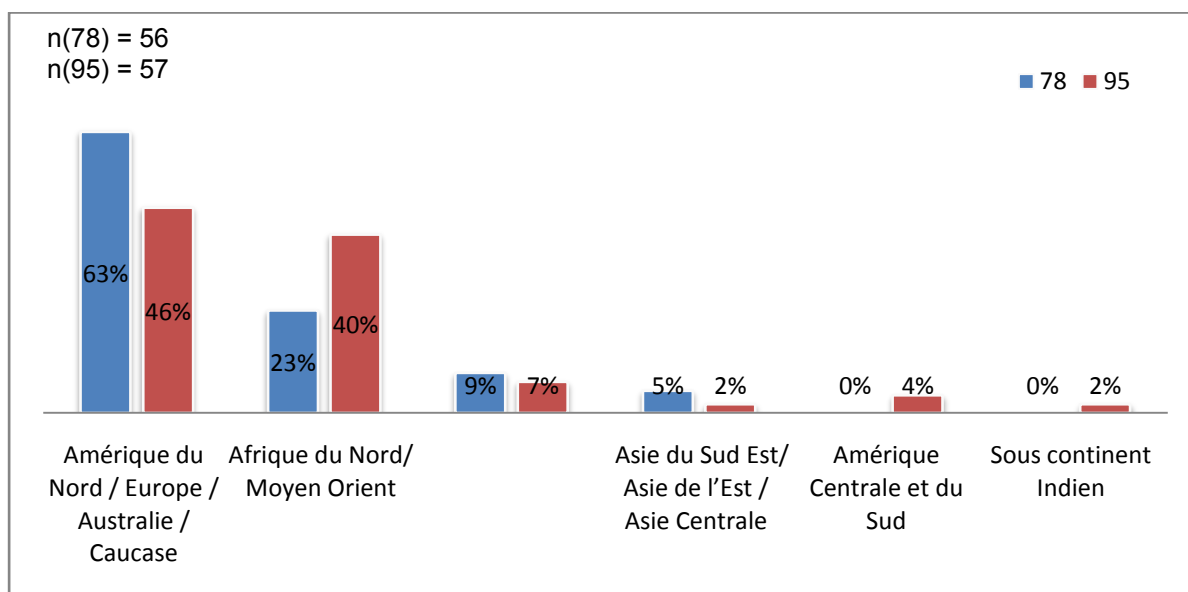
28/ Au cours des questions 8/14/19/23/25, si vous avez coché au moins une fois « Par un document qui m'a été envoyé à mon domicile par la CAF ou par la CPAM », quel(s) type(s) de document vous souvenez vous avoir reçu ? (plusieurs réponses possibles)

- La brochure jointe à la fin de ce questionnaire (2 pages)
- Une brochure me présentant les différentes étapes du début de ma grossesse jusqu'à mon retour à domicile après mon accouchement (suivi médical, conseils santé, anesthésie péridurale, allaitement, congé maternité ...)
- Un courrier
- Autre

Si vous désirez recevoir les résultats de cette étude ou pour toute question, n'hésitez pas à me le faire savoir par mail, à l'adresse suivante : katia.esf@gmail.com



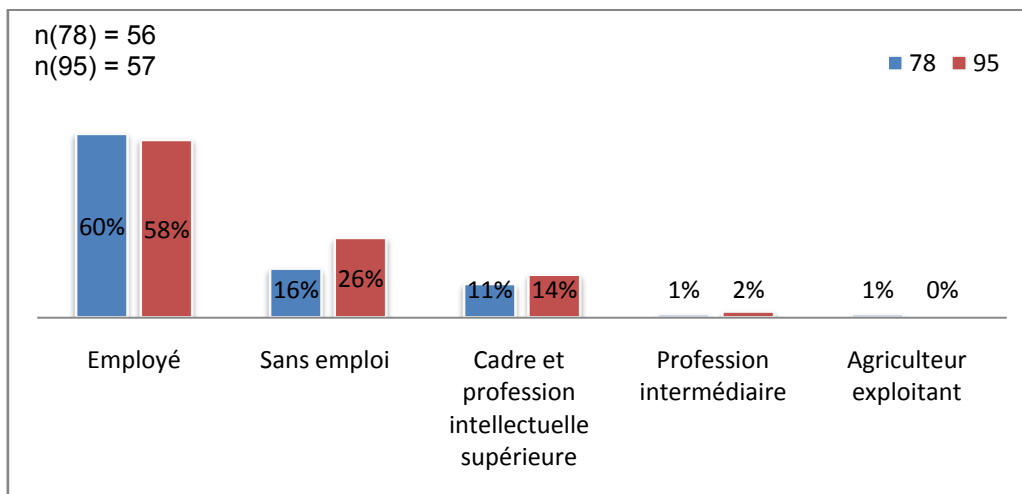
ANNEXE 5 : Origines ethniques des patientes



p = 0,12



ANNEXE 6 : Catégories socioprofessionnelles des patientes



p = 0,60

ANNEXE 7 : Situations évoquées par les femmes ayant impliquées un suivi par un médecin gynécologue

<p>Groupe 78</p> <p>n(78) = 13 (30%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Placenta praevia + col raccourci » - « Utérus unicorne + grossesse gemellaire » - « ATCD médicaux » - « Suivi génétique » - « Double arthrose sous talienne + polyarthrite rhumatoïde + maladie de Verneuil + vascularite urticarienne + maladie des grands lymphocytes » - « ATCD chirurgie gynécologique + suivi AMP » - « Problème sein + thalassémie » - « Diabète gestationnel » - « Holoprosencéphalie alobaire » <p>Non réponse : 4</p>
<p>Groupe 95</p> <p>n(95) = 15 (34%)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Petit bébé » - « Suivi AMP » (X3) - « Suivi AMP + dilatation rénale du bébé » - « Hypothyroïdie d'Hashimoto + surpoids + ATCD diabète familial » - « Drépanocytose » - « Maladie apparue pendant la grossesse » - « Kyste » - « Décollement du placenta au début de la grossesse » - « Grossesse triple » - « Grossesse gémellaire » - « Maladie de Steinert » <p>Non réponse : 2</p>



ANNEXE 8 : Pages 6-7 du guide maternité

Mon suivi médical

Un suivi médical régulier me permettra de vivre ma grossesse en toute quiétude : examens prénataux obligatoires, préparation à l'accouchement, dépistages, tout va être entrepris durant ces prochains mois pour ma santé et celle de mon bébé. Tous ces soins sont pris en charge à 100 %.

7 EXAMENS PRÉNATAUX

Une première consultation a lieu au 1^{er} trimestre, puis je consulte mon médecin ou ma sage-femme tous les mois à partir du 4^e mois. Ils s'assurent du bon déroulement de ma grossesse en surveillant ma prise de poids, ma tension, la croissance du bébé et son rythme cardiaque...

En dehors de ces examens, au moindre doute (fièvre, douleurs...), je n'hésite pas à contacter mon médecin traitant.



J'Y PENSE

Je conserve mes analyses et mes échographies pour les présenter aux consultations suivantes.

DES EXAMENS BIOLOGIQUES COMPLÉMENTAIRES

Ils me sont proposés systématiquement lors de ma grossesse. Ils permettent notamment de vérifier si je suis immunisée contre certaines maladies (toxoplasmose, hépatite B, rubéole). Ces maladies peuvent être transmises à mon bébé si je les contracte pendant ma grossesse. En fonction des résultats, un suivi médical est mis en œuvre.



3 ÉCHOGRAPHIES CONSEILLÉES

Elles permettent de surveiller le développement de mon bébé, c'est pourquoi elles doivent être faites à des dates précises.

- La première (au cours du 3^e mois) pour confirmer le terme de la grossesse et déterminer le nombre d'embryons.
- La deuxième (au cours du 5^e mois) pour analyser la morphologie et vérifier la croissance du fœtus.
- La troisième (au cours du 8^e mois) pour vérifier la présentation du fœtus et localiser le placenta.

Le professionnel de santé qui me suit peut me proposer d'autres examens en fonction de mon état de santé.

DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À MES CÔTÉS

Ma grossesse peut être suivie par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien). Si elle présente des risques particuliers, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.



Mon médecin traitant est mon interlocuteur privilégié pour coordonner mes soins.

Il détient l'ensemble des informations sur ma santé et pourra en cas de besoin me conseiller, m'orienter et faire le lien avec ma sage-femme ou mon gynécologue.

La sage-femme peut assurer en toute autonomie la surveillance de la grossesse qui ne présente pas de risque particulier. Elle assure la préparation à la naissance et à la parentalité et est à pour mon accouchement. Elle pratique l'examen postnatal et, en cas de besoin, deux séances de suivi postnatal.

Le gynécologue-obstétricien est un médecin spécialiste qui assure le suivi des grossesses présentant des risques et nécessitant un suivi médical particulier (par exemple : hypertension artérielle ou diabète, grossesse multiple, menace d'accouchement prématuré).



J'Y PENSE

Je peux consulter ma sage-femme ou mon gynécologue sans passer par mon médecin traitant.

OÙ FAIRE SUIVRE MA GROSSESSE ?

Ma grossesse peut être suivie en ville, à l'hôpital ou dans un centre de protection maternelle et infantile (PMI). Au dernier trimestre, je prends contact avec l'équipe médicale qui effectuera l'accouchement.

Si j'en ai besoin, pour des raisons médicales, psychologiques ou sociales, ces professionnels peuvent m'orienter vers d'autres spécialistes.



BON À SAVOIR

- L'exposition au distilbéne (médicament prescrit dans les années 1970). Mon médecin peut me conseiller ou m'orienter pour un avis ou une prise en charge spécifique si nécessaire.
- L'infocartouche au plomb. Selon le type d'habitation que j'occupe, mon médecin peut me proposer un dépistage selon les recommandations existantes.

Pour choisir les professionnels de santé qui m'accompagnent tout au long de ma grossesse, je consulte



ameli-direct.fr

07

* Dans la limite des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie.

06