



HAL
open science

**Le PRogramme d'Accompagnement du retour à
DOMicile (PRADO), volet maternité: perception et
évaluation par les sages-femmes libérales: enquête
menée auprès de 19 sages-femmes libérales du Sud
Finistère d'octobre à novembre 2013**

Mathilde Le Moigne

► **To cite this version:**

Mathilde Le Moigne. Le PRogramme d'Accompagnement du retour à DOMicile (PRADO), volet maternité: perception et évaluation par les sages-femmes libérales: enquête menée auprès de 19 sages-femmes libérales du Sud Finistère d'octobre à novembre 2013. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01087153

HAL Id: dumas-01087153

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01087153>

Submitted on 25 Nov 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.

ECOLE DE SAGES-FEMMES
UFR de médecine et des Sciences de la santé
BREST

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE 2014

Présenté et soutenu par :

Mathilde Le Moigne

Née le 21 octobre 1991

**Le PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile
(PRADO), volet maternité:**

Perception et évaluation par les sages-femmes libérales

Enquête menée auprès de 19 sages-femmes libérales du Sud Finistère
d'Octobre à Novembre 2013

Président du jury : Monsieur le Professeur M. Collet

REMERCIEMENTS

A Catherine Cencier, sage-femme et directrice de ce mémoire,

Pour sa disponibilité et ses conseils,

A Béatrice Lebdiri, sage-femme enseignante et guidante de ce mémoire,

Et à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Brest,

Pour leur enseignement et leur encadrement,

A Sylvie Nihouarn-Porchet, sous-directrice de la CPAM du Finistère,

Pour son aide précieuse,

Aux sages-femmes libérales du Sud Finistère

Pour avoir accepté de participer à mon étude,

A Marianne Le Floc'h, cadre supérieure du pôle mère-enfant du CHIC de Quimper,

Et à Anaïs Struillou, sage-femme,

Pour leurs relectures,

A tous les professionnels et familles rencontrés au cours de mes études,

Grâce à qui j'ai beaucoup appris

A mes parents,

A ma famille,

Pour leurs encouragements, leur présence et leur confiance tout au long de ces cinq années,

A mes tantes, Valérie et Marie-Annick,

Pour leurs bons conseils,

A toute ma promotion,

Pour ce partage de passion envers notre futur métier,

A ceux qui sont devenus mes meilleurs amis, les « SF PMI »,

Pour tous ces bons moments passés ensemble et pour tous ceux qui restent à venir...

Sommaire

Table des abréviations.....	5
I. INTRODUCTION.....	6
II. CONTEXTE DE MISE EN PLACE DU PRADO.....	8
1. Evolution du séjour en maternité.....	8
1.1. La durée moyenne de séjour	8
1.2. Principaux facteurs favorisant la diminution de la DMS en maternité	8
1.3. Une demande des femmes pour un meilleur accompagnement	9
1.4. Comparaison avec d'autres pays européens.....	10
2. Evolution de la place de la sage-femme libérale en France.....	11
2.1. Quelques chiffres	11
2.2. Pourquoi une telle progression de l'installation des sages-femmes libérales ?.....	12
3. Qu'est-ce que le PRADO ?.....	13
3.1. Définitions.....	13
3.2. Un programme controversé.....	16
III. L'ETUDE	19
1. Les objectifs	19
2. L'outil de recherche.....	19
3. La population.....	19
4. Modalités d'organisation	19
IV. RESULTATS ET ANALYSE.....	21
1. Caractéristiques de la population.....	21
2. Contexte avant la mise en place du PRADO.....	21
2.1. Pratiques avant le PRADO.....	21
2.2. Ressenti à l'annonce de la mise en place du PRADO.....	22
3. Depuis la mise en place du PRADO.....	23
3.1. Satisfaction globale.....	23
3.2. Les transmissions médicales	24

3.3.	La perception du rôle du conseiller de la CPAM.....	24
3.4.	Difficultés repérées et complications	25
3.5.	Temps de travail.....	27
3.6.	Patientes « inconnues »	29
3.7.	Critères d'éligibilité	30
3.8.	Suggestions d'amélioration par les sages-femmes libérales	31
V.	DISCUSSION.....	32
1.	Forces et limites de l'étude.....	32
1.1.	Les points forts de l'étude.....	32
1.2.	Les limites de l'étude	32
2.	Satisfaction et difficultés du PRADO : peu d'évolution depuis sa mise en place.....	33
2.1.	L'enquête de satisfaction de l'UNSSF	33
2.2.	Comparaison avec le bilan d'une première expérience à Annecy : une autre organisation possible.....	35
3.	Un premier bilan du PRADO plutôt positif d'après les données de l'Assurance Maladie.....	36
3.1.	Premier bilan national en Octobre 2013	36
3.2.	Bilan à Quimper à 20 mois d'activité	37
4.	Propositions	39
4.1.	Améliorer les transmissions	39
4.2.	Un système d'astreinte.....	41
4.3.	Elargir les critères d'éligibilité.....	41
4.4.	Favoriser un premier contact en anténatal	42
5.	Ouvertures	42
VI.	CONCLUSION.....	44
VII.	REFERENCES	45
VIII.	ANNEXES.....	49

Table des abréviations

CIANE : Collectif Inter Associatif de la Naissance

CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Sociaux

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

CPAM : Caisse Primaire de l'Assurance Maladie

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EIPP : Entretien Individuel Prénatal Précoce

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

MFP : Mutuelle de la Fonction publique

MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale

MNH : Mutuelle Nationale des Hospitaliers

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRADO : PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile

REDAC-MEP : Réseau multidisciplinaire de Diagnostic Anténatal de Cornouaille et de Médecine Périnatale

RSI : Régime Social des Indépendants

T2A : Tarification à l'activité

UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

I. INTRODUCTION

Depuis une quarantaine d'années en France, et comme dans de nombreux autres pays, la durée de séjour en maternité après une naissance ne cesse de diminuer. Les principales raisons de cette diminution en France sont surtout économiques, avec la fermeture de nombreuses maternités (1) et la rémunération des séjours hospitaliers, couplées à une demande de la part de certaines femmes.

Le post-partum est une période importante nécessitant une surveillance médicale de la mère et du nouveau-né et également un soutien à la parentalité.

Une étude, réalisée à partir des données de l'enquête nationale périnatale de 2010, montre que très peu de mères et nouveau-nés bénéficient d'un accompagnement à domicile après leur sortie de maternité (2). Nous observons cependant une demande croissante pour un meilleur accompagnement de la part des femmes, d'après une étude de la DREES en 2008 (3).

C'est pourquoi l'Assurance Maladie a créé un dispositif d'accompagnement des femmes et de leurs nouveau-nés après un accouchement physiologique : le PRADO, PRogramme d'Accompagnement de retour à DOmicile, volet maternité. Il implique deux visites à domicile par une sage-femme libérale après un séjour à la maternité d'au moins 3 jours, pour les couples mère-enfant éligibles au programme (4). Depuis la mise en place de ce dispositif, tout d'abord testé en 2010 et 2011 dans quelques départements avant d'être étendu depuis 2013 à presque l'ensemble du territoire, près de 130 000 femmes ont pu en bénéficier (5).

A sa mise en place, le PRADO était controversé. Plusieurs arguments étaient avancés tels que la disparité géographique des sages-femmes libérales, leur crainte d'être cantonnées aux visites du post-partum, la rémunération de ces visites et la rigidité des critères d'éligibilité. Malgré la controverse, aucune enquête précise, permettant de déterminer les réelles difficultés, n'est réalisée auprès des principaux intervenants, les sages-femmes libérales.

Pourtant, une première analyse, réalisée par l'Assurance Maladie auprès des usagères, permet d'établir qu'il s'agit d'un réel service pour les nouvelles mères, qui en sont pour la plus grande majorité très satisfaites (6).

Nous sommes donc partis d'un constat : des femmes à priori satisfaites, un dispositif qui prend de l'ampleur et qui est de mieux en mieux organisé à l'hôpital, mais des critiques persistantes.

Il nous paraissait intéressant d'évaluer le PRADO auprès des sages-femmes libérales, afin de connaître leur satisfaction et leur ressenti face à ce récent dispositif.

Nous avons donc mené une enquête auprès des sages-femmes libérales du secteur de Quimper dans le Sud Finistère, impliquées dans ce programme depuis 18 mois. Les objectifs étaient d'établir leur degré de satisfaction au regard de ce dispositif, mais aussi de connaître leurs difficultés.

Nous exposerons, dans un premier temps, le contexte dans lequel s'est mis en place le PRADO, puis en quoi il consiste et comment ce programme a été accueilli par les professionnels de santé.

La seconde partie sera consacrée à l'étude, aux résultats et à leur analyse.

Enfin, la troisième et dernière partie fera l'objet d'une discussion ainsi que de propositions d'amélioration de ce programme.

II. CONTEXTE DE MISE EN PLACE DU PRADO

1. Evolution du séjour en maternité

1.1. La durée moyenne de séjour

En France, la durée de séjour en maternité ne cesse de diminuer depuis une quarantaine d'années et est de nos jours deux fois plus courte que dans les années 70 (7). (Annexe I)

D'après l'analyse des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), la durée moyenne de séjour (DMS) en France pour un accouchement unique par voie basse sans complication significative est passée de 4,65 jours en 2004 à 4,27 jours en 2012 (7). Elle varie en fonction de la parité. En 2012, elle était de 4,66 jours pour une primipare et de 3,89 jours pour une multipare (8).

Une étude sur la durée de séjour en maternité après un accouchement voie basse en France (2), réalisée à partir des données de l'enquête périnatale de 2010, a montré que la DMS variait en fonction de la parité, des régions et de la politique des établissements de santé. La majorité des séjours était de 4 jours après un accouchement voie basse et les séjours inférieurs à 3 jours étaient peu fréquents. Les femmes ayant une parité élevée et celles n'allaitant pas leur enfant sortent plus souvent à J3 (J0 étant le jour de l'accouchement) ou avant. Les femmes sortent plus tôt en Ile-de-France. L'étude, réalisée avant la mise en place du PRADO, a également montré que peu de femmes bénéficiaient d'un accompagnement à domicile après leur sortie ; seulement 20 % des patientes ayant un séjour de 3 jours ou moins étaient hospitalisées dans une maternité proposant un accompagnement à domicile systématique.

1.2. Principaux facteurs favorisant la diminution de la DMS en maternité

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le raccourcissement des séjours en maternité.

1.2.1. La fermeture des petites maternités

La fermeture de nombreuses maternités ces dernières années est probablement responsable, en partie, de cette diminution de la durée de séjour.

Le nombre de maternités a commencé à diminuer à partir des années 1970. On en comptait 1370 en 1975 en France métropolitaine, puis 814 en 1996, et 535 en 2010 (1). L'objectif était de

réorganiser l'offre de soins, en concentrant les accouchements dans des centres mieux équipés et travaillant en réseau, afin d'améliorer la sécurité de la naissance. Le décret du 9 octobre 1998 (9) précise entre autres que seules les maternités réalisant plus de 300 accouchements par an seront autorisées à exercer de l'obstétrique.

Cette baisse du nombre des maternités a entraîné une réduction du nombre de lits d'hospitalisation. Entre 2001 et 2010, on a observé une diminution de 10% du nombre de lits tandis que les naissances ont augmenté de 5 % (1). Pour libérer les lits d'hospitalisation plus rapidement, il était nécessaire diminuer la durée de séjour en maternité.

1.2.2. La rémunération des séjours hospitaliers

La tarification à l'acte (T2A), mise en place en France à partir de 2004-2005, a pour principe de rémunérer les séjours courts des hôpitaux privés et publics, selon un forfait prédéfini pour chaque prise en charge, quelle que soit la durée de séjour (10). Dans l'intérêt des hôpitaux, la durée de séjour doit donc correspondre au plus près à la prise en charge définie (11).

Cette politique a donc une conséquence sur la DMS.

On peut aussi penser que la durée de séjour a diminué face à l'évolution des pratiques, avec notamment une meilleure prise en charge de la douleur. Un autre facteur pourrait être l'évolution de la société. Le congé paternité permet à la femme d'être plus soutenue lors de son retour à domicile.

La DMS en maternité en France (4,3 jours) reste pourtant très au dessus de la moyenne des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) en 2009 (3,1 jours). La France est placée 27^{ème} dans le classement des DMS les plus courtes des 32 pays de l'OCDE (12). (Annexe II)

1.3. Une demande des femmes pour un meilleur accompagnement

Du fait d'un séjour plus court en maternité, un accompagnement des femmes et des nouveau-nés est d'autant plus important à la sortie de la maternité.

En 2008, une étude de la DREES visant à évaluer la satisfaction des mères sur le suivi de leur grossesse et l'accouchement, montre qu'environ une femme sur cinq n'est pas satisfaite des informations et conseils de sortie donnés pendant le séjour à la maternité, qu'elle n'a pas été suffisamment accompagnée pour l'allaitement maternel ou reçu assez d'informations sur l'alimentation artificielle. Deux femmes sur cinq considèrent qu'elles ne sont pas bien préparées aux éventuels troubles du post-partum, et qu'elles se retrouvent isolées à leur retour à domicile. Cette

étude démontre la mauvaise connaissance des ressources mises à leur disposition à la sortie de la maternité. La durée de séjour ne semble pas être mise en cause par les femmes, puisque 75 % des femmes interrogées sont satisfaites de la durée de leur séjour (3).

Une autre étude (13) réalisée en 2012 par le Collectif Inter Associatif de la Naissance (CIANE) montre que 36 % des femmes jugent leur séjour en maternité trop long alors que 56 % trouvent la durée de séjour adaptée. Cette étude porte sur 5417 naissances, entre 2005 et 2012. Une femme primipare sur six s'est sentie désemparée ou angoissée aux cours des premiers jours passés à la maison.

En 2010, l'enquête nationale périnatale a montré que seulement 7% des accouchées ont bénéficié d'un accompagnement après leur sortie de maternité ; elles étaient 4% en 2004 (14). Cet accompagnement est essentiellement assuré par une sage-femme libérale ou une puéricultrice de la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

En juillet 2013, une revue de la littérature Cochrane (15) a cherché à déterminer un calendrier idéal pour les visites à domicile au début de la période du post-partum (jusqu'au 42^{ème} jour). Douze essais randomisés réalisés dans différents pays ont été inclus, fournissant des données pour plus de 11 000 femmes. Les différentes études apportaient des résultats assez contradictoires. La revue a finalement conclu que les visites à domicile dans le post-partum sont susceptibles de diminuer la morbidité néonatale, favoriser l'allaitement maternel et augmenter la satisfaction des mères, mais recommande d'adapter la fréquence, la durée, et le calendrier des visites, en fonction des besoins.

1.4. Comparaison avec d'autres pays européens

Il est intéressant de comparer l'organisation des sorties de maternité en France avec d'autres pays européens. Nous avons choisi de comparer la France avec deux pays : le Royaume-Uni et la Suède. Au Royaume-Uni, la DMS en maternité est très courte et place ce pays au troisième rang du classement des DMS les plus courtes des pays de l'OCDE. La Suède, quant à elle, est classée dixième sur 32 pays (16). (Annexe II)

1.4.1. En Angleterre

La DMS pour un accouchement normal au Royaume-Uni est de 1,8 jour. Les femmes accouchent parfois à domicile, ou commencent le travail chez elle, accouchent à l'hôpital et sortent souvent au bout de 6 heures en cas de grossesse et d'accouchement physiologiques. Un suivi systématique par une sage-femme pendant au moins 10 jours est mis en place. En 2010, 98 % des femmes recevaient trois à quatre visites d'une sage-femme après la naissance (17).

1.4.2. En Suède

La mortalité périnatale en Suède est une des plus faibles du Monde. Les accouchements se font en général en milieu hospitalier. Le taux d'allaitement maternel exclusif est à 98 % à une semaine de vie du nouveau-né. La durée moyenne de séjour en maternité était de 6 jours dans les années 1970 et a progressivement diminué (18). Elle s'élève aujourd'hui à 2,3 jours (2009) (12). En règle générale, pour un accouchement normal, les primipares sortent à J2, les multipares à J1 (J0 étant le jour de l'accouchement) à condition que la mère et l'enfant se portent bien. L'organisation du suivi après la sortie de maternité diffère un peu d'une région à l'autre. La plupart du temps une sage-femme peut passer à domicile autant de fois que juge utile le couple, les quatre premiers jours après l'accouchement. Les familles sont contactées par téléphone tous les jours par une sage-femme qui leur pose des questions standardisées afin d'évaluer leurs besoins. Un rendez-vous à l'hôpital peut être proposé la première semaine afin d'y réaliser les tests de dépistage (19) (20).

2. Evolution de la place de la sage-femme libérale en France

2.1. Quelques chiffres

En 2013, la France compte, 20 235 sages-femmes (21). On observe une progression de 80 % du nombre de sages-femmes depuis 1990 (22). Leur nombre a augmenté en moyenne de 3% par an de 1991 à 2000, et depuis 2000, en moyenne de 2% par an. La densité des sages-femmes a donc évolué, passant de 77 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 1991 à 127 en 2013. Pourtant, si on la compare avec la moyenne des pays de l'OCDE, celle de la France reste légèrement en dessous. D'après les indicateurs de l'OCDE, la densité des sages-femmes en France en 2009 était de 60.3 pour 100 000 femmes (tous âges confondus) contre une moyenne de 69.8 pour 100 000 femmes pour les pays de l'OCDE (23). (Annexe III)

Les sages-femmes exercent majoritairement en milieu hospitalier (74 %) mais sont de plus en plus nombreuses à s'installer en libéral. Le nombre des sages-femmes libérales, qui avait plutôt tendance à baisser jusqu'à la fin des années 1980, a triplé en 20 ans (22).

En France, dans les années 1950, près de la moitié des accouchements avaient lieu à domicile, réalisés par les médecins de famille ou les sages-femmes libérales, qui assuraient aussi le suivi de grossesse. Mais la prise en charge de la naissance a évolué, avec un élargissement de l'offre de soin hospitalière entraînant une augmentation du nombre de sages-femmes salariées et une baisse du nombre de sages-femmes libérales.

Depuis 1995, on constate une progression moyenne de 6,3 % par an des effectifs de sages-femmes libérales. En 2009, la progression a même été un peu plus importante (+ 9,1 %) (24). En moyenne, ces dernières sont plus âgées de 3 ans que l'ensemble des sages-femmes. Les sages-femmes exerçant exclusivement en libéral représentent 14% des sages-femmes en 2011. Le nombre de sages-femmes libérales devrait encore augmenter et même doubler d'ici 2030, tandis que le nombre de sages-femmes salariées devrait rester stable. D'après l'étude de la DREES de 2012, une sage-femme sur trois exercerait en libéral en 2030 (24).

La démographie des sages-femmes sur le territoire est très variable d'une région à une autre, surtout dans le secteur libéral. Les régions du Nord ainsi que la Corse sont les plus marquées par ces inégalités de répartition (24). (Annexe IV)

En 2012, l'un des principaux axes de l'avenant n°1 à la convention des sages-femmes (25) était de favoriser un meilleur accès à l'offre de soins des sages-femmes, par une meilleure répartition sur le territoire. Une carte de la France a été établie, déterminant plusieurs zones : zones sans sage femme, zones très sous dotées, zones sous dotées, zones intermédiaire, zones très dotées, zones sur-dotées, zones avec moins de 350 naissances dans l'année. Dans les zones sans sage-femme, très sous dotées ou sous dotées, des mesures d'incitation à l'installation ont été prises. A l'inverse, dans les zones sur-dotées, l'accès au conventionnement ne peut intervenir seulement si une sage-femme cesse son activité ou la réduit d'au moins 50% par rapport à son activité observée au cours des deux années précédentes.

En Bretagne, d'après les données de la CNAMTS de 2012, la majorité des secteurs est considérée comme zones intermédiaires concernant la dotation en sages-femmes libérales. En Nord Bretagne, quelques zones sont tout de même sous ou très sous dotées (Morlaix, Guingamp) voire sans sage-femme libérale (Carhaix) (26). (Annexe V)

2.2. Pourquoi une telle progression de l'installation des sages-femmes libérales ?

Cette évolution est en partie due à une augmentation du nombre total de sages-femmes et une stagnation des offres de postes en milieu hospitalier, mais aussi à une politique visant à donner plus de compétences et d'autonomie à la profession, avec l'élargissement de leurs compétences en 2009. L'envie des sages-femmes de travailler différemment peut aussi expliquer cette évolution.

De nos jours, les sages-femmes libérales ont une activité beaucoup plus variée que dans les années 1950. Les honoraires des sages-femmes libérales remboursés par l'assurance maladie représentaient 138 millions d'euros en 2009 (22). Leur activité reposait alors principalement sur les cours de préparation à la naissance (représentant à eux seuls environ la moitié des montants

remboursés, d'après les données de la CNAMTS de 2009), puis sur la rééducation périnéale (un quart des montants remboursés). Les autres activités, comprenant les consultations de suivi de grossesse physiologique, les suivis de grossesses pathologiques et suites de couches, les autres consultations, représentaient chacune seulement 5 % de l'activité des sages-femmes libérales. En 2009, les accouchements ne représentaient que 0,05% des actes pratiqués par les sages-femmes libérales. (Annexe VI)

Il est important de préciser que ces données datent de 2009, et qu'il est probable que cette répartition d'activité se soit modifiée en quatre ans. Les données actuelles ne sont pas disponibles.

Depuis 2009, l'élargissement de compétences a certainement favorisé l'installation en libéral. Une sage-femme peut aujourd'hui réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention chez une femme en bonne santé¹(27). Les sages-femmes ont bénéficié d'une revalorisation de leurs actes, en application depuis septembre 2013 : une consultation ou visite réalisée par une sage-femme est désormais facturée 23 euros (au lieu de 21 euros auparavant).

Le rapport de la Cour des comptes de septembre 2011 sur le rôle des sages-femmes dans le système de soins, précise qu'il serait judicieux de « réorienter l'activité des sages-femmes libérales vers le suivi post-natal et le suivi global », afin de « revaloriser les actes à forte responsabilité médicale » « aux dépens des actes n'impliquant aucune prise de risque (préparation à l'accouchement, rééducation périnéale)» (22). Le PRADO est donc en continuité avec ces recommandations.

3. Qu'est-ce que le PRADO ?

3.1. Définitions

Suite à l'étude de la DREES de 2008 concluant à une forte demande de la part des femmes d'un meilleur soutien après l'accouchement (3), l'assurance maladie a décidé de mettre en place un nouveau programme, le PRADO, PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile, volet maternité.

Visant une politique de soutien et d'accompagnement de ses assurés « fondée sur la gestion des risques », la CNAMTS a créé un service d'accompagnement pour les patients sortant d'une hospitalisation pour faciliter leur retour à domicile : le PRADO. Le premier volet concerne les femmes sortant de maternité, après un accouchement physiologique. Ce récent dispositif a été testé en 2010 dans les départements du Var, des Yvelines et de Haute-Savoie (28), puis expérimenté dans 26 autres

¹ Loi HPST du 21 Juillet 2009

départements en 2012 (dont le secteur du Sud Finistère), avant d'être étendu depuis 2013 à la quasi-totalité du territoire national.

3.1.1.Ses objectifs

Les objectifs de ce programme sont tout d'abord de répondre aux attentes des nouvelles mères, en offrant un accompagnement personnalisé à domicile par une sage-femme libérale après le séjour en maternité (4). Le but est d'apporter un soutien à la parentalité, de répondre aux questions et angoisses des nouvelles mères, parfois démunies au retour à domicile, face aux pleurs de leur enfant par exemple.

L'assurance maladie tient aussi compte de la diminution de la durée moyenne des séjours observée, et donc une diminution du temps d'observation du couple mère-enfant en milieu hospitalier. Ce programme a pour but une meilleure surveillance médicale de la mère et de son nouveau-né, afin de limiter les ré hospitalisations.

Le programme a pour vocation de renforcer le lien ville-hôpital.

L'objectif est également de limiter l'Hospitalisation A Domicile (HAD) aux situations pathologiques, car ce recours, coûteux, est « parfois surdimensionné par rapport aux besoins » (4). En effet, l'aspect économique est aussi à prendre en compte.

Dans le cadre du PRADO, la sortie est réalisée à partir de « J3 » pour un accouchement voie basse (J0 étant le jour de l'accouchement). Il ne s'agit donc pas d'une sortie précoce, définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2004 (29), correspondant à un retour à domicile entre J0 et J2 inclus.

Le PRADO repose sur deux principes fondamentaux : ce service, proposé à toutes les assurées éligibles, est facultatif et le libre choix du praticien est respecté.

3.1.2.Son fonctionnement

Du fait de sa mise en place récente, ce programme n'est pas encore très connu du grand public. Les femmes sont informées pendant leur grossesse par la remise d'une plaquette d'information, dans le but d'anticiper le choix de la sage-femme libérale et dans l'idéal de prendre contact avec elle en anténatal. Depuis peu, les femmes peuvent aussi se préinscrire sur le site *ameli.fr*. Cette préinscription ne les engage pas, elles peuvent se rétracter à tout moment et ne pourront dans tous les cas bénéficier du PRADO qu'après accord de l'équipe médicale pendant le séjour en maternité.

L'équipe médicale décide de leur éligibilité au PRADO, en général le lendemain de l'accouchement, en fonction des critères suivants : (4) (Annexe VII)

- Mère âgée de plus de 18 ans, sans complication ni co-morbidité
- La naissance d'un enfant unique
- Accouchement voie basse
- Nouveau-né à terme, poids en rapport avec son âge gestationnel, sans problème d'alimentation.

Le conseiller de la CPAM est informé de l'éligibilité du couple mère-enfant et de la date de sortie pressentie par l'équipe médicale. Il rend alors visite à la patiente pendant son séjour, pour l'informer et lui proposer le PRADO. Pour en bénéficier, la femme doit dépendre du régime général de la sécurité sociale ou depuis plus récemment, de la MSA, du RSI, de la MFP, de la MNH, Mutuelle générale, la MGEN.

La patiente est libre d'accepter ou de refuser. Elle a le libre choix de la sage-femme libérale parmi une liste proposée par le conseiller de la CPAM, en fonction du secteur de son domicile.

Le conseiller prend alors contact avec la ou les sage(s)-femme(s) libérale(s) choisie(s) afin de convenir d'un rendez-vous avec l'une d'entre elles au domicile de la patiente le lendemain de la sortie de la maternité, puis en informe la patiente. Le conseiller permet de faire le lien entre la patiente, la sage-femme libérale et l'établissement de santé. Il propose aussi de réaliser l'affiliation du nouveau-né.

Après autorisation de la sortie par l'équipe médicale, une feuille de transmissions médicales (propre à chaque service) est remise à la femme et destinée aux professionnels qui la suivront dans le post-partum.

3.1.3.Son contenu

Le PRADO volet maternité comprend deux visites à domicile par une sage-femme libérale : le lendemain de la sortie, puis une deuxième dans les 24 à 48 heures suivantes, décidée par la sage-femme en fonction des besoins du couple mère-enfant.

L'Assurance Maladie a mis en place un « mémo » à destination des sages-femmes basé sur les recommandations de l'HAS concernant le retour à domicile du couple mère-enfant (30). Il permet de rappeler le contenu de ces visites, en rapport avec les compétences des sages-femmes. Ces visites contiennent un examen clinique de la mère (son état général, obstétrical, recherche de complications thromboemboliques et hémorragiques, recherche d'une infection du postpartum), un soutien à la parentalité, une évaluation de son état psychologique. Les visites contiennent aussi un examen du nouveau-né en surveillant sa prise de poids, son état général, son alimentation, l'apparition d'un ictère,

l'absence de signes infectieux et en s'assurant que le dépistage néonatal a été réalisé à la maternité. Les autres objectifs de ces visites sont aussi d'être attentif au lien mère-enfant, d'accompagner l'allaitement maternel si besoin.

Si aucune complication n'est dépistée par la sage-femme au cours de ces deux visites, le suivi peut prendre fin. La sage-femme peut décider de continuer le suivi, hors PRADO, si besoin. Au contraire, si une pathologie est dépistée au cours d'une visite, et que ceci est hors champ de compétences de la sage-femme, l'enfant et/ou la mère sont alors orientés vers un autre professionnel de santé en ville ou ré-hospitalisé(s) si cela le nécessite. La prise en charge sort du cadre du PRADO (30).

Le conseiller de la CPAM s'assure que la première visite a bien été réalisée par la sage-femme, en téléphonant à la patiente les premiers jours de son retour à domicile, puis la rappelle vers le douzième jour après l'accouchement pour réaliser un bilan.

Ce suivi est pris en charge à 100% jusqu'au douzième jour après l'accouchement. Pour les sages-femmes, la cotation est SF16 soit 44.80 € la visite jusqu'au septième jour après la naissance. Au-delà, la cotation de la visite change et est de 23 euros. Elles bénéficient d'une indemnité forfaitaire de déplacement de 4 euros, ainsi qu'une indemnité kilométrique de 0.45 euros par kilomètre lorsqu'elles se rendent sur une autre commune que leur cabinet (31).

3.2. Un programme controversé

3.2.1. Des femmes satisfaites

Ce récent dispositif semble convenir aux patientes : depuis le lancement du PRADO, lors du bilan réalisé par téléphone au 12^{ème} jour, 91 % des femmes déclarent être « très satisfaites » et 9 % « plutôt satisfaites » du dispositif (6). Mais ce bilan reste succinct et peu approfondi, il ne cherche pas à savoir en quoi elles sont plus ou moins satisfaites de ce dispositif.

3.2.2. Des professionnels parfois réticents

3.2.2.1. Les sages-femmes

Les débuts du programme ont été difficiles. A la présentation du PRADO, les principaux syndicats de sages-femmes y étaient opposés et ont appelé au boycott du PRADO (32).

Les principaux problèmes qui ont été mis en avant sont la mauvaise répartition des sages-femmes libérales sur le territoire français et des critères d'éligibilité trop rigides ne concernant que les

couples mère-enfant ne présentant aucune complication. Les organisations professionnelles se sont demandé ce qu'il en était des femmes non éligibles, susceptibles d'avoir besoin d'un plus grand accompagnement (par exemple les grossesses gémellaires, les femmes ayant subi une césarienne, ou ayant eu des complications du post-partum, femmes mineures ou en situation de précarité...). Le risque du PRADO est de cantonner les sages-femmes libérales aux visites du post-partum, alors qu'elles défendent la prise en charge globale (33). La rémunération des visites était jugée insuffisante.

Les syndicats de sages-femmes et Conseil national de l'Ordre des sages-femmes y sont plus favorables aujourd'hui, du fait de la signature d'un avenant conventionnel en mars 2012. Cet avenant, comprenant trois volets, portait sur des revalorisations tarifaires, demandées depuis longtemps, sur la régulation démographique des sages-femmes, et sur le PRADO (34). L'avenant précise qu'un volet anténatal du PRADO sera expérimenté, répondant indirectement à la demande des syndicats d'une meilleure communication sur les compétences des sages-femmes auprès des usagers.

Les organisations professionnelles restent tout de même vigilantes (35).

3.2.2.2. *Les autres professionnels de santé*

En janvier 2012, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) a fait part de ses réserves quant à la mise en place du PRADO (36). Puis, en octobre 2012, dans un communiqué de presse commun, la Société Française de Médecine Périnatale, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, la Société Française de Néonatalogie, la Société Française de Pédiatrie et l'association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiants ont fait part de leurs réticences (37).

Ils dénoncent un manque de concertation avec les professionnels médicaux (obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes, les infirmières puéricultrices, la PMI...) ainsi que la non prise en compte des réseaux de santé en périnatalité existant déjà et permettant dans la plupart des départements une bonne organisation des sorties.

Ils rappellent la disparité géographique des sages-femmes libérales sur le territoire français, alors que ce sont les seuls acteurs de ce programme.

Ils pensent aussi que le conseiller de l'assurance maladie est un interlocuteur supplémentaire, extérieur au service, alors que les femmes sont déjà confrontées à de nombreux professionnels durant leur séjour.

Selon eux, le PRADO altérerait le parcours de soins du nouveau-né : « le suivi immédiat de l'enfant nouveau-né, y compris après une grossesse considérée comme a priori normale, est

généralement considéré comme un aspect particulièrement délicat de la protection maternelle et infantile, de la prévention périnatale et de la prise en charge pédiatrique » (37).

Ces professionnels de santé demandent ainsi une évaluation médicale et économique du dispositif.

Le CNGOF pense que les dépenses entraînées par ce programme devraient être utilisées pour d'autres priorités telles que le développement de l'EIPP (entretien individuel prénatal précoce), ou l'amélioration de la prévention des risques pendant la grossesse par exemple (36).

III. L'ETUDE

1. Les objectifs

Cette étude a pour but d'établir la perception et d'évaluer le degré de satisfaction des sages-femmes libérales participant au programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) depuis 18 mois et mis en place par l'Assurance Maladie.

2. L'outil de recherche

Il s'agit d'une enquête descriptive.

Elle a été réalisée à l'aide d'un questionnaire destiné aux sages-femmes libérales. Il comportait 36 questions, divisées en trois parties. (Annexe VIII)

La première partie, contenant sept questions, visait à décrire la population. La seconde partie concernait la situation avant la mise en place du programme d'accompagnement (2 questions) et la troisième interrogeait les sages-femmes sur les différents points du PRADO.

Le questionnaire comportait des questions ouvertes et fermées. Le temps estimé de réponse était de 15 minutes.

Il a été testé auprès de deux sages-femmes libérales du Nord Finistère, dans le but de l'améliorer et d'estimer le temps de réponse

3. La population

La population ciblée était la totalité des sages-femmes libérales du Sud Finistère. Elles étaient au nombre de 21 au moment de l'étude.

L'étude a été limitée au seul secteur de Quimper dans le Finistère (29) car le PRADO y a démarré en mars 2012, pendant sa période d'expérimentation, c'est-à-dire 18 mois avant notre étude.

4. Modalités d'organisation

Le questionnaire, une enveloppe timbrée pour la réponse et une lettre expliquant notre démarche, ont été adressés à chacune des sages-femmes libérales du Sud Finistère par courrier postal. Leurs coordonnées ont été trouvées sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des sages-

femmes. Ils leur ont été adressés le 1^{er} Octobre 2013, avec une demande de réponse au plus tard le 1^{er} Novembre 2013.

Un rappel téléphonique a été réalisé le 16 octobre 2013 pour les sages-femmes n'ayant pas répondu. Deux d'entre elles n'avaient pas reçu le courrier, nous avons donc renvoyé un questionnaire par courrier et l'autre par mail. Un second rappel a été effectué le 30 Octobre.

Le recueil s'est terminé le 18 Novembre 2013.

IV. RESULTATS ET ANALYSE

1. Caractéristiques de la population

19 sages-femmes sur 21 ont renvoyé le questionnaire. Elles n'ont pas toutes répondu à l'ensemble des questions.

La totalité des sages-femmes ayant répondu était des femmes. L'âge varie entre 25 et 63 ans, avec une moyenne d'âge de 41 ans.

On remarque que près de la moitié (n=10) des sages-femmes du Sud Finistère sont installées depuis moins de 5 ans. Cela montre que les sages-femmes libérales sont en pleine expansion. Cette évolution locale corrobore totalement celle au niveau national. Le Sud Finistère est considéré comme « zone intermédiaire » en matière de dotation des zones d'emploi en sages-femmes libérales en 2012 (26).

Trois sages-femmes nous ont signalé s'être installées en libéral après la mise en place du PRADO.

2. Contexte avant la mise en place du PRADO

2.1. Pratiques avant le PRADO

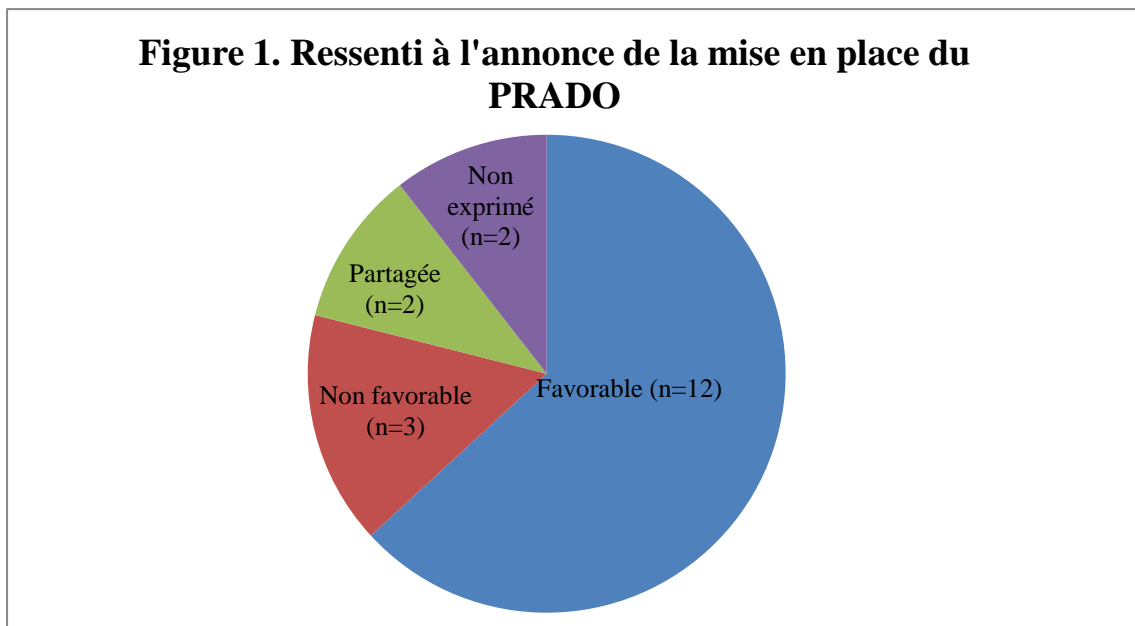
16 sages-femmes ont répondu aux questions concernant leurs pratiques avant le PRADO. Ces 16 sages-femmes réalisaient toutes déjà des visites à domicile et des consultations au cabinet dans le post-partum avant la mise en place du PRADO.

Six d'entre elles réalisaient ces consultations ou visites de façon systématique pour les patientes dont elles avaient suivi la grossesse ; les autres sages-femmes les réalisaient en fonction de la demande des patientes.

Pour la plupart (n=14), les consultations dans le post-partum étaient destinées à la surveillance du nouveau-né et de l'accouchée.

Le calendrier de ces consultations était assez variable d'une sage-femme à une autre, et aussi en fonction de la demande des patientes. 12 sages-femmes les réalisaient la semaine suivant la sortie de la maternité, 4 plus tard, dans le premier mois.

2.2. Ressenti à l'annonce de la mise en place du PRADO



Une majorité de sages-femmes libérales y était favorable : sur les 17 réponses exprimées, 12 sages-femmes ont répondu qu'elles étaient favorables, 2 étaient partagées, et 3 étaient défavorables.

Différents arguments ont été exprimés dans ces trois catégories.

Les sages-femmes favorables à la mise en place du PRADO considéraient qu'il permettrait « une meilleure prise en charge des patientes dans le post-partum », avec un « accès aux soins facilité pour les femmes non suivies par une sage-femme libérale » en anténatal. L'une pense que le PRADO est un moyen de diminuer « l'isolement des femmes démunies face à leur bébé », une autre pense qu'il peut « rassurer les patientes », ou encore que le programme apporte un « soutien à l'allaitement maternel, une aide aux primipares ». La notion majeure se dégageant est l'accessibilité renforcée au suivi postnatal à domicile.

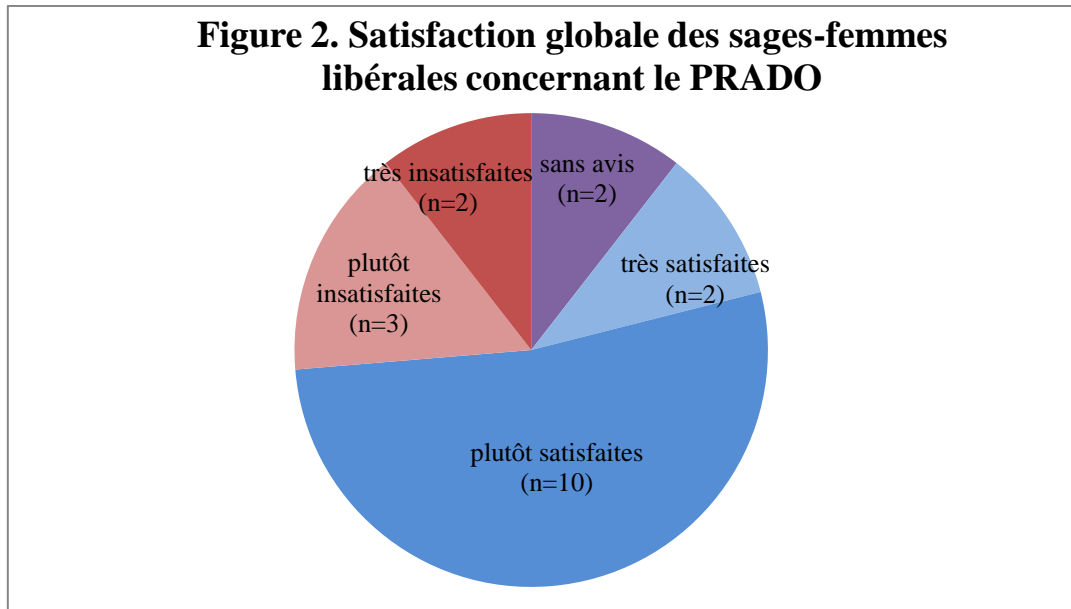
Une des sages-femmes mitigées y était favorable pour que « toutes les femmes puissent en bénéficier » mais pour elle-même et ses patientes elle dit « je ne voyais pas ce que ça pouvait m'apporter de plus car je fais déjà ça depuis 10 ans ». La deuxième trouvait que les deux consultations proposées étaient « trop rapprochées » mais que cependant le PRADO pouvait être « rassurant pour les patientes ».

Deux sages-femmes, défavorables à la mise en place du PRADO, n'y voyaient « pas d'intérêt ».

Deux sages-femmes n'ont pas répondu à cette question, l'une parce qu'elle s'est installée après le PRADO, la seconde parce qu'elle était « sans opinion ».

3. Depuis la mise en place du PRADO

3.1. Satisfaction globale



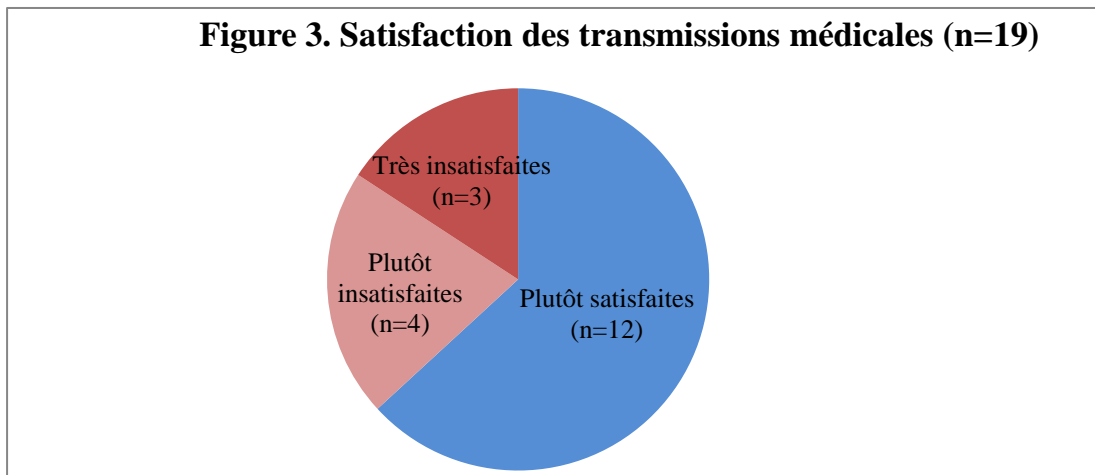
Près des 2/3 des sages-femmes libérales (n=12) sont « plutôt satisfaites » ou « très satisfaites » du PRADO, d'une manière générale. Près d'1/4 des sages-femmes sont « plutôt insatisfaites » ou « très insatisfaites ».

Près de 3 sages-femmes sur 5 (n=11) pensent que le PRADO facilite la prise de contact avec une sage-femme, plus de la moitié (n=10) pensent qu'il permet une meilleure reconnaissance des compétences de la sage-femme. Seulement 3 sages-femmes trouvent que le PRADO a été un moyen de mettre à jour leurs compétences.

Les 3 sages-femmes non favorables au PRADO à sa mise en place sont aujourd'hui « plutôt insatisfaites » ou « très insatisfaites » de ce programme. Leur sentiment n'a donc pas évolué. Une des sages-femmes mitigées est aujourd'hui « plutôt insatisfaite dans [sa] pratique quotidienne car plus de contraintes pour [elle] et côté administratif pesant ».

La plupart des sages-femmes (n=17) interrogées informent en prénatal les femmes de l'existence du PRADO, soit pendant les consultations prénatales, soit au cours des séances de préparation à la naissance. Seulement 2 sages-femmes n'en parlent pas en prénatal. L'une a répondu précédemment qu'elle était plutôt insatisfaite du PRADO, la seconde qu'elle était sans opinion.

3.2. Les transmissions médicales



Près des 2/3 des sages-femmes sont « plutôt satisfaites » des transmissions médicales (n=12), et 1/3 sont « plutôt insatisfaites » (n=4) ou « très insatisfaites » (n=3).

18 sur 19 sages-femmes pensent qu'il y a des améliorations à apporter.

Sept souhaiteraient que la feuille de transmissions soit améliorée, l'une considère qu'elle n'aborde pas assez le côté psychologique et la relation mère-enfant (exemplaire en annexe 7). Les principales remarques concernent les difficultés à obtenir ce document, parfois non donné par l'équipe médicale ou perdu par les patientes. Actuellement, il s'agit du seul moyen de transmissions d'informations médicales. Les sages-femmes voudraient que ce point particulier soit amélioré.

2/3 souhaiteraient un entretien téléphonique avec une sage-femme de suites de couches pour certaines patientes (n=13). Une sage-femme suggère la création d'un poste de sage-femme hospitalière coordinatrice faisant le lien entre l'hôpital et les sages-femmes libérales. L'une trouve qu'elles ont « moins de contact avec l'équipe hospitalière ».

3.3. La perception du rôle du conseiller de la CPAM

L'intervention du conseiller de la CPAM avait fait l'objet de critiques à la mise en place du PRADO. Cela venait principalement du fait qu'il ne fasse pas partie du personnel hospitalier et qu'il soit un intervenant supplémentaire.

18 sages-femmes sur 19 sont « très satisfaites » ou « plutôt satisfaites » de leurs liens avec le conseiller de la CPAM.

Leurs remarques sont dans l'ensemble très positives : « très aimables, à l'écoute », « agréables, efficaces et disponibles », cependant certaines trouvent dommage qu'ils ne soient pas

joignables l'après-midi, et qu'ils soient parfois trop « insistants », car il n'est pas facile de toujours répondre à leurs appels rapidement.

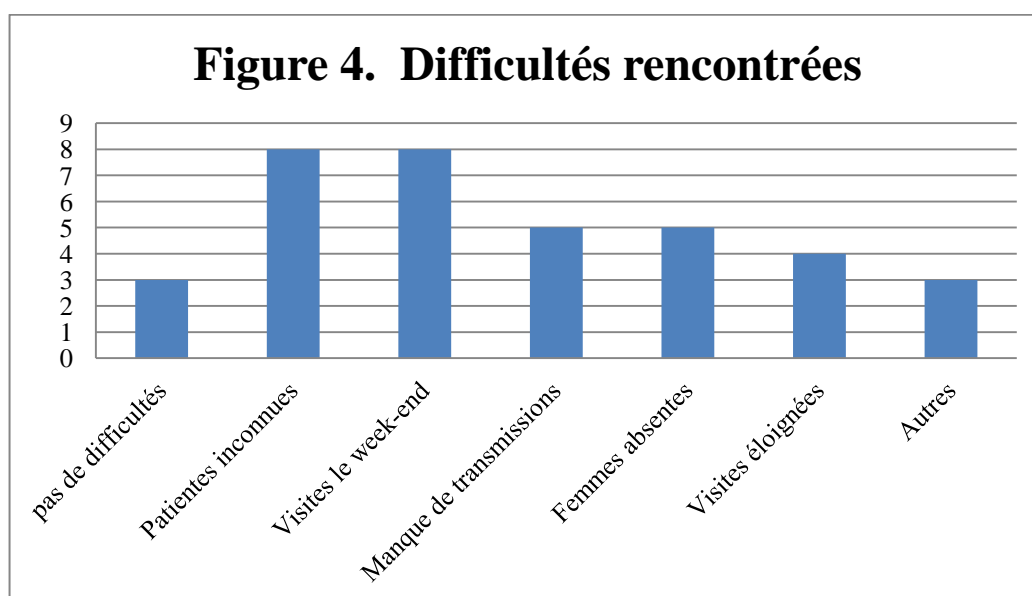
Une seule sage-femme se dit être « très insatisfaite », elle pense qu'il y a un « manque de fluidité, car c'est une tierce personne qui prend rendez-vous entre deux personnes ».

Dans notre étude, le conseiller semble plutôt bien intégré auprès des sages-femmes libérales.

3.4. Difficultés repérées et complications

Concernant ces questions, plusieurs réponses étaient autorisées.

3.4.1. Difficultés du PRADO



3 sages-femmes n'éprouvent pas de difficultés particulières.

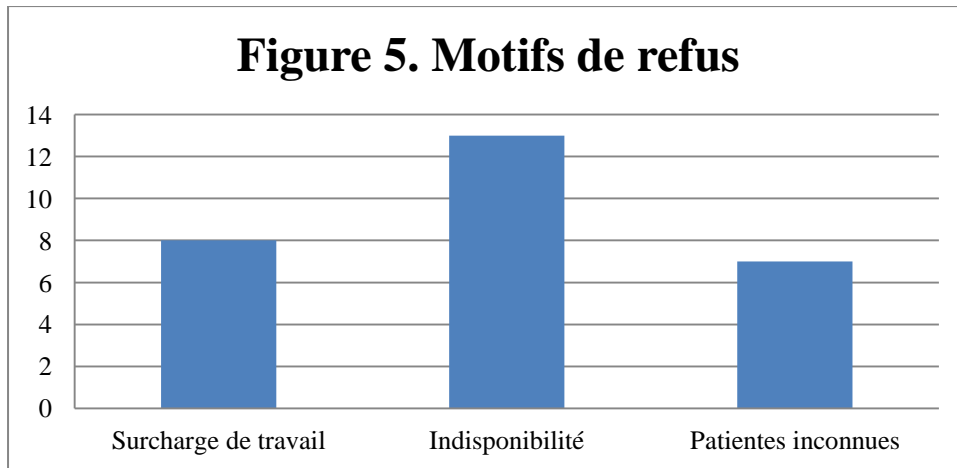
Pour les 16 autres sages-femmes, les principales difficultés évoquées sont les patientes non suivies en anténatal (n=8), les visites le week-end (n=8), puis viennent le manque de transmissions (n=5), les femmes absentes lors des visites (n=5) et les visites éloignées géographiquement (n= 4).

Parmi les autres difficultés, une sage-femme évoque des difficultés d'organisation, elle explique : « les visites se rajoutent de façon aléatoire en nombre et n'importe quand dans la semaine ». Aucune sage-femme n'a coché les complications néonatales ou maternelles, elles ne les considèrent pas comme une difficulté.

On constate donc que les difficultés mises en avant par les sages-femmes sont principalement d'ordre organisationnel.

3.4.2. Les refus de patientes

16 sages-femmes sur 19 sont parfois obligées de refuser des patientes entrant dans le programme PRADO.



Le motif principal de refus, coché par 13 sages-femmes sur 16, est leur indisponibilité. Les autres motifs sont une surcharge de travail selon 8 sages-femmes et les patientes inconnues selon 7 sages-femmes.

Il faut noter tout de même que la plupart ne refusent que « rarement » des patientes du PRADO (n=13). Seules deux sages-femmes refusent « régulièrement » des patientes et une sage-femme nous précise qu'elle refuse systématiquement les patientes inconnues. Les 3 autres ne refusent aucune patiente.

3.4.3. Complications néonatales et maternelles

Concernant les complications d'ordre médical, plus des 2/3 des sages-femmes (n=13) ont dépisté au moins une complication chez la mère ou chez le nouveau-né.

Les principales complications néonatales retrouvées sont une prise de poids insuffisante (9 sages-femmes), un ictère majeur (2 sages-femmes), une sténose du pylore (1 sage-femme).

Pour les complications maternelles, il s'agit principalement d'hypertension artérielle (3 sages-femmes), de dépressions du post-partum (2 sages-femmes), d'infections urinaires (2 sages-femmes), d'une phlébite (1 sage-femme), d'une rétention placentaire (1 sage-femme).

11 sages-femmes pensent que sans le PRADO, ces complications n'auraient pas été dépistées ou auraient été dépistées plus tardivement.

Près du 1/3 des répondantes (n=6) a été confronté à des ré-hospitalisations de nouveau-nés, de patientes ou des deux.

Le PRADO valorise donc les sages-femmes dans leurs responsabilités médicales.

En cas de difficultés psycho-sociales repérées, 11 sages-femmes sur 19 disent « toujours » travailler en lien avec la PMI, les autres travaillent « occasionnellement » en lien avec la PMI. (n=8)

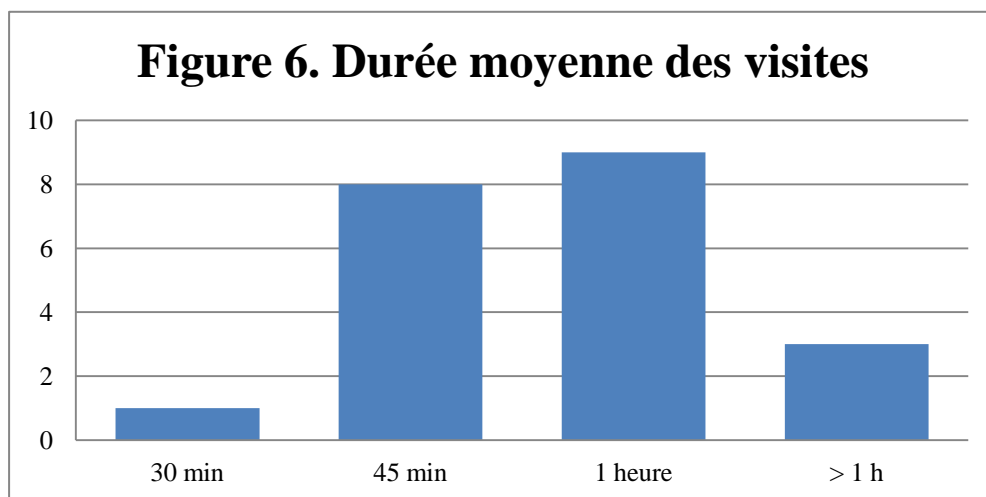
3.5. Temps de travail

3.5.1. Nombre de patientes

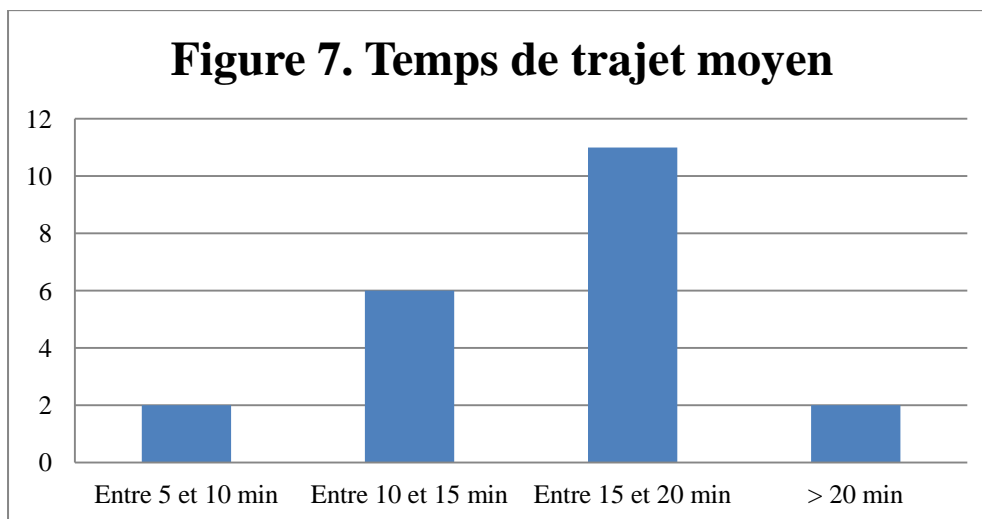
Le nombre de patientes relevant du PRADO par semaine est très variable. En moyenne, les sages-femmes de notre étude suivent 1,7 patientes par semaine dans le cadre du PRADO. Mais pour ces 19 sages-femmes, le nombre de patientes peut varier de 0 à 5 d'une semaine à l'autre, tout en sachant que la plupart des femmes bénéficient de deux visites chacune.

Cette moyenne calculée de 1,7 patientes est donc peu représentative.

3.5.2. Durée des visites et des trajets



Les visites durent majoritairement entre 45 minutes et 1 heure (n=15). 3 sages-femmes ont répondu que leurs visites duraient 1h15 voire 1h30.



Le temps de trajet moyen est majoritairement compris entre 15 et 20 minutes. (n= 11)

3.5.3. Développement du cabinet

Les réponses à la question « le PRADO a-t-il permis de développer votre cabinet » sont très partagées. Huit sages-femmes pensent que le dispositif a permis de développer leur cabinet, dix pensent que non, une n'a pas répondu.

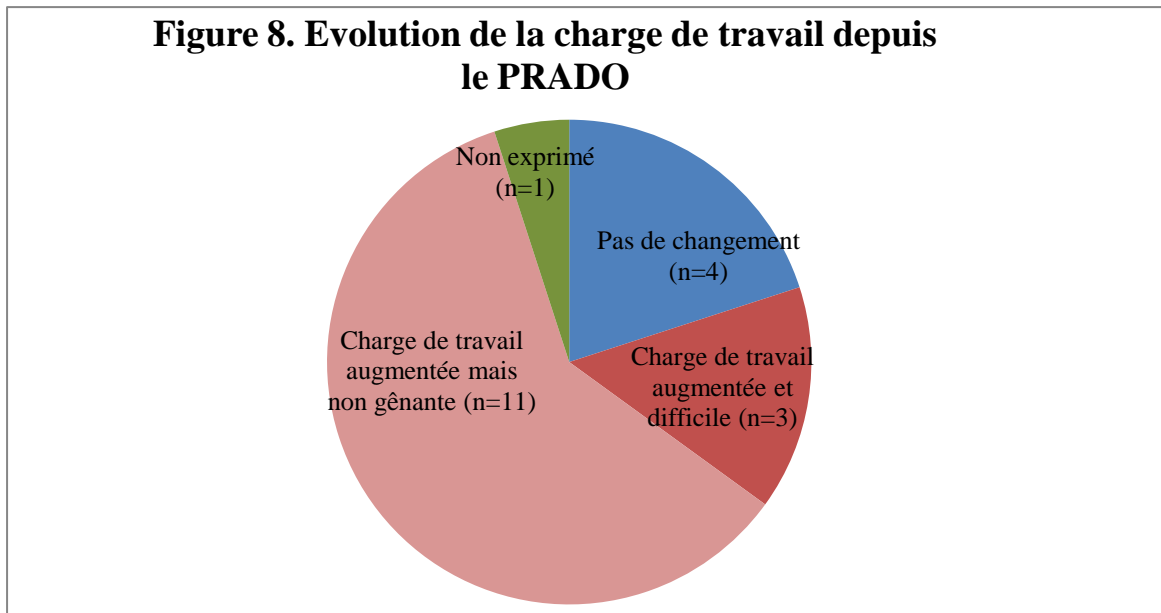
Celles ayant répondu « oui » expliquent que le PRADO permet de « se faire connaître », apporte une « meilleure connaissance des compétences des sages-femmes par le public en général », permet de « réaliser plus d'actes ». Les sages-femmes sont nombreuses à dire que les « patientes reviennent pour la pesée de leur bébé le premier mois et la rééducation périnéale ».

Sur les huit sages-femmes pensant qu'il a permis de développer leur cabinet, six sont installées en libéral depuis moins de 5 ans. Le PRADO pourrait donc faciliter la création d'une patientèle.

Concernant les sages-femmes ne pensant pas que le PRADO a permis de développer leur cabinet, ce sont souvent les sages-femmes qui n'acceptent que des patientes qu'elles ont suivies en anténatal, donc « cela ne change pas grand-chose », ou des sages-femmes étant installées depuis longtemps, ayant une « patientèle déjà nombreuse ».

3.5.4. Charge de travail

Figure 8. Evolution de la charge de travail depuis le PRADO



Près des $\frac{3}{4}$ des sages-femmes considèrent que leur charge de travail a augmenté depuis la mise en place du PRADO (n=14). Parmi ces 14 sages-femmes, 11 jugent qu'elle est non gênante, 3 que cette charge de travail supplémentaire est importante et parfois difficile à assumer. Cela peut certainement s'expliquer par la variabilité du nombre de patientes par semaine.

Quatre sages-femmes n'ont pas observé de changement. Deux d'entre-elles sont installées depuis moins de 5 ans, les 2 autres entre 5 et 10 ans.

Une sage-femme ne s'est pas exprimée.

Sur 16 réponses, 15 sages-femmes arrivent à suivre aussi facilement qu'avant les patientes non éligibles au PRADO.

Il n'existe pas de système d'astreinte les week-ends (n=17), sauf pour deux sages-femmes qui s'arrangent entre elles. Une sage-femme ne réalise pas de visites le week-end.

3.6. Patientes « inconnues »

Le pourcentage de patientes que les sages-femmes libérales voient dans le cadre du PRADO mais qu'elles n'ont pas suivies en anténatal est très variable d'une sage-femme à une autre. En moyenne, le pourcentage est de 25 %.

4 sages-femmes n'acceptent pas les patientes qu'elles n'ont pas suivies auparavant.

Pour près des 2/3 des sages-femmes (12 sages-femmes sur 17 répondant à cette question), le fait de suivre dans le cadre du PRADO des patientes qu'elles n'ont jamais suivies rend leur tâche plus difficile.

L'ensemble de ces sages-femmes (n=12) pense que l'absence de dossier médical, et donc la non connaissance des antécédents compliquent la prise en charge de ces patientes.

Les 2/3 (n=8/12) estiment que les visites durent plus longtemps.

5 sages-femmes apportent d'autres raisons : 3 trouvent que « le lien de confiance est plus long à se mettre en place », une autre qu'on « ne connaît pas les attentes de la patiente », et une dernière a « l'impression d'être un pion ».

L'ensemble des sages-femmes ne prend pas ou rarement contact avec le professionnel ayant suivi la grossesse.

3.7. Critères d'éligibilité

Près des deux tiers des sages-femmes interrogées considèrent qu'au moins un des critères d'éligibilité est inadapté.

Il n'y a pas un critère spécifique remis en cause. Les remarques sont plus générales : les sages-femmes souhaiteraient que le PRADO soit ouvert à toutes les femmes, elles considèrent que le PRADO n'est actuellement pas proposé aux « femmes et nouveau-nés qui en ont le plus besoin ». Les sages-femmes se sont exprimées : une sage-femme considère que « tous » les critères sont inadaptés « car si complication : le PRADO est encore plus adapté », « trop restrictif », « l'accompagnement des mineures est important », « accouchement voie haute ou voie basse : les femmes ont autant besoin d'accompagnement ».

17 sur 19 sages-femmes pensent que ces critères sont toujours respectés par l'équipe hospitalière. Pour les 2 sages-femmes ayant répondu « non », certaines femmes bénéficient du PRADO alors qu'il existe une « mauvaise mise en place de l'allaitement », ou alors que le nouveau-né a un « faible poids de naissance » par exemple. Une de ces deux sages-femmes précise que « les notions de co-morbidité et de complication sont très subjectives et très "professionnel dépendant" ».

3.8. Suggestions d'amélioration par les sages-femmes libérales

Cette question ouverte a laissé place à de nombreuses réponses. 12 sages-femmes ont fait des propositions.

Concernant les transmissions, l'une suggère d'avoir « plus de lien avec la maternité du point de vue du dossier médical », et avoir ainsi une « sage-femme de liaison » qui ferait le lien entre l'hôpital et la maternité. Cette même sage-femme voudrait que les conseillers soient joignables aussi l'après-midi. Une autre sage-femme insiste sur le fait qu'elle voudrait des « transmissions systématiques ».

Comme vu précédemment, les sages-femmes ayant répondu au questionnaire souhaiteraient que le PRADO soit « ouvert à plus de femmes », qu'il soit « généralisé » tant d'un point de vue médical que des régimes sociaux auxquelles appartiennent les femmes. « Les femmes ayant eu des accouchements prématurés et accouchements difficiles devraient avoir ce suivi postnatal », « proposition à toutes les femmes surtout celles en situation de vulnérabilité ».

Une des sages-femmes propose de « ne pas systématiquement imposer des visites à domicile, et d'adapter à chaque patiente et chaque situation », car certaines femmes préféreraient éventuellement se déplacer au cabinet.

A propos de la rémunération, une sage-femme suggère que la « tarification [devrait être] en fonction du temps passé à domicile », deux autres proposent que la cotation « suites de couches » valable uniquement la première semaine du post-partum (SF16 = 42,40 €) soit possible au-delà du septième jour. A noter qu'à partir de J7, la cotation d'une visite ou consultation est de 23 euros.

Enfin, une suggestion importante concerne l'information des femmes en anténatal. Quatre sages-femmes s'expriment à ce sujet et voudraient « connaître les patientes en anténatal », l'une suggère, si cela n'est pas possible, d'au moins « recevoir le dossier de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP), s'il n'est pas fait par [elles] ». Une autre s'exprime : « utiliser le budget du PRADO pour l'information en anténatal, pour moi toutes les femmes qui ont déjà un suivi en anténatal n'ont pas besoin de la "lourdeur" du PRADO. Elles ont déjà toutes les informations par la sage-femme, suffisamment professionnelle et autonome pour pouvoir organiser elle-même la mise en place du suivi sans l'intermédiaire des conseillers de la sécurité sociale ».

V. DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Les points forts de l'étude

Nous avons choisi de limiter notre étude aux sages-femmes libérales du Sud Finistère, car le PRADO y a été mis en place avant les autres secteurs de Bretagne. Les sages-femmes ont donc un meilleur recul quant à la pratique du PRADO. Le centre hospitalier de Quimper, maternité de niveau IIB, est le seul établissement obstétrical du Sud Finistère. Cela nous a permis d'étudier une seule organisation.

Le taux de participation a été bon, puisque seulement deux sages-femmes n'ont pas rendu le questionnaire.

Les sages-femmes l'ont renvoyé rapidement après la réception. Aucun questionnaire n'a été inexploitable.

Le choix sur la forme de l'étude a été un questionnaire. Il a permis d'évaluer la satisfaction et la perception qu'ont les sages-femmes du PRADO de façon quantitative mais aussi qualitative. Les questions ouvertes ont permis aux sages-femmes de s'exprimer, de donner leur avis, de nuancer parfois leur réponse.

Cette étude permet d'apporter des réflexions et suggestions afin de faire évoluer ce programme.

1.2. Les limites de l'étude

1.2.1. La population étudiée

L'échantillon de sages-femmes n'est pas suffisant pour que ces résultats puissent être généralisés à l'ensemble de la profession et à l'ensemble du territoire français. Les résultats pourraient être différents d'une région à une autre, en fonction de l'organisation avec chaque maternité ou en fonction du nombre de sages-femmes libérales exerçant sur chaque territoire.

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées sont installées en libéral depuis moins de cinq ans. On peut donc penser que ces sages-femmes ont moins de pratique ou de « recul » quant à l'exercice libéral et le suivi postnatal que les sages-femmes installées depuis plus longtemps.

Trois sages-femmes nous ont précisé qu'elles s'étaient installées après la mise en place du PRADO et n'ont donc pas pu répondre à la totalité des questions (principalement les questions à propos du contexte avant le PRADO). Certaines de leurs réponses représentent un biais, principalement pour la question à propos du pourcentage de patientes non suivies en anténatal. Une sage-femme venant de s'installer aura forcément plus de patientes « inconnues » qu'une sage-femme installée depuis plus longtemps.

1.2.2. Le questionnaire

Nous pensons que certaines questions auraient pu être rédigées de façon plus précise. Il aurait notamment pu être intéressant de connaître l'année exacte d'installation en libéral, afin de préciser le nombre réel de sages-femmes installées après la mise en place du PRADO.

Concernant les pratiques des sages-femmes avant la mise en place du PRADO, nous n'avons pas interrogé les sages-femmes sur le nombre de visites ou consultations réalisées par patiente dans le post-partum.

Il aurait également été intéressant d'aborder l'aspect économique, abordé par certaines sages-femmes dans leurs remarques.

La principale difficulté rencontrée a été l'analyse des résultats, car les sages-femmes n'ont pas toutes répondu à l'ensemble des questions.

2. Satisfaction et difficultés du PRADO : peu d'évolution depuis sa mise en place

2.1. L'enquête de satisfaction de l'UNSSF

L'enquête de satisfaction à propos du PRADO, réalisée en septembre 2012 par l'UNSSF auprès des sages-femmes libérales adhérentes, évalue certains points communs à ceux de notre étude (38). Même si les effectifs ne sont pas les mêmes (182 sages-femmes répondantes pour l'enquête de l'UNSSF, 19 pour la nôtre), nous pouvons comparer avec prudence quelques résultats.

Cette enquête a été réalisée alors que le PRADO était encore en période d'expérimentation. Toutes les sages-femmes répondantes ne participaient pas encore au PRADO et exprimaient des souhaits quant à sa mise en place. 1/3 des sages-femmes répondantes refusaient de participer au PRADO, notamment à cause de leur indisponibilité (85 %), ou parce qu'une organisation existait déjà avec les patientes suivies en anténatal (71%). Les sages-femmes « acceptent les visites PRADO lorsqu'elles ne sont pas en concurrence avec celles de leurs patientes », c'est-à-dire qu'elles

privilégient les patientes qu'elles ont suivi en anténatal. Dans notre enquête, l'ensemble des sages-femmes répondantes participent au PRADO, et nous disent pour la plupart ne refuser que « rarement » des visites PRADO.

2.1.1. Charge de travail

En 2012, 2/3 des sages-femmes participant au PRADO ressentait un changement d'activité. Aujourd'hui, selon nos résultats, 3/4 ressentent une charge de travail plus importante. Le PRADO a donc permis d'augmenter leur activité libérale pour une grande majorité des sages-femmes.

En 2012, 1/4 des professionnels trouvaient que ce dispositif était bénéfique pour leur cabinet et 9 % pensaient qu'il pouvait permettre à leur cabinet de se développer. Les sages-femmes du Sud Finistère sont elles plus partagées, puisqu'elles sont près de la moitié à penser que le PRADO a permis ou permet de développer leur cabinet. Cette différence pourrait venir du fait que dans notre population, les sages-femmes sont nombreuses à s'être installées récemment. Le PRADO pourrait aider les sages-femmes libérales à créer leur patientèle.

2.1.2. Difficultés

Concernant les difficultés, dans l'enquête nationale, 17 % n'en éprouvaient aucune, tandis que 83 % en avaient exprimées. On retrouve cette même proportion dans notre enquête, puisque 16 sages-femmes sur 19 éprouvent au moins une difficulté.

Les difficultés exprimées sont semblables. On retrouve notamment comme principale difficulté la prise en charge des patientes non connues, exprimée par la moitié des sages-femmes dans chacune des enquêtes.

L'absence de dossier médical et/ou le manque de transmissions, liés à la prise en charge de patientes non connues, sont aussi retrouvés dans les deux études. En effet, ne pas avoir connaissance du dossier médical de la patiente peut être source d'inconfort, d'insécurité chez la sage-femme et représente du temps de travail pour le reconstituer.

Les visites le week-end, citées comme difficulté par la moitié des sages-femmes du Sud Finistère, n'étaient pas vraiment considérées comme une difficulté en 2012 mais plutôt comme un « frein qui limite la prise en charge » des patientes.

Les ré-hospitalisations de nouveau-nés pour ictère ont été citées en 2012 comme difficulté par 3,2 % des sages-femmes. Nous n'avons pas cette notion de difficulté chez les sages-femmes interrogées en 2013. Dans le Sud Finistère, le dépistage de l'ictère, par la mesure transcutanée de la

bilirubine, est facilement accessible à la maternité ou dans les centres périnataux de proximité du secteur.

Des sages-femmes mentionnaient en 2012 le « manque de confiance des pédiatres dans les compétences des sages-femmes », notion non retrouvée dans notre enquête. Cette difficulté semble dépendre des secteurs géographiques.

Dans les deux enquêtes, les sages-femmes expriment leurs difficultés à répondre aux demandes, et sont parfois obligées de refuser. On retrouve les mêmes motifs de refus : l'indisponibilité en premier lieu, puis les patientes inconnues et les visites éloignées.

2.2. Comparaison avec le bilan d'une première expérience à Annecy : une autre organisation possible

Le PRADO a initialement été expérimenté dans trois départements, dont la Haute-Savoie. Dans un article paru dans *Vocation Sage-femme* en Janvier 2013 (39), la cadre du pôle Femme Mère-Enfant de l'hôpital d'Annecy dresse un bilan mitigé de cette expérimentation.

La maternité d'Annecy, de niveau IIB, réalise environ 2700 accouchements par an, tout comme la maternité de Quimper. Ce programme y a été testé en mars et avril 2010.

Les remarques se dégageant de cette expérimentation concernaient principalement les critères d'éligibilité, considérés comme trop restrictifs. Selon l'équipe, « l'accompagnement n'est pas proposé aux binômes femme-enfant qui en ont le plus besoin ». Depuis, les critères n'ont pas évolué et cette notion de restriction est retrouvée dans notre enquête.

L'autre point important de discussion était l'intervention du conseiller de la CPAM. L'équipe d'Annecy considérait que le conseiller était un intervenant supplémentaire, non en accord avec le projet de prise en charge globale du couple mère-enfant. Elle aurait souhaité que la coordination se fasse par une sage-femme. Dans notre étude, nous ne savons pas ce qu'il en est pour les sages-femmes hospitalières, mais le rôle du conseiller semble plutôt bien accepté et apprécié par les sages-femmes libérales.

Au terme de l'expérimentation, équipe hospitalière et sages-femmes libérales ont continué à travailler ensemble. Les sages-femmes libérales se sont organisées pour assurer une permanence des soins 24h sur 24.

Aujourd'hui le PRADO n'est que partiellement mis en place à Annecy. Il n'y a pas de grille d'éligibilité. Les patientes suivies en anténatal par une sage-femme libérale peuvent bénéficier d'un suivi postnatal à domicile par cette sage-femme. Pour les autres patientes, des visites à domicile leur

sont proposées par la sage-femme libérale de leur choix. Les transmissions se font de sage-femme hospitalière à sage-femme libérale, sans intermédiaire. Chaque semaine, un conseiller de la CPAM récupère, dans le service de maternité, la liste des patientes dont un suivi à domicile a été organisé. Il s'assure auprès d'elles que les visites ont été réalisées, sur le même principe que le PRADO.

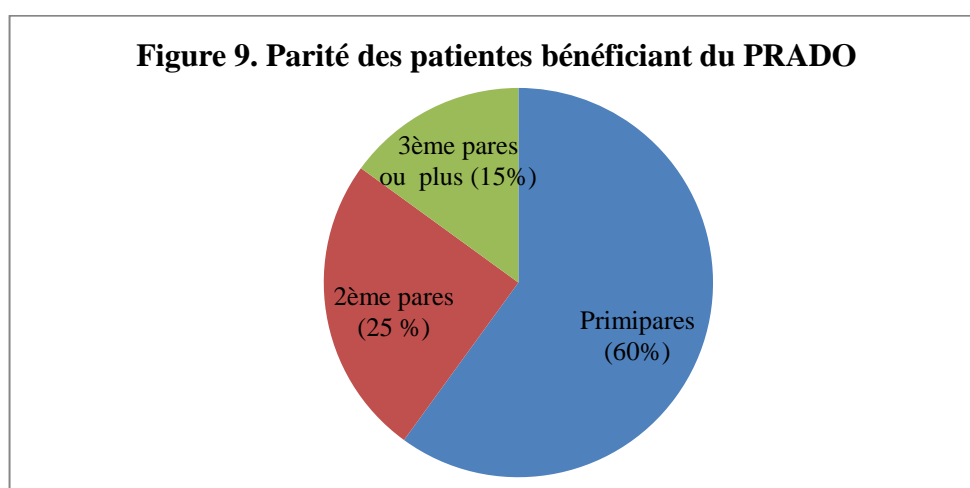
Cette organisation est le compromis entre le PRADO et le réseau périnatal existant.

3. Un premier bilan du PRADO plutôt positif d'après les données de l'Assurance Maladie

3.1. Premier bilan national en Octobre 2013

Un premier bilan national du PRADO a été dressé en octobre 2013 par l'Assurance Maladie (6). Le dispositif est proposé dans 328 établissements, « qui couvrent plus de 60 % des accouchements physiologiques sur l'ensemble du territoire » (6). Il est proposé aux assurés et ayants-droit du Régime Général mais aussi d'autres régimes tels que la Mutualité Sociale Agricole, Régime Social des Indépendants, et plusieurs mutuelles de fonctionnaires (MGEN, la Mutuelle Générale, MFP Services et Intérieure, MNH). Pour les caisses ne proposant pas le PRADO, le principal motif est le nombre insuffisant de sages-femmes libérales ou un nombre insuffisant d'accouchements dans les départements concernés.

Depuis sa création, le PRADO a été proposé à 160 000 femmes, 120 000 y ont adhéré. On observe un taux d'adhésion de 79 %. Depuis juillet 2013, 3 femmes sur 10 ayant accouché voie basse ont bénéficié du service.



Les femmes bénéficiant du PRADO sont majoritairement des primipares (60%). 25% sont des deuxièmes pares, tandis que 15% sont des troisièmes pares ou plus.

91 % des femmes déclarent être « très satisfaites » et 9 % « plutôt satisfaites » du dispositif, à l'occasion du bilan de satisfaction réalisé 12 jours après l'accouchement. 38 % des femmes connaissent déjà leur sage-femme.

L'Assurance maladie a évalué l'impact de ce programme sur le parcours de soin de la mère et son enfant. Elle a comparé le parcours de soin des femmes ayant adhéré au PRADO, à celui d'autres groupes de femmes éligibles mais n'ayant pas bénéficié du dispositif. Cette évaluation a principalement montré que les femmes adhérentes au PRADO ont un meilleur recours aux sages-femmes libérales. Elles ont en moyenne 1,96 visite par une sage-femme libérale dans les 12 jours suivant l'accouchement contre seulement 0,55 visite pour les femmes éligibles mais n'ayant pas bénéficié du programme. L'autre résultat important est que les femmes ayant adhéré au PRADO sont plus nombreuses à réaliser la rééducation périnéale que celles n'y ayant pas adhéré (60 % versus 51%).

Le suivi médical du nouveau-né par un pédiatre et/ou un médecin généraliste semble identique dans les différents groupes.

3.2. Bilan à Quimper à 20 mois d'activité

Le PRADO a été mis en place à Quimper à partir du 5 mars 2012. La maternité de Quimper a été la première du Finistère à entrer dans ce programme. Le PRADO s'est ensuite généralisé progressivement à l'ensemble des maternités du Finistère, comme au CHRU de Brest en janvier 2013.

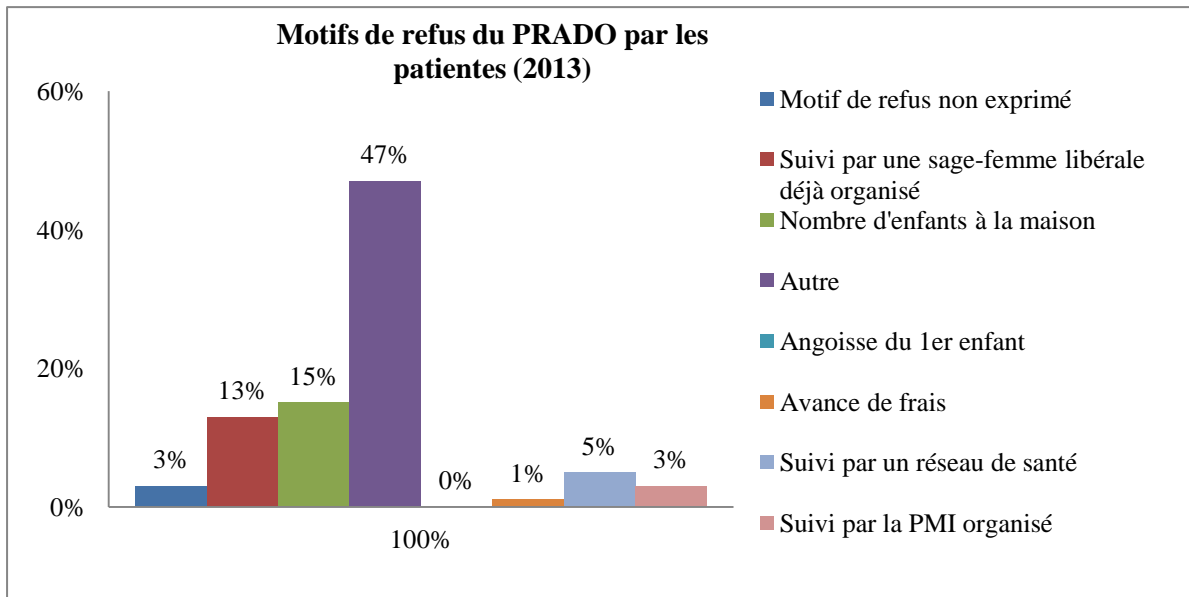
La maternité du Centre Hospitalier Intercommunal (CHIC) de Cornouaille à Quimper, seule maternité du Sud Finistère, est une maternité de niveau IIB (9) et a réalisé 2738 accouchements en 2013.

3.2.1. Un fort taux d'adhésion

Au 31 décembre 2012, le programme avait été présenté à 608 femmes depuis la mise en place du PRADO à Quimper. 77% d'entre elles ont adhéré au programme. En 2013, l'offre a été présentée à 989 femmes, 85 % y ont adhéré. On observe donc une augmentation du taux d'adhésion, par rapport à l'année précédente, peut-être grâce à une meilleure communication sur ce dispositif. Le taux d'adhésion est supérieur au taux national, qui est de 79%.

En 2012, le suivi PRADO a finalement dû être annulé pour 13 % des patientes contre seulement 4 % en 2013. L'indisponibilité des sages-femmes en est la principale raison, puisqu'en 2013, elle représente 59% des motifs d'annulation du PRADO ; en 2012, 62 %. Ces données concordent avec les résultats de notre étude, concernant les raisons de refus.

Au total, 410 patientes ont bénéficié du PRADO en 2012 à Quimper et 812 en 2013.



Sur les 143 patientes ayant refusé le PRADO en 2013, 13 % l'ont refusé du fait qu'un suivi par une sage-femme libérale était déjà organisé et 15 % l'ont refusé par rapport au nombre d'enfants à la maison. Ces femmes estiment certainement qu'elles n'ont pas besoin d'un accompagnement, du fait de leur multiparité.

Mais pour la majorité, on ne connaît pas les réels motifs de refus (47 % ont coché « autre »). Les patientes n'ont peut-être pas envie de recevoir une sage-femme à leur domicile, par peur du jugement, du regard professionnel sur leur logement, leurs conditions de vie.

3.2.2. La satisfaction des patientes

Concernant la satisfaction des patientes après avoir bénéficié du PRADO dans le secteur de Quimper, plus de 96 % déclarent en être « très satisfaites », 2,1 % « plutôt satisfaites » pour l'année 2013. Ces taux de satisfaction correspondent à la moyenne nationale.

Ces premiers bilans sont donc dans l'ensemble positifs. De plus en plus de femmes en bénéficient, elles en sont pour la très grande majorité « très satisfaites ». Le PRADO pourrait avoir un effet bénéfique sur le bien-être des femmes. Il mérite donc d'être développé.

Pourtant, quelques incohérences subsistent du point de vue des sages-femmes.

Il reste une marge d'évolution, d'amélioration du PRADO, afin de satisfaire professionnels de santé et usagers, et assurer ainsi un avenir à ce dispositif.

4. Propositions

4.1. Améliorer les transmissions

Bien que la majorité des sages-femmes du Sud Finistère soient satisfaites des transmissions médicales, la plupart pensent que des améliorations peuvent y être apportées.

4.1.1. Point de vue médical

Chaque maternité crée son propre support de transmission. Il n'est pas imposé. Il semblerait que les maternités pratiquant le PRADO n'aient pas toutes mis en place un document de liaison. Les transmissions médicales sont pourtant fondamentales pour une prise en charge dans de bonnes conditions de la patiente. Le rôle du conseiller de la CPAM n'est pas de faire des transmissions médicales à la sage-femme libérale. Ce support devrait donc être systématique dans chaque maternité.

La feuille de liaison du CHIC de Quimper, propre à ce secteur, a été réalisée par le réseau multidisciplinaire REDAC-MEP (Annexe IX). Une collaboration multidisciplinaire est certainement indispensable pour concevoir un tel moyen de transmissions médicales. Celle de Quimper semble être bien conçue, d'après les sages-femmes.

Le seul point manquant, selon une sage-femme interrogée, est l'abord de la relation mère-enfant, le côté psychologique. Le post-partum est une période privilégiée pour apprécier la qualité du lien mère-enfant. Un des rôles de la sage-femme est de s'assurer que ce lien est bien établi et est aussi d'évaluer l'état psychologique de la mère.

Il est difficile de trouver des critères objectifs permettant de juger la qualité de la relation mère-enfant. Il est d'autant plus difficile de faire part, sur une feuille de liaison remise à la patiente, d'une difficulté relationnelle ou psychologique sans que cela soit mal interprété.

C'est pourquoi un entretien téléphonique avec une sage-femme hospitalière pour certaines situations pourrait être un moyen de préciser des transmissions ou de sensibiliser la sage-femme libérale prenant en charge le couple mère-enfant à des observations faites en maternité.

On pourrait, pour cela, imaginer la création d'un poste de sage-femme coordinatrice, comme pour l'HAD, qui ferait le lien entre l'hôpital, les patientes et les sages-femmes libérales. Mais cette sage-femme supplémentaire ne connaîtrait pas directement les patientes. Il serait sans doute plus judicieux de donner à chaque sage-femme de suites de couches un temps nécessaire pour faire des transmissions aux sages-femmes libérales.

Les sages-femmes rapportent dans notre enquête que la feuille de liaison est parfois difficile à obtenir. Il s'agit soit d'un oubli de l'équipe hospitalière de donner cette fiche à la patiente au moment de la sortie, soit de sa perte par la patiente. Ce document est pourtant très important pour que la sage-femme puisse exercer dans de bonnes conditions.

La création d'une « check-list » rappelant l'ensemble des papiers nécessaires à la sortie de la maternité et l'impression du document de liaison en couleur pourraient aider l'équipe médicale à l'établir systématiquement. La sensibilisation des patientes sur son importance et son utilité pourrait être un point d'amélioration.

Le partage d'informations pourrait passer par un dossier informatique commun à l'hôpital et aux sages-femmes libérales. Le dossier informatique existe déjà au CHIC de Cornouaille de Quimper. Les sages-femmes libérales pourraient avoir accès au même logiciel.

La mise en place de réunions de travail régulières regroupant sages-femmes hospitalières, sages-femmes libérales et sages-femmes et puéricultrices de PMI est importante, afin de favoriser les échanges et consolider les relations entre ces professionnels de santé. Ces réunions seraient l'occasion de réaliser des évaluations de pratiques professionnelles.

4.1.2. La place des patientes

Laisser les patientes contacter elles-mêmes les sages-femmes libérales afin d'organiser leur suivi à domicile présenterait plusieurs avantages.

D'une part, cela responsabiliserait les patientes. Elles se sentiraient actrices de leur suivi. Le lien patiente/ sage-femme serait renforcé d'autant plus si une rencontre a déjà eu lieu en anténatal.

D'autre part, la sage-femme pourrait obtenir par la patiente, des informations supplémentaires, sur le vécu de sa grossesse et de son accouchement ou sur ses besoins personnels ou demandes particulières. Cette solution permettrait de limiter la perte d'informations.

Enfin, d'un point de vue plus pragmatique, cela faciliterait la prise de rendez-vous. La patiente pourrait également donner des explications directes sur l'accès à son lieu d'habitation.

4.1.3. Conserver les liens avec la PMI

La PMI considère que, depuis la mise en place du PRADO, les puéricultrices suivent moins de nourrissons durant leur premier mois.

Lorsqu'un suivi par la PMI s'avère nécessaire pour une patiente, la sage-femme de suites de couches remplit alors une fiche de liaison PMI. Il est essentiel que l'équipe hospitalière reste attentive à l'établissement de cette liaison quand elle est jugée nécessaire.

Il est également important que les sages-femmes libérales, en cas de difficultés psycho-sociales repérées, travaillent en lien avec la PMI.

4.2. Un système d'astreinte

Les visites durant le week-end arrivent en deuxième position des difficultés du PRADO observées par les sages-femmes libérales. En 2012, dans l'enquête de l'UNSSF, les visites durant le week-end pouvaient être un frein à la prise en charge des patientes.

Afin qu'un maximum de patientes puissent bénéficier du PRADO, et pour le confort des sages-femmes libérales, un système d'astreinte pourrait s'organiser, en fonction de la localisation des sages-femmes.

Il n'est pas certain que ce système d'astreinte conviendrait à l'ensemble des sages-femmes et des patientes, car il n'est pas en faveur d'une prise en charge globale de la dyade mère-enfant par une même sage-femme.

4.3. Elargir les critères d'éligibilité

Les critères d'éligibilité au PRADO sont pour le moment assez restrictifs. Ce dispositif est réservé aux accouchements physiologiques, par voie basse, de femmes majeures ne présentant aucune complication ou co-morbidité. Le nouveau-né doit être né à terme et eutrophe et ne doit pas présenter de complications néonatales ou de problèmes d'alimentation.

Les sages-femmes souhaitent l'élargissement de ces critères. Elles considèrent que les patientes susceptibles d'en avoir le plus besoin n'en bénéficient pas.

Les femmes ne rentrant pas dans les critères d'éligibilité et dont l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire devraient pouvoir bénéficier d'un accompagnement à domicile au même titre que les autres patientes.

L'accès au PRADO pour les femmes césariées et pour les grossesses gémellaires est en projet à l'Assurance Maladie. On ne peut qu'encourager cet élargissement des critères.

Cet élargissement pourrait être un moyen de limiter le recours à l'HAD, tout en offrant un accompagnement personnalisé à l'ensemble des patientes qui le souhaitent.

Certaines sages-femmes souhaitent que le PRADO soit ouvert aux mineures, aux patientes en situation de vulnérabilité. Cependant, ces patientes bénéficient déjà en théorie d'un suivi par la PMI, en anténatal par une sage-femme et en postnatal par une puéricultrice. Ce suivi est à encourager.

4.4. Favoriser un premier contact en anténatal

Le suivi, dans le cadre du PRADO, de patientes inconnues représente la principale difficulté des sages-femmes libérales.

L'une des solutions serait de promouvoir un premier contact en anténatal avec une sage-femme pour toutes les femmes, dès leur début de grossesse. Ce contact permettrait de remplir le dossier médical et administratif de la patiente, de connaître son histoire et celle de sa famille, de prendre en compte ses attentes, et d'élaborer un réel projet d'accompagnement et de suivi avec la sage-femme. Il favoriserait une prise en charge globale de la patiente en inscrivant le PRADO dans une dynamique de soins.

5. Ouvertures

Depuis 2012, sept catégories de zones existent sur le territoire, allant de la zone sans sage-femme à la zone sur-dotée en sages-femmes libérales. Elles visent à réguler l'installation en libéral.

L'inégale répartition des sages-femmes libérales sur le territoire pourrait être un facteur d'altération du fonctionnement du PRADO selon les régions. Notre étude a été réalisée dans un secteur classé en zone intermédiaire. Il serait intéressant de réaliser une évaluation du PRADO dans des zones sur-dotées ou sous dotées afin de comparer les résultats.

Dans le but de compléter notre étude et d'avoir une vision plus objective et globale du PRADO volet maternité, il serait intéressant de réaliser un enquête auprès des autres acteurs de la périnatalité, dont la PMI ou les centre périnataux de proximité par exemple, afin de connaître l'incidence de ce dispositif sur ces structures.

L'enquête de satisfaction réalisée auprès des patientes au 12^{ème} jour par l'Assurance Maladie montre que la plupart des femmes sont très satisfaites du programme. Mais cette enquête se résume à

une seule question, et ne permet pas de préciser ce qu'elles apprécient dans ce programme, les avantages qu'elles y trouvent. Il conviendrait donc de réaliser une enquête de satisfaction plus approfondie chez les usagères du PRADO.

Il serait également intéressant d'évaluer l'impact du PRADO d'un point de vue médical, en étudiant par exemple, l'incidence du PRADO sur les taux de ré hospitalisations des mères et des nourrissons dans le premier mois suivant la naissance.

Enfin, une évaluation du coût économique de ce dispositif permettrait de savoir s'il génère des dépenses supplémentaires ou si au contraire il permet de réaliser des économies. Une évaluation de la rentabilité économique du PRADO pour les sages-femmes libérales serait également intéressante.

VI. CONCLUSION

Le PRADO est un dispositif récent, dont nous avons peu de recul. Les sages-femmes libérales du Sud Finistère sont dans l'ensemble plutôt satisfaites de ce programme d'accompagnement. Néanmoins, il n'y a pas de franche évolution du degré de satisfaction et ¼ des sages-femmes restent insatisfaites.

Ce dispositif est un moyen de mettre en avant les compétences médicales des sages-femmes, de favoriser le suivi global par une sage-femme. Il répond à un réel besoin exprimé par les patientes, en apportant aux couples un temps d'écoute, de conseils et de soutien à la parentalité. Il renforce la surveillance médicale des mères et de leurs nouveau-nés.

Cependant, des points restent à améliorer. Les critères d'éligibilité sont considérés comme trop restrictifs et mériteraient d'être élargis. Les transmissions médicales restent parfois incomplètes et demandent à être améliorées.

La principale difficulté rencontrée par les sages-femmes semble être le suivi des patientes non connues en anténatal. Certes, ce dispositif favorise l'accès à un accompagnement postnatal à domicile pour ces patientes non suivies par une sage-femme libérale en anténatal. Mais l'absence d'un dossier médical complique leur prise en charge, cela rallonge la durée des visites. Au-delà du côté « organisationnel », le lien de confiance est susceptible d'être plus long et plus difficile à instaurer.

Un volet anténatal du PRADO a été expérimenté à partir de 2012 dans trois départements (40). Il consistait à informer la femme enceinte, dès son début de grossesse, de la possibilité d'être suivie par une sage-femme et l'invitait à prendre contact avec celle de son choix, pour réaliser son entretien prénatal précoce. Mais n'ayant pas montré de résultats significatifs, ce volet ne devrait pas être généralisé.

Il faut donc réfléchir à une autre solution, peut-être indépendante du PRADO, ou à un autre moyen de communication afin de favoriser ce contact en anténatal.

Le PRADO doit s'inscrire dans une démarche de prise en charge globale de la patiente, de l'anténatal au postnatal.

Bien que le PRADO permette un meilleur accompagnement des femmes dans le post-partum, il ne se suffit pas à lui-même en tant que tel. Il est primordial de poursuivre le travail en réseau, avec la PMI, les pédiatres, les gynécologues et autres professionnels de santé pour assurer une prise en charge optimale de la dyade mère-enfant.

VII. REFERENCES

- (1) DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. Etudes et résultats N°814, octobre 2012. [En ligne] <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er814.pdf>. Consulté le 30 novembre 2013.
- (2) Coulm B, Blondel B. Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction. Janvier 2013 ; 42 (1) : 76-85.
- (3) DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Études et résultats N° 660, septembre 2008. [En ligne].<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>. Consulté le 22 Avril 2013.
- (4) L'assurance maladie. PRADO, Programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés, le champ de la maternité. [En ligne] http://www.cpam40.com/infoslettre/documents/iL40_PRADO_SF_DIAPORAMA_02_2012-2.pdf. Consulté le 12 Octobre 2013.
- (5) L'Assurance Maladie. Accompagnement du retour à domicile : des missions valorisantes, au cœur de l'accompagnement des femmes. Lettre d'information aux sages-femmes. 2013 ; 1 : 2p.
- (6) Assurance Maladie. 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. [En ligne]. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/23102013_DP_Point_de_situation_Prado.pdf. Consulté le 15 décembre 2013.
- (7) HAS, Haute autorité de santé. Note de cadrage : « Sortie de maternité après accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile » (actualisation). [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-08/note_de_cadrage_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement__conditions_optimales_pour_proposer_un_retour_a_domicile.pdf. Consulté le 27 Mai 2013.
- (8) ATIH. Serveur de statistique en ligne. Casemix MCO-GHM et CMD. [En ligne] <http://stats.atih.sante.fr/mco/casemixmco.php>. Consulté le 29 octobre 2013.
- (9) Légifrance. Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000207560> . Consulté le 15 novembre 2013.
- (10) Ministère de la santé. La tarification des établissements de santé. [En ligne] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rappel_des_enjeux_des_modalites_des_schemas_cibles_et_transitoires.pdf. Consulté le 29 Octobre 2013.

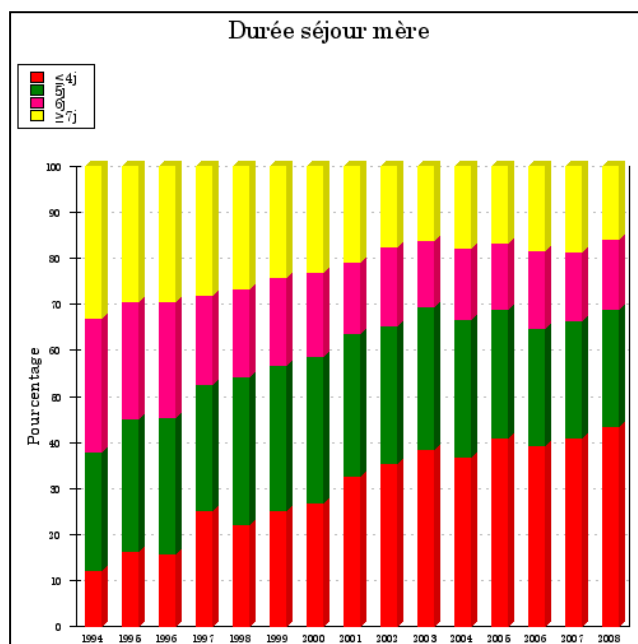
- (11) Bonastre J, Journeau F, Nestrigue C, Or Z. Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. Questions d'économie de la santé. 2013 ; 186 : 1-8. [En ligne] <http://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes186.pdf>. Consulté le 10 Juillet 2013.
- (12) OCDE. Durée moyenne de séjour à l'hôpital. Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE. [En ligne]. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-24-fr. Consulté le 30 Septembre 2013.
- (13) CIANE, Collectif Inter Associatif de la Naissance. Sorties de maternité et bien-être des femmes, novembre 2012. [En ligne]. <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>. Consulté le 15 novembre 2013.
- (14) Inserm, Institut National de la santé et de la recherche médicale. Enquête nationale périnatale 2010, les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. [En ligne]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maternites2010.pdf. Consulté le 15 novembre 2013.
- (15) Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 ; 7. [En ligne] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009326.pub2/abstract>. Consulté le 19 novembre 2013.
- (16) Cour des comptes. La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation. Rapport annuel de la cour des comptes, Sécurité sociale 2012. [En ligne] <http://www.ccomptes.fr/Actualites/A-la-une/Politique-de-perinatalite-l-urgence-d-une-remobilisation>. Consulté le 10 Novembre 2013.
- (17) NPEU, National Perinatal Epidemiology Unit. Delivered with care : a national survey of women's experience of maternity care. [En ligne] <https://www.npeu.ox.ac.uk/delivered-with-care>. Consulté le 1er décembre 2013.
- (18) Socialstyrelsen. Pregnancies, Deliveries and Newborn Infants -The Swedish Medical Birth Register 1973-2008, Assisted Reproduction, Treatment 1991-2007. [En ligne] <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-12-11/2009-12-11summary>. Consulté le 30 novembre 2013.
- (19) Hascoët J-M, Vert P. Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010, 151 p.
- (20) Johansson K, Aarts C, Darj E. First-time parents' experiences of home-based postnatal care in Sweden. Upsala Journal of Medical Sciences. 2010 ; 115 (2) : 131-137
- (21) Insee. Professions de santé 2013. [En ligne] http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103. Consulté le 1^{er} novembre 2013.
- (22) Cour des comptes. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. Rapport annuel de la cour des comptes, Sécurité sociale 2011. [En ligne]. <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2011>. Consulté le 25 septembre 2013.

- (23) OCDE. Gynécologues et obstétriciens, et sages-femmes. Panorama de la santé 2011 : les indicateurs de l'OCDE. [En ligne]. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-24-fr. Consulté le 30 Septembre 2013.
- (24) DREES, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes et résultats N°791, 2012. [En ligne] <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er791.pdf>. Consulté le 2 Novembre 2013.
- (25) Légifrance. Arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes libérales. [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025495910>. Consulté le 26 Octobre 2013.
- (26) ARS, Agence Régionale de Santé Bretagne. Le zonage des sages-femmes libérales. [En ligne] <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Zonage-des-sages-femmes-libera.142294.0.html>. Consulté le 15 Novembre 2013.
- (27) CNOSEF, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie. Paris : CNOSEF ; novembre 2012, 144 p.
- (28) Paulard I. Le programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) : partage d'expériences. *Vocation sage-femme*. 2013 ; 100 : 14-16.
- (29) HAS, Haute Autorité de Santé. Sortie précoce après accouchement – Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272361/fr/sortie-precoce-apres-accouchement-conditions-pour-proposer-un-retour-precoce-a-domicile. Consulté le 20 Novembre 2013.
- (30) L'assurance maladie. Pour les sages-femmes, Suivi à domicile après accouchement. [En ligne]. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/suivi-a-domicile-apres-accouchement_finistere.php. Consulté le 24 Avril 2013.
- (31) Assurance Maladie. Les tarifs conventionnels. [En ligne]. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-convention/les-tarifs-conventionnels.php>. Consulté le 1^{er} décembre 2013.
- (32) UNSSF, Union nationale et syndicale des sages-femmes. PRADO : la mise au point de l'UNSSF. [En ligne] <http://www.unssf.org/index.php?mact=CGBlog,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=72&cntnt01returnid=21>. Consulté le 20 décembre 2013.
- (33) Derrien E. Le PRADO, un dispositif qui fait débat. *Vocation sage-femme*. Janvier-février 2013 ; n°100 : p10-11.
- (34) Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Signature de l'avenant à la convention des sages-femmes : analyse et observations. *Contact sages-femmes*. 2012 ; 30 : 4-10.
- (35) ONSSF, Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes. En fait, c'est quoi le PRADO ? [En ligne]. <http://www.onssf.org/3.aspx?sr=12>. Consulté le 20 décembre 2013.
- (36) CNGOF. Communiqué de presse : Le PRADO, un programme pavé de bonnes intentions... [En ligne]. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/120131_PRADO.pdf. Consulté le 25 Mai 2013.

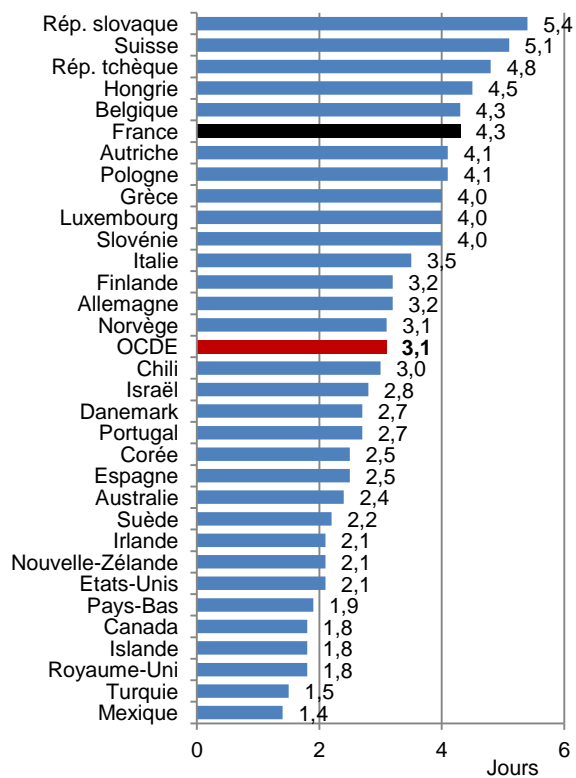
- (37) Umberto S, Puech F, Chabrol B et al. Communiqué de presse à propos du programme PRADO de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. La revue Sage-femme. 2012 ; 11(6) : 253-254.
- (38) UNSSF. Enquête de satisfaction PRADO. [En ligne]http://www.unssf.org/uploads/prado_enquete_adherents_2012.pdf. Consulté le 24 Avril 2013.
- (39) Le Roux S. Prado, un programme d'accompagnement à domicile trop rigide ? Synthèse d'une expérimentation. Vocation sage-femme. 2013 ; 100 : 12-13.
- (40) Vayer L. Du prado à une prise en charge globale, de l'anténatal au postnatal. Vocation sage-femme. 2013 ; 100 : 14-16.
- (41) Audipog. Consultation des tableaux statistiques. [En ligne]. <http://www.audipog.net/tablostat.php>. Consulté le 30 septembre 2013

VIII. ANNEXES

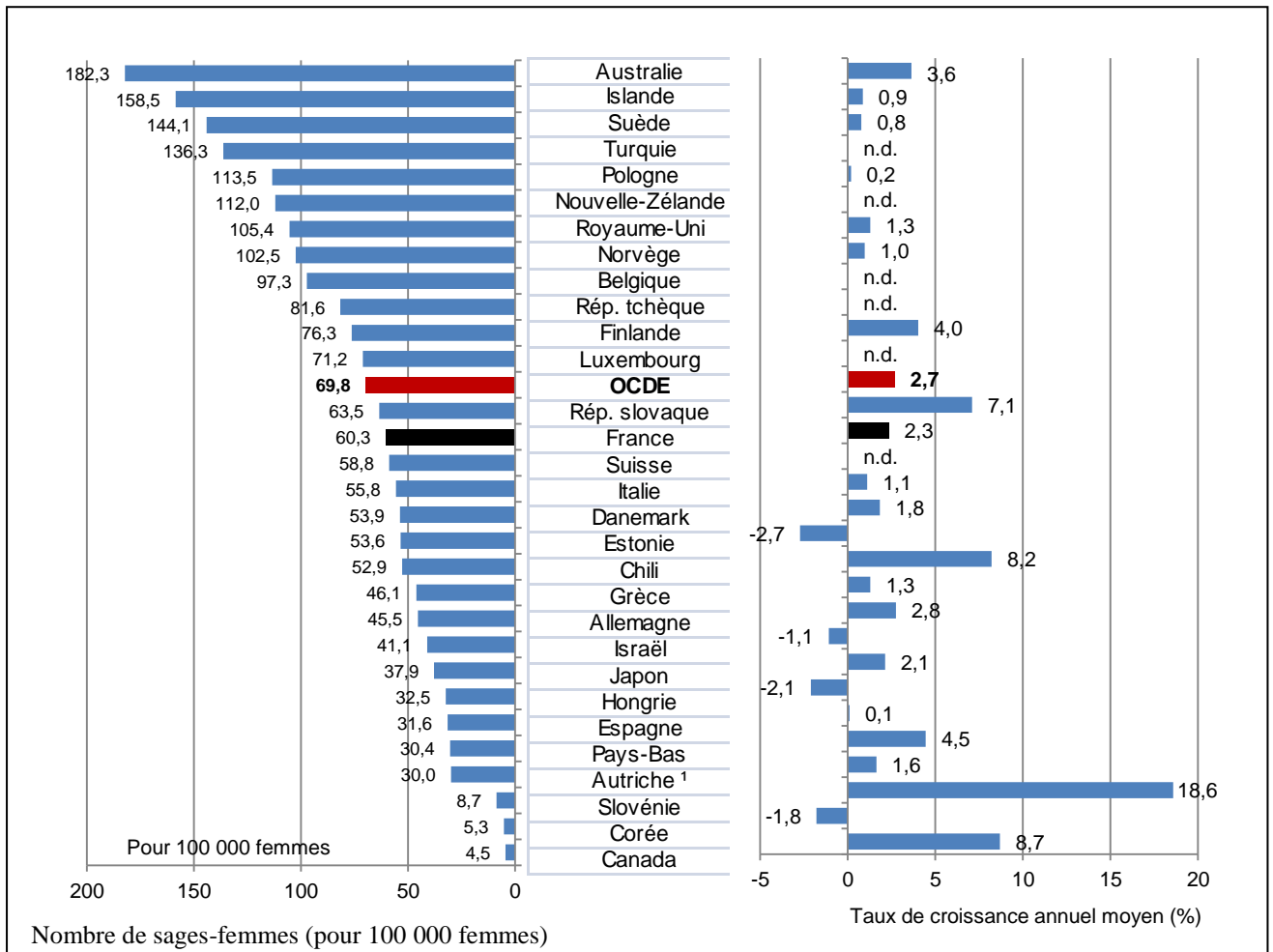
I. Evolution de la durée de séjour en maternité en France de 2004 à 2008 (41)



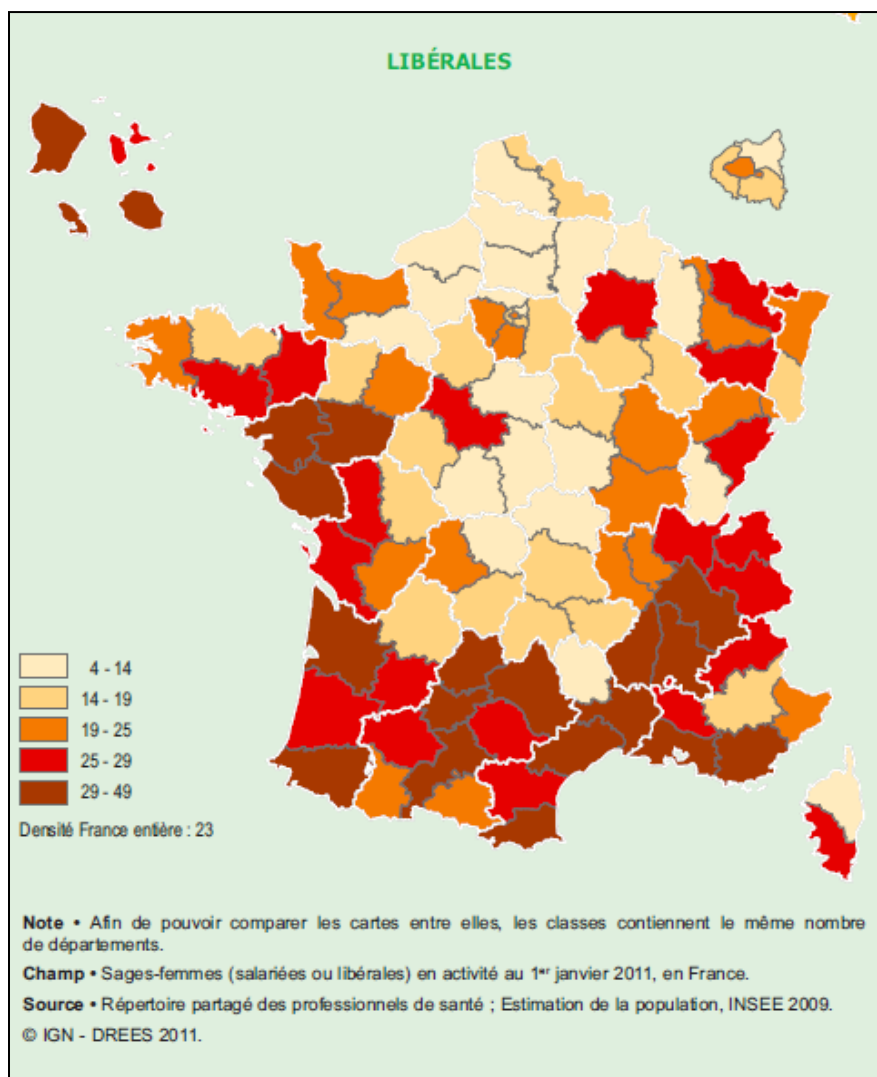
II. Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal des pays de l'OCDE, en 2009 (ou année la plus proche) (12)



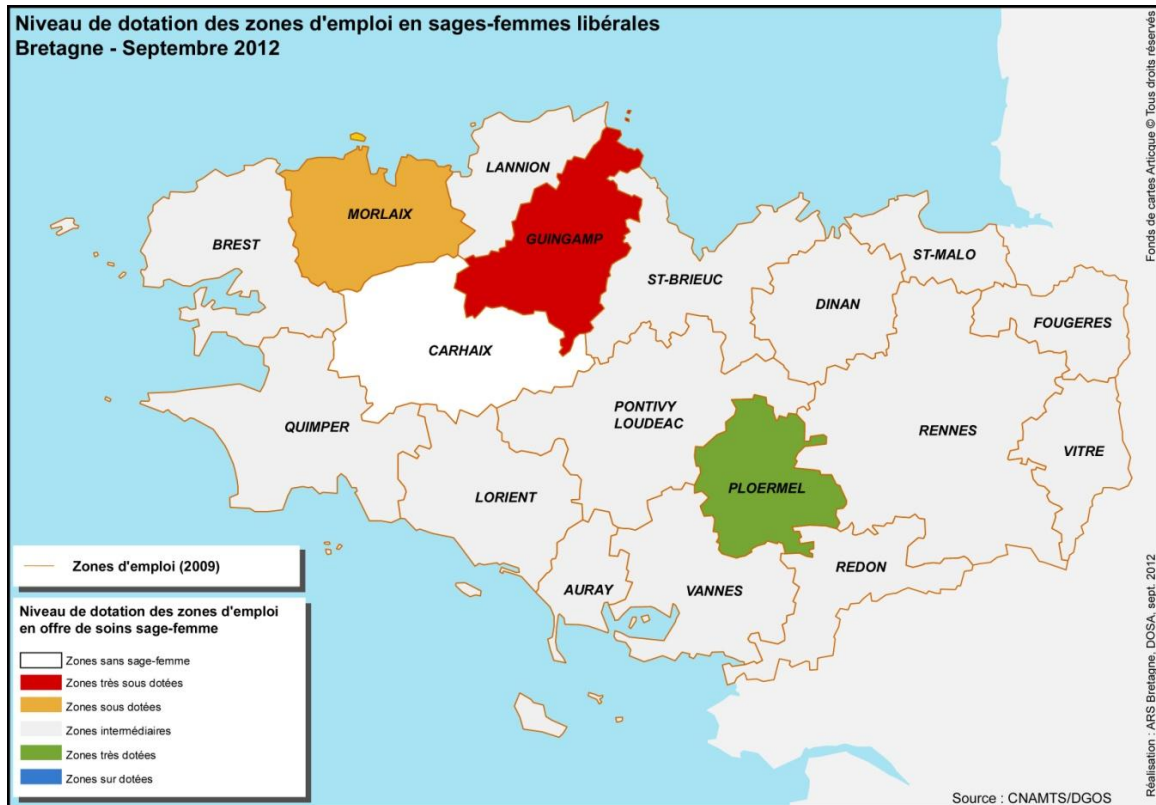
**III. Nombre de sages-femmes pour 100 000 femmes dans les pays de l'OCDE,
en 2009 et variation 2000-2009 (23)**



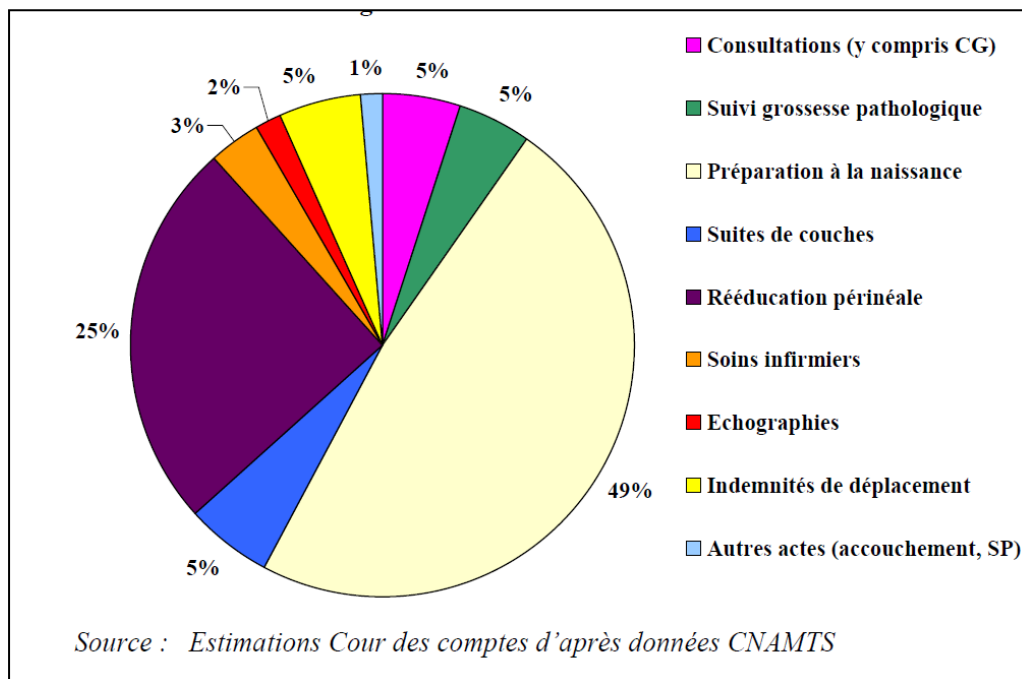
IV. Nombre de sages-femmes libérales pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2011(24)



V. Niveau de dotation des zones d'emploi en sages-femmes libérales en Bretagne - Septembre 2012 (26)



VI. Répartition des montants remboursés par types d'actes pratiqués par les sages-femmes libérales en 2009 (22)



VII. Formulaire d'éligibilité de la patiente au PRADO, rempli par l'équipe hospitalière



1^{er} feuillet
Exemplaire à conserver
dans le dossier médical

Programme d'accompagnement à domicile

Formulaire d'éligibilité de la patiente

Attention : Toute réponse négative à un seul des critères entraîne l'impossibilité de bénéficier du programme d'accompagnement à domicile. L'équipe médicale peut revoir l'éligibilité de la patiente tout au long du séjour.

Nom de l'établissement :

Identité de la patiente

Nom de famille

Prénom

Numéro de chambre.....

Date d'accouchement/...../20.....

La mère

Agée d'au moins 18 ans	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Absence de handicap psychique	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Absence de co-morbidité	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Absence de complication	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

L'accouchement

Accouchement par voie basse	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Le nouveau-né

Naissance d'un seul enfant (pas de naissance multiple)	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Né à terme (37 à 42 semaines) dont le poids correspond à l'âge gestationnel	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Nouveau-né n'ayant pas besoin d'être maintenu sous observation en milieu hospitalier	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Aucun problème d'alimentation apparent (au moins deux repas réussis)	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Conclusion

Patiente éligible	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Si oui, date de sortie pressentie :...../...../.....

Nom, prénom et fonction du professionnel ayant rempli ce document
.....
.....

Date :...../...../20.....
Signature

Questionnaire sur le PRADO

I. QUESTIONS VOUS CONCERNANT

1. Etes-vous :
 - Une femme
 - Un homme

2. Quel âge avez-vous?.....

3. Quelle est votre année de diplôme ?.....

4. Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) en libéral ?
 - < 5 ans
 - Entre 5 et 10 ans
 - Entre 10 et 20 ans
 - > 20 ans

5. Partagez-vous le cabinet avec une ou plusieurs sages-femmes libérales?
 - Oui
 - Non
 - Si oui, nombre de sages-femmes :

6. Exercez-vous à votre cabinet à temps plein ?
 - Oui
 - Non
 - Partagez-vous votre activité entre deux cabinets ?
 - Oui
 - Non

7. Votre cabinet se situe dans une ville de
 - Moins de 5 000 habitants
 - Entre 5 000 et 30 000 habitants
 - Plus de 30 000 habitants ?

II. AVANT LA MISE EN PLACE DU PRADO

8. Avant la mise en place du PRADO, réalisiez-vous dans le post-partum (sans compter la visite post-natale) :

- Des visites à domicile
- Des consultations au cabinet
- Les deux ?
- Non

• Si oui, cela se faisait :

- Seulement à la demande de la patiente
- Systématiquement pour toute patiente suivie pendant sa grossesse

• Ces consultations étaient plutôt destinées :

- A la surveillance du nouveau-né
- A la surveillance de la maman
- Les deux

• A quel moment après l'accouchement ?

- La semaine suivant la sortie de la maternité
- Plus tard, précisez.....
- Très variable selon la demande des femmes

9. A l'annonce de sa mise en place, étiez-vous favorable au PRADO ?

- Oui
- Non

• Pourquoi ?.....
.....

III. DEPUIS LA MISE EN PLACE DU PRADO

10. De manière générale, concernant la mise en place du PRADO, vous diriez que vous êtes :

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

11. Selon vous, quels sont les avantages du PRADO pour la profession de sage-femme ?

- Facilite la prise de contact avec une sage-femme libérale
- Une meilleure reconnaissance des compétences de la sage-femme
- A permis/permets une mise à jour de vos connaissances
- Autre(s) :
- Pas d'avantage pour la profession

12. Parlez-vous à vos patientes de ce programme en anténatal :

- Oui, en consultations prénatales
- Oui, en cours de préparation à la naissance
- Non, jamais

Concernant les transmissions médicales avec l'équipe hospitalière

13. De manière générale, vous diriez que vous êtes :

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

14. Pensez-vous que des améliorations pourraient être apportées ?

- Oui
- Non
 - Si oui la(les)quelle(s) ?
 - Amélioration de la feuille de transmission :
précisez.....
 - Avoir un entretien téléphonique avec la sage-femme des suites de couches pour **certaines** patientes
 - Avoir un entretien téléphonique avec la sage-femme des suites de couches pour **toutes** les patientes
 - Autre(s) :
 - Remarques éventuelles :
.....
.....

15. Concernant vos liens avec le conseiller de la CPAM, vous diriez que vous êtes :

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)
 - Pourquoi ?.....
.....

Difficultés et complications

16. Eprenez-vous des difficultés depuis la mise en place du PRADO ? (plusieurs réponses possibles)

- Pas de difficultés particulières
- Patientes inconnues
- Visites les week-ends
- Manque de transmissions
- Complications médicales/Ré-hospitalisations
- Femmes absentes
- Visites éloignées géographiquement
- Autre, précisez :

17. Etes-vous parfois obligé(e) de refuser des patientes éligibles au PRADO :

- Oui
- Non

• Si oui, pourquoi ?

- Surcharge de travail
- Indisponibilité
- Patientes inconnues
- Autre :

• Si oui, à quelle fréquence ?

- Rarement
- Régulièrement
- Très souvent

18. Avez-vous déjà dépisté une/des complication(s) du nouveau-né ou maternelle(s) grâce aux visites PRADO ?

- Oui, chez le nouveau-né
- Oui, chez la mère
- Chez les deux
- Non

• Si oui, lesquelles ? (infection du cordon, prise de poids insuffisante, hémorragie...)

.....
.....

19. Pensez-vous que sans le PRADO, certaines de ces complications n'auraient pas été dépistées ou plus tardivement ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

20. Avez-vous déjà été confronté(e) à une (des) ré hospitalisation(s) dans le cadre du PRADO?

- Jamais
- Oui, d'accouchées. Nombre de fois :
- Oui, de nouveau-nés. Nombre de fois :

• Si oui, quelles étaient les raisons ?

.....
.....

21. En cas de difficultés psycho-sociales repérées travaillez-vous en lien avec la PMI ?

- Toujours
- Occasionnellement
- Jamais

• Si vous ne travaillez pas en lien avec la PMI, continuez-vous à suivre la patiente? ou vers quel autre professionnel vous tournez-vous ?

.....
.....

Temps de travail et rémunération

22. En moyenne, combien de patientes voyez-vous **par semaine**, dans le cadre du PRADO ? (chiffre)

.....

23. Quelle est la durée moyenne d'une visite à domicile dans le cadre du PRADO ? (sans compter le trajet)

- 15 minutes
- 30 minutes
- 45 minutes
- 1 heure
- Plus : précisez.....

24. Quel est le temps de trajet moyen pour vous rendre à une visite PRADO ?

- < 5 minutes
- Entre 5 et 10 minutes
- Entre 10 et 15 minutes
- Entre 15 et 20 minutes
- > 20 minutes

25. Pensez-vous que le PRADO permet /a permis de développer votre cabinet ?

- Oui
- Non
 - Pourquoi ?.....
.....

26. Votre charge de travail a-t-elle augmenté depuis la mise en place du PRADO?

- Pas de changement
- Charge de travail augmentée et difficile à assumer
- Charge de travail augmentée mais non gênante

27. Existe-t-il un système d'astreinte les week-ends et jours fériés entre vous et vos collègues ?

- Oui, avec l'ensemble des sages-femmes du secteur
- Oui, un arrangement avec certaines de mes collègues
- Non

28. Arrivez-vous à suivre dans le post-partum vos autres patientes non éligibles au PRADO à leur sortie de la maternité ?

- Moins facilement qu'avant
- Comme avant la mise en place du PRADO
- Plus facilement qu'avant

Concernant les patientes que vous n'avez pas suivies pendant leur grossesse :

29. Dans le cadre du PRADO, quelle est le **pourcentage** des patientes que vous n'avez jamais suivies ?

.....

30. Ces patientes ont généralement été suivies : (plusieurs réponses possibles)

- A l'hôpital par des sages-femmes
- A l'hôpital par un obstétricien
- Par une autre sage-femme libérale
- Par un médecin en ville
- En centre périnatal
- Par la PMI
- Autre :

31. Cela rend-il votre tâche plus difficile ?

- Oui
- Non
 - Si oui, en quoi ?
 - Augmentation de la durée des visites
 - Absence de dossier/Non connaissance des antécédents
 - Autre :

32. Dans ce cas-là, entrez-vous en contact avec le professionnel ayant suivi la grossesse ?

- Oui, la plupart du temps
- Rarement
- Jamais

Concernant les critères d'éligibilité du PRADO

Rappel des critères :

- Avoir plus de 18 ans
- Sans comorbidité et complication
- Naissance d'un enfant unique
- Accouchement par voie basse
- Nouveau-né à terme, poids en rapport avec son âge gestationnel, sans problème d'alimentation

33. Parmi ceux-ci, certains vous semblent-ils inadaptés ?

- Oui
- Non

• Si oui le(s)quel(s) ?

.....
.....
.....

34. Rajouteriez-vous des critères supplémentaires ?

- Oui
- Non

• si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....
.....

35. Pensez-vous que les critères cités ci-dessus sont toujours respectés ?

- Oui
- Non

• Si non, précisez :

.....
.....
.....

36. **Vos suggestions d'amélioration du PRADO de manière générale :**

Je vous remercie pour le temps consacré à ce questionnaire

IX. Fiche de liaison du CHIC de Quimper



Mme
Née le / /
Adresse :
Tél :

G P
Grossesse simple grossesse gémellaire
Suivie par Dr SF

Enfant Nom : Prénom :

Naissance le / / lieu
Terme SA + j
Poids : - de naissance - de sortie à J
Allaitement : maternel artificiel

Précision sur la grossesse

Groupe toxoplasmose rubéole
Déroulement :

Précision sur l'accouchement

Mode :
Délivrance :
Périnée :
Péridurale Rachianesthésie Anesthésie générale Aucune

Visite de sortie le par (interne) et sortie le

Signes fonctionnels urinaires :
Transit :
Conjonctives :
Seins :
Involution utérine :
OMI : Souplesse mollets : Signe de Homans :
Cicatrice :
Lochies :
TV : Hémorroïdes :

Traitement :

Contraception :

Demande d'accompagnement à domicile

médecin PMI sage-femme

-visite post-natale dans 6 à 8 semaines.

RESUME

Introduction. Le PRogramme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO), volet maternité, est un récent dispositif controversé depuis sa mise en place par les professionnels de santé. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer le PRADO auprès des sages-femmes libérales, d'établir leur degré de satisfaction et de connaître leurs difficultés par rapport à ce programme.

Matériel et méthode. Il s'agit d'une étude descriptive. Un questionnaire a été envoyé aux 21 sages-femmes du Sud-Finistère, sur la période du 1^{er} Octobre au 18 Novembre 2013. L'étude a été limitée à ce secteur car le PRADO y a débuté en mars 2012, pendant sa période d'expérimentation.

Résultats. Sur 19 réponses, 12 sages-femmes sont satisfaites de ce dispositif. La plupart évoquent des difficultés, notamment le suivi de patientes inconnues, les visites durant le week-end, le manque de transmissions. 18 sur 19 sages-femmes pensent que des améliorations pourraient être apportées au niveau des transmissions médicales. Deux tiers des professionnelles interrogées souhaitent que les critères d'éligibilité au PRADO soient élargis.

Discussion. L'échantillon de l'étude est trop restreint pour que ces résultats puissent être généralisés à l'ensemble de la profession. Cependant, le Sud-Finistère a été le premier secteur de Bretagne à expérimenter le PRADO. Les sages-femmes interrogées avaient donc plus de pratique de ce dispositif. Elles sont dans l'ensemble plutôt satisfaites du programme. Il permet de mettre en avant leurs compétences médicales et offre selon elles, un meilleur accompagnement postnatal aux couples mère-enfant. Mais des points restent à améliorer, principalement au niveau des transmissions, des critères d'éligibilité. Le PRADO doit s'inscrire dans une prise en charge globale de la patiente, de l'anténatal au postnatal.

Mots clés : PRADO, sages-femmes libérales, Assurance Maladie, post-partum, suivi postnatal, maternité.

Titre : Le PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile (PRADO), volet maternité : perception et évaluation par les sages-femmes libérales. Enquête menée auprès de 19 sages-femmes libérales du Sud Finistère de Septembre à Novembre 2013

Auteur : Mathilde Le Moigne - Diplôme d'Etat de sage-femme, Brest, 2014