



HAL
open science

**Difficultés dans la réalisation du PRogramme
d'Accompagnement du retour à DOmicile : étude
réalisée auprès des Sages-femmes libérales des
départements de Seine-Maritime et de l'Eure pratiquant
le PRADO**

Clément Bellamy

► **To cite this version:**

Clément Bellamy. Difficultés dans la réalisation du PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile : étude réalisée auprès des Sages-femmes libérales des départements de Seine-Maritime et de l'Eure pratiquant le PRADO. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01397718

HAL Id: dumas-01397718

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01397718>

Submitted on 16 Nov 2016

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2016

Difficultés dans la réalisation du PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile.

*Etude réalisée auprès des Sages-femmes libérales des
départements de Seine-Maritime et de l'Eure pratiquant le
PRADO*

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Monsieur Clément BELLAMY

Né le 14 mars 1990

SOUS LA DIRECTION DE :

Madame DARCET Fabienne

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2016

Difficultés dans la réalisation du PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile.

*Etude réalisée auprès des Sages-femmes libérales des
départements de Seine-Maritime et de l'Eure pratiquant le
PRADO*

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Monsieur Clément BELLAMY

Né le 14 mars 1990

SOUS LA DIRECTION DE :

Madame DARCET Fabienne

Remerciements

A Madame Darcet, Sage-femme Cadre Directrice de l'école de sages-femmes de Rouen et directrice de ce mémoire, pour son écoute et son soutien dans mon parcours et pour son aide dans ce travail.

A l'équipe pédagogique, pour leurs conseils et l'accompagnement au début de ce travail.

Aux Sages-femmes libérales de la région de Haute-Normandie qui ont eu la gentillesse de répondre à mon questionnaire.

A ma mère, pour son amour et son soutien tout au long de mes études.

A Fanny, pour son accompagnement et sa patience au quotidien, pour les mots qui ont su me remotiver dans les plus sombres instants.

A ma sœur, Anne Claire, pour son aide dans mes relectures et ses conseils.

Table des abréviations

PRADO : Programme d'accompagnement du retour à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

UNSSF : Union Nationale Syndicale des Sages-femmes

ARS : Agence Régionale de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

GCSM : Groupement de Coopération Sanitaire et de Moyens

CPAM : Caisse Primaire de l'Assurance Maladie

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

DIU : Diplôme Inter Universitaire

HAD : Hospitalisation à Domicile

T2A : tarification à l'activité

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LITTERATURE	2
1 DEMOGRAPHIE ET NOUVEAU PAYSAGE DES SAGES-FEMMES LIBERALES DE DEPARTEMENTS DE SEINE-MARITIME ET DE L'EURE.....	3
1.1 Démographie nationale :.....	3
1.2 Démographie régionale :.....	4
1.3 Évolution de la profession en France et au sein des départements:.....	5
2 ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE EN SUITES DE COUCHES.....	6
2.1 Le Décret de périnatalité de 1998 et une nouvelle répartition de l'offre de soin :	6
2.2 Évolution de la Durée Moyenne des Séjours (DMS) :.....	7
2.3 Volonté des tutelles et nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé :.....	8
2.4 Désirs des patientes :.....	12
3 LA PLACE DU RESEAU PERINATAL DANS LA REGION DE HAUTE NORMANDIE	13
4 AUTRES STRUCTURES ET PROPOSITIONS D'ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION.....	13
4.1 L'hospitalisation à domicile :.....	13
4.2 Le service départemental de PMI et son rôle :	14
5 LE PRADO.....	15
5.1 Qu'est ce que c'est ?.....	15
5.2 Comment se déroule le PRADO ?.....	17
5.3 Controverse du PRADO :.....	17
5.4 Évolution du PRADO dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure et quelques chiffres :.....	20
DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE.....	22
PRESENTATION DE L'ETUDE	23
1 PROBLEMATIQUE :	23
2 HYPOTHESES :	23
3 OBJECTIF DE LA RECHERCHE.....	23
4 MATERIEL ET METHODE.....	24
4.1 Choix de la méthode de recueil :.....	24
4.2 Composition du questionnaire :.....	25
4.3 Choix de la population :.....	25
5 METHODE ET DEROULEMENT DE L'ETUDE :	26
RESULTATS ET ANALYSES	28
1 RENSEIGNEMENTS GENERAUX.....	29
2 LES DIFFICULTES DU PRADO	37
2.1 Difficultés concernant les informations transmises sur la mère et l'enfant et la communication :.....	37
2.2 Difficultés concernant l'organisation de la prise en charge :	40
2.3 Difficultés concernant les patientes éligibles au PRADO :.....	41
2.4 Difficultés concernant la charge de travail et la rémunération de la prise en charge PRADO :	45
2.5 Difficultés concernant les rapports confraternels :.....	47
2.6 Difficultés concernant les ré-hospitalisations :.....	49
3 RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE :	51
DISCUSSION	53

1	DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE :	53
1.1	<i>Limites de l'étude</i>	53
1.2	<i>Forces de l'étude</i>	55
2	DISCUSSION DES RESULTATS :	56
	PROPOSITIONS D'ACTIONS	59
	CONCLUSION	63
	BIBLIOGRAPHIE	
	SOMMAIRE DES ANNEXES	

PRADO : mince paille
des us protestaire ?

INTRODUCTION

L'Assurance maladie propose depuis 2008 un programme d'accompagnement du retour à domicile dit « PRADO » pour les patientes qui sortent de leur hospitalisation en suites de couches. Il fait suite aux plaintes de patientes qui dénoncent un manque de suivi après la sortie de la maternité, et ce dans un contexte socio-économique et politique visant à réduire la durée moyenne des séjours. Ce programme a pour objectif principal d'offrir à l'assurée un accompagnement à domicile adapté, pratiqué par les sages-femmes libérales, et permettre une continuité de la prise en charge [1]. Il entre dans la perspective de réduire les coûts d'hospitalisation en écourtant les séjours. L'Assurance maladie part du rapport de 2011 de la Cour des Comptes qui précise qu'en France la durée moyenne du séjour après un accouchement voie basse s'élève à 4,5 jours quand la durée moyenne des pays de l'OCDE est de 3,2 jours [2].

Le service PRADO est relativement récent dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure puisqu'il a été débuté en 2013. Il existe donc peu d'études à son sujet, en particulier dans ces départements. Une enquête réalisée en 2012 par l'UNSSF auprès des sages-femmes libérales françaises, mettait en avant de nombreuses critiques et contraintes du dispositif, sur le fond et la forme, que nous tacherons de mettre en avant dans ce travail [3].

Nous nous sommes alors questionnés sur la présence ou non de ces difficultés au sein de nos départements puisqu'ils n'avaient pas pu participer à l'enquête nationale de l'UNSSF. Nous souhaiterions également savoir s'il y a eu une évolution des difficultés grâce à des actions mis en place par la CPAM ou les sages-femmes libérales.

Dans un premier temps, notre revue de littérature exposera le paysage des sages-femmes libérales, l'évolution de la prise en charge des suites de couches, la place et le rôle des différents acteurs de la périnatalité, plus particulièrement en post-natal. Les autres alternatives à l'hospitalisation conventionnelle et le dispositif PRADO seront également présentés. Dans un second temps, la méthodologie de l'étude sera traitée, ainsi que ses résultats. Enfin, une troisième partie fera l'objet d'une discussion et de propositions d'actions afin de faciliter et améliorer la mise en œuvre du dispositif.

**PREMIERE PARTIE :
REVUE DE LITTERATURE**

1 DEMOGRAPHIE ET NOUVEAU PAYSAGE DES SAGES-FEMMES LIBERALES DE DEPARTEMENTS DE SEINE-MARITIME ET DE L'EURE

1.1 DEMOGRAPHIE NATIONALE :

Le nombre de sages-femmes libérales a connu une importante croissance au cours de ces dernières années. Au 1^{er} janvier 2014, la France métropolitaine plus Outre-Mer comptait 4962 sages-femmes libérales toutes activités confondues [4]. Le 31 décembre 2014, les sages-femmes étaient 21700 à être inscrites au Conseil de l'Ordre. Les sages-femmes libérales représentaient alors 21% de la profession soit 4557 individus. 3255 (15%) sages-femmes travaillaient exclusivement en libéral, 1302 (6%) étaient poly-actives, c'est-à-dire qu'elles cumulaient une autre activité [5]. Malgré une augmentation des effectifs, nous pouvons observer des densités régionales très disparates. Entre deux régions, la densité des sages-femmes libérales peut varier du simple au double (*annexe I*). La région du Languedoc-Roussillon est la mieux dotée en sages-femmes libérales avec une densité moyenne de 63 professionnels pour 100000 femmes de 15 à 49 ans. Les régions d'Aquitaine, Midi-Pyrénées, PACA, Rhône-Alpes, Franche-Comté, Lorraine et Pays de Loire restent bien dotées en sages-femmes libérales avec une densité moyenne de 43. Les régions de Basse Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Bourgogne, du Centre et d'Île-de-France ont une densité moyenne faible comprise entre 21 et 26 sages-femmes libérales. Enfin, les régions de Haute Normandie et de Picardie sont les moins bien dotées en sages-femmes libérales avec une densité moyenne de 17,5 professionnels pour 100000 femmes de 15 à 49 ans. [4]

L'indice de Gini, indicateur synthétique d'inégalité, montrait en 2011 que l'inégalité de la répartition géographique des sages-femmes libérales était plus importante que les sages-femmes salariées avec respectivement un coefficient de Gini plus élevé dans le secteur libéral, égal à 0,23 contre 0,13 en hospitalier [6].

1.2 DEMOGRAPHIE REGIONALE :

Selon l'étude menée par la DREES au 1^{er} janvier 2014, la densité des sages-femmes libérales de Haute Normandie, pour 100000 femmes en âge de procréer, était une des plus faibles de France avec un intervalle de [15-20] (*annexe I*). Elle classait les départements de Seine Maritime et de l'Eure dans le même intervalle de densité [9-20], le plus faible de France (*annexe II*) [4]. En 2015, 575 sages-femmes étaient inscrites au Conseil de l'ordre toutes activités confondues. 88 sages-femmes exerçaient au moins une activité libérale soit 15,3% des sages-femmes de la région. Nous observions 63 sages-femmes qui exerçaient exclusivement en libéral soit 11% de l'effectif régional et 25 sages-femmes poly-actives, c'est-à-dire qui cumulaient une autre activité, soit 4,3% de l'effectif régional (*annexe III*) [5]. Il est important de signaler que les sages-femmes installées en libéral n'assurent pas toutes le suivi PRADO, certaines ne réalisent que de l'échographie. En Juillet 2016, le département de Seine-Maritime compte 76 sages-femmes libérales, celui de l'Eure 30 [7].

La distribution territoriale des sages-femmes libérales de Haute Normandie est inégale et materno-centrée. Elles se concentrent essentiellement dans les grandes agglomérations de Rouen et du Havre mais surtout à proximité des maternités. En octobre 2012, elles étaient 43 sur 54 sages-femmes libérales à être installées à proximité d'une maternité. 6 territoires de proximité ne disposaient pas de sages-femmes comme les secteurs de Bolbec-Lillebonne, d'Yvetot, de Neufchâtel, de Gournay, de Gaillon et de Verneuil (*Annexe IV*) [8]. Aujourd'hui, la densité des sages-femmes dans ces secteurs reste faible.

La région de Haute-Normandie appartient donc aux régions de faible densité de sages-femmes libérales et cela constitue un des freins dans la mise en place du PRADO. Le sous-effectif, mêlé à une répartition territoriale inégale, met en difficulté les sages-femmes libérales pour mener à bien l'ensemble des suivis PRADO.

1.3 ÉVOLUTION DE LA PROFESSION EN FRANCE ET AU SEIN DES DEPARTEMENTS:

La population de sages-femmes a nettement augmenté. En France métropolitaine entre 1990 et 2010, leur nombre est passé de 10705 à 19208 selon les chiffres de la DREES, soit une progression de 80%. Cette croissance s'explique par un quota annuel de recrutement en hausse depuis le décret périnatal de 1998 et la mise en place des 35h à l'hôpital. Ce quota a augmenté de plus de 50% entre 1998 et 2010 [2].

Le nombre de sages-femmes salariées a augmenté de 60% en 20 ans [2], notamment en raison de l'extension de leurs compétences, d'une croissance de la natalité et d'un grand nombre de transfert de naissances du secteur privé vers le secteur public. L'effectif des sages-femmes libérales a triplé entre 1990 et 2010 en lien avec l'évolution de la prise en charge des naissances. Le nombre de sages-femmes est en constante hausse avec un taux de croissance annuel moyen de 1,6% entre les années 2000 et 2011 [5]. Cependant, la densité des sages-femmes en France égale à 58,1 en 2011, était inférieure à la moyenne OCDE de 69,9 [10]. Les projections tendent à confirmer la poursuite d'une hausse. En l'absence de décision des Pouvoirs Publics, leur nombre devrait augmenter jusqu'en 2030 [2].

Depuis 5 ans, nous observons une croissance annuelle minimum du secteur libéral en France de 11%. Le nombre total de sages-femmes ayant un exercice libéral est passé de 2999 en 2010 à 4990 en 2014, soit un taux d'évolution de 66,4% en quatre ans. Le nombre des sages-femmes qui exercent exclusivement en libéral est passé de 2438 en 2010 à 3424 en 2014, ce qui correspond à un taux de croissance de 40,4% sur quatre ans. Les sages-femmes libérales poly-actives, c'est-à-dire qui cumulent une autre activité, ont connu une croissance encore plus phénoménale de 179,1% en passant de 561 en 2010 à 1566 professionnels en 2014. C'est au cours de l'année 2012 que le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes a enregistré le plus grand nombre d'inscriptions dans le secteur libéral tous modes d'exercices confondus. [5]

2 ÉVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE EN SUITES DE COUCHES

2.1 LE DECRET DE PERINATALITE DE 1998 ET UNE NOUVELLE REPARTITION DE L'OFFRE DE SOIN :

L'organisation des soins et la répartition territoriale des établissements de santé ont connu un tournant depuis plusieurs années, qui a été renforcé par les nouvelles dispositions de la loi du 21 juillet 2009, portant sur la réforme de l'hôpital et relative au patient, à la santé et aux territoires. Ces modifications s'inscrivent dans une évolution de l'activité des établissements grâce à la modernisation des techniques médicales, et dans un souci d'efficience des soins que nous voyons depuis l'instauration de la tarification à l'activité (T2A). Les établissements de santé, à majorité déficitaires, ont augmenté leur volume d'activité dans un souci de retour à l'équilibre financier. Par ailleurs, le mode de prise en charge évolue vers la diminution de la durée des séjours et la réduction du nombre de lits. Le rapport de l'Assemblée Nationale du 26 mai 2010 cible la diminution du nombre de lits dans les établissements publics et privés dans toutes les disciplines entre 2007 et 2008, excepté les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui bénéficiaient du transfert de places de soins de longue durée. Cette diminution est de l'ordre de 8000 lits, soit 1,7% alors que le nombre d'entrées a augmenté de 0.5% [12]. L'alternative à l'hospitalisation complète est en nette augmentation. Il s'agit de l'hospitalisation partielle. Son développement, de 5% en 2008 par rapport à 2007 est particulièrement important pour les activités de médecine, chirurgie et d'obstétrique [13]. L'offre de soins hospitaliers française s'oriente vers une prise en charge en ambulatoire et la loi de santé 2015 conforte ce sens.

Le secteur de périnatalité ne déroge pas à ces changements. Il était même précurseur sur certains points puisque, entre 1975 et 1996, nous observions déjà une diminution importante des maternités. La fermeture des maternités, toujours d'actualité, s'est accélérée suite au décret de périnatalité du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques et fonctionnement des maternités. Ce dernier précisait un seuil d'activité annuel minimum de 300 accouchements pour autoriser un établissement à exercer une activité d'obstétrique. Il organise une graduation des maternités en 3 niveaux selon le taux d'équipements et la complexité des prises en

charge offertes. Sont distinctes les maternités de type 1, équipées de la seule unité d'obstétrique ; celles de type 2, équipées d'une unité d'obstétrique et de néonatalogie ; enfin celles de type 3, qui ont en plus des unités d'obstétrique et néonatalogie, une réanimation néonatale. La cartographie des maternités s'est, suite au décret, réorganisée. Les maternités de type 1 ont été les plus touchées par les fermetures, passant de 415 en 2001 contre 263 en 2010. Elles ont laissé place aux maternités de type 2, au nombre stable, et aux maternités de type 3 qui ont augmenté, passant de 56 en 2001 à 60 en 2010. C'est pourquoi en 10 ans, le nombre de maternité a chuté d'un cinquième, passant de 679 à 535 établissements et réduisant le nombre de lits de 10% [2]. Cette baisse importante de lits a fort heureusement été compensée par la baisse de 11% de la durée moyenne de séjour. Elle est passée de 5.6 jours en 2001 à 5 jours en 2010, permettant un « turn over » plus rapide des lits [14]. Quatre ans après, la HAS va encore plus loin avec la publication des recommandations relatives aux sorties de maternité pour inciter les établissements à réduire leurs durées de séjours. Elle définit les durées de séjours standards de 72-96h pour un accouchement voie basse et 96-120h pour une césarienne [10].

2.2 ÉVOLUTION DE LA DUREE MOYENNE DES SEJOURS (DMS) :

La durée moyenne des séjours en maternité tend à diminuer depuis les dix dernières années même si cette évolution semble moins importante chez les patientes primipares. En France, la DMS a diminué de 6,2 jours en 1995 à 4,2 jours en 2011 [2]. Elle varie selon la parité et le mode d'accouchement. La durée était, entre 2005 et 2009, de 3,5 jours chez les multipares et 4,4 jours chez les primipares qui ont accouché par voie basse. Chez les patientes primipares césarisées, la durée moyenne de séjour est de 5,4 jours. [15]

Cette baisse s'est également observée dans l'ensemble des pays de l'OCDE. La moyenne des durées de séjour est passée de 4,3 jours en 1995 à 3 jours en 2011 [9]. En France, la DMS reste supérieure d'un tiers à celle de ses voisins européens et aux autres pays de l'OCDE. Elle est au Royaume-Uni de 1,6 jour, en Allemagne de 3,1 jours et en Italie de 3,4 jours (*Annexe V*) [13].

La DMS française devrait encore diminuer dans les prochaines années pour se rapprocher de celles de l'OCDE. C'est ce que laisse penser les directives des tutelles et les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé.

2.3 VOLONTE DES TUTELLES ET NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE :

2.3.1 VOLONTE DES TUTELLES :

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 porte sur la réforme des hôpitaux et est relative aux patients, à la santé et aux territoires. Cette loi est divisée en quatre titres, le premier portant sur la modernisation des établissements de santé, le second sur l'accès aux soins, le troisième sur les mesures de santé publique et la prévention. Enfin le dernier chapitre est relatif à l'organisation territoriale du système de santé avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS) [16].

L'article 23 du Titre I de la loi HPST mentionne que la coopération entre les professionnels de santé doit être favorisée grâce à la mise en place de Groupements de Coopération Sanitaire de Moyens (GCSM). Ils peuvent être constitués par des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé, pôles de santé ou encore des professionnels médicaux libéraux [17]. Ces groupements permettent d'organiser ou gérer des actions administratives, logistiques, techniques ou médicotéchniques, ou encore servir de support pour l'enseignement et la recherche. Ledit article s'applique dans le cadre de l'obstétrique essentiellement aux plateaux techniques, mais convient également pour les sages-femmes libérales pratiquant le service PRADO notamment dans la gestion des données médicales. Les GCSM ont pour objet de favoriser, faciliter et développer l'activité de ses membres [18]. Pour la sage-femme libérale, ils ouvrent au cabinet l'accès aux données médicales garant d'une continuité des soins sécurisée et permettent d'augmenter l'activité. Cette loi réorganisatrice du système de santé encourage vivement le travail coordonné pour une meilleure prise en charge des couples mère enfant.

De plus, la coordination de la prise en charge et la continuité des soins font partie intégrante du manuel de certification des établissements de santé élaboré par la Haute Autorité de Santé. Le critère 18.a de la certification V2014 stipule que

la continuité des soins concerne l'ensemble des secteurs d'activité d'un établissement, mais aussi les transferts de patients vers d'autres structures extérieures. Les soins doivent faire l'objet d'une coordination et une concertation entre les acteurs internes et externes à l'établissement. La continuité des soins s'apprécie par une information médicale de qualité et accessible. Les acteurs doivent prévoir des mécanismes de coordination permettant d'assurer des relais entre les équipes. Des moyens de communication et transmission d'informations entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définis afin de permettre une collaboration entre les établissements et le secteur libéral pour assurer une prise en charge continue [19].

2.3.2 LES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE :

La Haute Autorité de Santé a publié en mars 2014 des recommandations relatives aux « sorties de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés ». Elles viennent compléter et actualiser les recommandations de l'ANAES déjà parues en mai 2004 relatives à « la sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile » pour s'étendre aux sorties de maternité toutes confondues. Cette actualisation a été jugée nécessaire par la HAS au vu des nombreuses modifications des territoires de santé et organisations des soins en maternité. En effet, la politique actuelle de santé vise à s'orienter vers une offre plus ambulatoire : les séjours en maternité sont plus courts, nous observons la fermeture de petites structures au profit de fusions vers de plus grandes maternités. Nous observons une diminution du nombre de lits en maternité alors que le nombre de naissances augmente globalement. De plus, l'introduction de la tarification à l'activité (T2A) a incité les établissements à écourter les séjours pour maintenir un équilibre budgétaire. [2]

Ces recommandations visent à définir les conditions optimales pour envisager une sortie précoce ou standard de la maternité après l'accouchement. Elles fournissent à titre indicatif les dispositifs nécessaires pour assurer une continuité de la prise en charge. L'HAS en a profité pour redéfinir la sortie précoce qui est inférieure à 72h après un accouchement voie basse normal, 96h pour une césarienne [9]. Cette nouvelle définition abroge celle de l'ANAES parue en 2004

avec des sorties précoces dans les 24h suivant l'accouchement [20]. Notons que ces recommandations s'adressent aux couples mère/enfant à bas risque médical, psychique et social. C'est-à-dire qu'elles ne s'appliquent pas lorsqu'une pathologie du post-partum survient ou qu'il existe un facteur de risque psychique ou social. Dans de tels cas, une prise en charge avec des spécialistes est alors préconisée et ne peut faire l'objet d'une sortie « standard » et encore moins « précoce ». Les patientes qui développent des pathologies postnatales bien définies peuvent bénéficier de l'hospitalisation à domicile (HAD) comme nous vous présenterons dans le quatrième titre. Celles domiciliées trop loin, qui ne peuvent pas être suivies en HAD, peuvent bénéficier de visites au domicile faites par une sage-femme libérale. Mais cette visite répond alors à une prescription médicale de surveillance spécifique de la pathologie. Elle n'entre ni dans le cadre de l'HAD, ni dans le cadre du PRADO et est rémunérée en tant que visite pathologique conformément à l'avenant n°3 à la convention nationale des sages-femmes.[10][21]

La HAS soulève plusieurs grands points qui permettent de rendre « optimales » les sorties de maternité. Tout d'abord, les professionnels de santé doivent délivrer une information plus précoce, dès le 3^{ème} trimestre de la grossesse, sur les modalités des sorties et l'organisation du retour à domicile. Cette anticipation est jugée nécessaire car la patiente est plus réceptive à cette période qu'en post-partum quand la durée du séjour est courte. De plus, la patiente et son entourage ont plus de temps pour s'organiser et ont le sentiment de plus s'impliquer dans leur prise en charge. Le vécu est alors considérablement amélioré. Lors de l'information précoce, les professionnels doivent veiller à fournir une information claire et spécifique sur le retour précoce à domicile en insistant sur les risques de complications ou de ré hospitalisations plus fréquents de façon à ce que la patiente en ait bien conscience.

Afin d'assurer une continuité de la prise en charge et une meilleure coordination, l'HAS recommande la possibilité à la patiente de désigner un « référent de suivi » dès l'*ante partum*. Ce référent est un professionnel libéral que la patiente ou le couple contactent par eux-mêmes. Cette autonomie vient renforcer la notion d'implication de la patiente qui devient actrice dans sa prise en charge. Ce professionnel, référent de suivi, peut être une sage-femme libérale ou de

PMI, un médecin généraliste ou gynécologue-obstétricien ou pédiatre, ou encore une puéricultrice. Il constitue le principal intervenant après la sortie de maternité. Afin de garantir une coordination maternité/ville, un « référent maternité » doit être désigné au sein de la structure pour que le référent de suivi puisse le joindre à tout instant si besoin s'en fait sentir. Ce référent de maternité de par son rôle de principal interlocuteur avec le professionnel libéral doit bien connaître la patiente ou au moins avoir accès à son dossier médical et être facilement joignable. Il peut être gynécologue-obstétricien, pédiatre ou sage-femme, ses coordonnées doivent être notées sur la fiche de liaison dont nous allons parler ultérieurement.

Enfin, l'HAS préconise d'instaurer des outils supports de coordination entre acteurs de la prise en charge. Elle propose une fiche de liaison maternité/ville à destination du professionnel de santé libéral. Cette fiche, qui reprend les informations médicales et paramédicales indispensables à la continuité des soins, est remise à la patiente à sa sortie en plusieurs exemplaires qu'elle donnera au référent de suivi et aux autres acteurs susceptibles d'intervenir. Une information retour, grâce à un document appelé « *compte rendu du suivi en post-partum immédiat* » est facilement encouragée. Il résume la prise en charge effectuée en libéral après la sortie et doit être renvoyé à la maternité par le professionnel libéral pour être joint au dossier médical de la patiente.

La HAS a décrit un cahier des charges pour les professionnels libéraux sur l'organisation du suivi pour la mère et pour l'enfant. Elle distingue les modalités de prise en charge des sorties standards et sorties précoces comme suit :

- Pour les sorties standards « *il est recommandé d'effectuer deux visites préférentiellement au domicile ou un lieu de soins approprié : 1ère visite systématiquement dans la semaine au mieux dans les 48h suivant la sortie ; 2nd visite recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge de la mère et du nouveau-né (d'autres visites complémentaires peuvent être réalisées en fonction des besoins) ».*
- Pour les sorties précoces « *il est recommandé d'effectuer deux ou trois visites : 1^{ère} visite systématique à réaliser impérativement dans les 24h suivant la sortie (décaler date de sortie si indisponibilité du professionnel) ; 2nd visite systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent ; 3^{ème}*

visite recommandée et planifiée selon appréciation du professionnel référent en charge de suivi mère et enfant (des visites supplémentaires peuvent être réalisées) ». [10]

En complément de ces recommandations, la HAS propose depuis février 2015 une « check-list » de sortie d'hospitalisation [22]. Elle s'applique notamment aux hospitalisations en MCO d'une durée supérieure à 24h, ce qui inclut les séjours de suites de couches. Cette check-list vise à promouvoir la qualité de la sortie et diminuer le risque de rupture de la continuité des soins. Elle est constituée de 18 critères répartis dans quatre thèmes intitulés « repérage et évaluation de la complexité » - « information du patient » - « contacts et continuité » et « logistiques ». Le 12^{ème} fait directement référence aux documents de liaisons maternité/ville devant être donné au patient à sa sortie.

2.4 DESIRS DES PATIENTES :

Le PRADO vient répondre à la demande des patientes en permettant de réduire la « marche » qui existe entre l'accompagnement des parents réalisé à la maternité et la solitude par manque d'accompagnement au domicile. Selon l'enquête CIANE de novembre 2012, l'accompagnement à la sortie de maternité est insuffisant. Une primipare sur six et une femme césarisée sur quatre avouent avoir été désemparées ou angoissées dans les premiers jours du retour à la maison. Les patientes dénoncent dans cette même enquête une durée de séjour souvent trop longue. 38% des femmes auraient préféré rentrer plus tôt chez elles. Il ressort dans cette étude que le pourcentage de femmes désemparées augmente avec la durée du séjour en maternité. [15]

Les autres enquêtes réalisées auprès des mères s'accordent aux mêmes constats. Les patientes se sentent mal accompagnées et mal informées lors du suivi des suites de couches quel que soit la durée du séjour. L'enquête menée par la DREES en 2008 dévoile qu'une femme sur cinq émet un jugement négatif sur la préparation de sa sortie, notamment sur l'accompagnement de l'allaitement maternel ou les informations sur l'allaitement artificiel [23]. L'accompagnement de l'allaitement fait également défaut dans l'enquête de l'Union nationale des associations familiales (UNAF) réalisée en 2010. [24]

3 LA PLACE DU RESEAU PERINATAL DANS LA REGION DE HAUTE NORMANDIE

Selon le dictionnaire Larousse, un réseau se définit comme « un ensemble organisé dont les éléments, dépendant d'un centre, sont répartis en divers points » [25].

Dans le but d'offrir des prestations de soins coordonnées, la région de Haute Normandie, comme les autres régions de France, a mis en place un réseau de périnatalité visant à rapprocher tous les professionnels de la naissance ou en lien avec la parentalité autour de la mère et du nouveau-né. Selon la loi du 4 mars 2002, « Les réseaux de santé sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. » [26].

L'objectif de l'association « Réseaux Périnatalité en Région Haute-Normandie » est de veiller au bon fonctionnement et de promouvoir le réseau de soins périnataux aussi bien dans l'ante que le post-natal, en coordonnant la médecine de ville et la médecine hospitalière en Haute-Normandie afin d'offrir des soins de qualités et sécurisés aux usagers [27].

Il jouera un rôle capital lors de la mise en place des sorties précoces au sein des départements de Seine Maritime et de l'Eure. Les sages-femmes libérales pourront s'appuyer sur le réseau, notamment quand il s'agira de s'équiper en icteromètre ou de devoir ré-hospitaliser un patient.

4 AUTRES STRUCTURES ET PROPOSITIONS D'ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

4.1 L'HOSPITALISATION A DOMICILE :

L'hospitalisation à domicile, dite HAD en périnatalité, est un service de soins qui a la particularité d'être réalisé au domicile des patientes qui nécessitent des

soins plus complexes et plus fréquents, d'où la notion d'hospitalisation. Ces soins, en l'absence d'une offre d'HAD, seraient réalisés en établissement de santé. L'objectif d'une HAD est d'éviter une hospitalisation à temps complet, d'en diminuer la durée et de diminuer le coût des soins par rapport à une hospitalisation conventionnelle. Elle prend en charge, dans le volet maternité, les patientes atteintes de pathologie de la grossesse ou du post-partum. Pour qu'une patiente puisse en bénéficier, elle doit répondre aux critères d'éligibilité et obtenir une prescription médicale sur une période donnée, ré-évaluable en fonction de l'état de santé de la patiente. Les pathologies spécifiques au post-partum pouvant justifier une prise en charge en HAD sont : les soins post-césarienne, les soins de plaie périnéales et les dépressions du post-partum. D'autres pathologies non spécifiques au post-partum peuvent justifier un suivi en HAD comme une pathologie thrombo-embolique récente, un diabète insulino-dépendant mal équilibré, des pyélonéphrites et endométrites après la phase aigüe, les anémies sévères, une hypertension artérielle gravidique persistante après l'accouchement. Les suites de couches physiologiques ont été supprimées des prises en charge possibles par l'HAD depuis le 1^{er} mars 2015 [28].

En Seine-Maritime, l'hôpital « HAD Croix Rouge » s'est lancé dans l'HAD périnatalité en collaboration avec le centre hospitalier du Belvédère. Une sage-femme de l'établissement se détache de la structure pour réaliser les soins au domicile des patientes situé dans un périmètre bien défini. La sage-femme est salariée de la HAD en partenariat avec le Belvédère.

4.2 LE SERVICE DEPARTEMENTAL DE PMI ET SON ROLE :

Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) est une institution fondée en 1945 par le ministre de la Santé, afin de mettre en place un système de protection de la mère et de l'enfant. De multiples professionnels de la naissance et de l'enfance exercent dans ces centres. Médecins pédiatres ou gynécologues, sages-femmes, infirmières puéricultrices, psychologues, assistants sociaux, conseillers conjugaux et familiaux travaillent ensemble. Sous la responsabilité du président du conseil général et dirigé par un médecin, les missions de la PMI n'ont cessé de se développer depuis sa création. Elle a joué un rôle fondamental dans l'avancée des droits sociaux des femmes et des enfants notamment en participant

massivement à la distribution de la pilule contraceptive. La PMI assure de nombreuses missions, parmi lesquelles figurent des actions préventives médicales et psychologiques, des actions de promotion de la santé, le contrôle des établissements qui accueillent des enfants de moins de six ans ou encore la mise en place d'aides aux familles. La PMI joue un rôle important après la naissance et la sortie de maternité, elle suit notamment de nombreux nouveau-nés pour les surveillances de poids, de l'ictère et pour les examens pédiatriques. Les sages-femmes de PMI ont aussi un grand rôle dans la prévention périnatale depuis la mise en place d'un entretien systématique au 4^e mois de grossesse. Elles sont garantes de la continuité de la prise en charge puisqu'elles effectuent des suivis de grossesse et voient les patientes à domicile en post-natal si le besoin s'en fait [29].

5 LE PRADO

5.1 QU'EST CE QUE C'EST ?

Le PRADO est le programme de retour à domicile de l'Assurance maladie. Les objectifs globaux du programme consistent :

- à raccourcir les séjours qui peuvent l'être tout en répondant à la demande des patients
- à accompagner l'évolution des techniques médicales qui favorisent le développement des pratiques ambulatoires et des hospitalisations plus courtes
- à éviter des organisations d'aval trop coûteuses si elles ne sont pas nécessaires
- à éviter des ré-hospitalisations liées à une insuffisance de suivi post-hospitalisation.

Pour le volet maternité, le PRADO veille spécifiquement à accompagner le retour à domicile de la mère et de son enfant pour tenir compte de la diminution de la durée des séjours [30]. Le couple mère enfant pris en charge doit alors répondre à un ensemble de critères d'éligibilités. Ces critères sont les suivants :

- la patiente doit être majeure (> 18 ans)
- elle doit avoir accouché par voie basse

- ne pas présenter de comorbidité ni de complications
- le nouveau-né doit être né à terme
- avec un poids en rapport avec son âge
- et il ne doit présenter aucun problème d'alimentation. [31]

Le PRADO a pris source à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du Vars en 2008 dans le but de répondre aux désirs des futures et des jeunes mères. A ses débuts, le service PRADO réalisait l'accompagnement de la femme enceinte dans les démarches administratives et médicales. Puis progressivement, à l'extension du programme à d'autres CPAM, il s'est axé sur l'accompagnement du retour à domicile des patientes hospitalisées et de leur enfant afin d'améliorer leur taux de satisfaction [1].

L'Assurance maladie souhaitait également réduire les coûts d'hospitalisation en offrant aux assurées un meilleur accompagnement à la sortie de la maternité pour les mères et leurs enfants et pour tenir compte de la diminution des durées de séjour. Cet accompagnement visait à réduire les ré-hospitalisations dans un contexte où les sorties de plus en plus précoces étaient encouragées. Le PRADO excluait les sorties précoces qui à l'époque étaient définies par une sortie entre J0 et J2 inclus après l'accouchement. Ces sorties avancées pouvaient présenter l'intérêt de favoriser la rotation des lits en maternité, d'augmenter le nombre d'accouchements et la rentabilité par l'influence de la tarification à l'activité (TZA). Mais le projet qu'envisageait l'Assurance maladie d'étendre le PRADO jusqu'au sorties précoces n'est aujourd'hui pas encore réalisable dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure, les structures avals ne sont pas encore opérationnelles en terme d'organisation pour accueillir ces patientes. Elle présente également l'intérêt de transférer le coût de la prise en charge extra-hospitalière sur le système de santé.

Les sorties précoces avec une prise en charge PRADO commencent à être expérimentées mais dans d'autres régions que la Haute Normandie. A Caen, l'expérimentation a débuté depuis le mois de janvier 2016. Les patientes qui y participent respectent rigoureusement les critères d'éligibilités présentés précédemment.

Enfin la profession de sage-femme libérale est valorisée de même que leurs compétences, l'activité et la patientèle y est augmentée [16].

5.2 COMMENT SE DERoule LE PRADO ?

Dans les établissements qui proposent le PRADO, une information précoce au 8^e mois de grossesse est donnée à l'assurée. La patiente peut se pré-inscrire sur le site Ameli.fr. Pendant son séjour à la maternité, les patientes qui répondent aux critères d'éligibilités sont rendues éligibles au programme par l'équipe médicale. Quand le jour de la sortie se profile, un conseiller de l'Assurance maladie rencontre la patiente pour lui proposer l'offre PRADO et recueille son adhésion si elle est intéressée. Le conseiller prend contact avec la sage-femme libérale choisie par la patiente ou proche du domicile et planifie le suivi dans les jours qui suivent le retour à domicile. Généralement a lieu un premier rendez-vous le lendemain ou à 48h de la sortie, ainsi qu'un second dans les 24-48h suivants la première visite à l'appréciation de la sage-femme libérale. Un bilan de satisfaction auprès des patientes est réalisé par l'Assurance maladie à J12 de l'accouchement lors d'un entretien téléphonique. [1] [30]

5.3 CONTROVERSE DU PRADO :

L'arrivée du PRADO a généré de vives réactions au sein de la communauté médicale des gynécologues-obstétriciens et pédiatres.

Le 31 janvier 2012 dans un communiqué de presse, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) émettent un certain nombre de réserves sur l'efficacité du dispositif. Ils dénoncent particulièrement une absence de concertation de l'Assurance maladie avec les gynécologues-obstétriciens, les médecins généralistes, les pédiatres, les services de PMI, les réseaux de santé en périnatalité et les établissements de santé. Ils reprochent à l'Assurance maladie de ne pas avoir pris en compte les organisations déjà en place dès la sortie de maternité et d'imposer aux patientes des réseaux de sages-femmes libérales qui ne sont pas bien coordonnés avec les maternités. Ils condamnent le choix stratégique de l'Assurance maladie qui implique directement et uniquement les sages-femmes libérales dont la démographie nationale compromet la possibilité d'assurer le service annoncé à grand fracas de publicité. La place du conseiller de l'Assurance

maladie au sein des services d'accouchement est également remise en question. L'introduction d'une nième personne extérieure au service vient à l'encontre des souhaits des usagers et des professionnels de limiter le nombre d'intervenants pendant la grossesse et le post-partum. Enfin, le CNGOF est inquiet sur les dépenses supplémentaires générées par le personnel administratif et redoute que la durée du séjour soit diminuée uniquement pour compenser ces dépenses. [32]

Le Syndicat National des Pédiatres Français (SNPF) souligne que la patiente peut être faussement rassurée par la présence d'un professionnel de santé et ainsi ne pas consulter avec un pédiatre, un gynécologue-obstétricien ou un médecin traitant. Il insiste sur la nécessité d'informer les patientes sur les situations qui justifient une consultation spécialisée en rappelant les dates de consultations avec des spécialistes après la sortie. [33]

Parmi les régions initiatrices du PRADO, une enquête de satisfaction du PRADO a été réalisée par l'Union Nationale Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF) en 2012 [3]. Cette étude avait révélé plusieurs difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales qui suivaient des patientes en PRADO.

L'enquête avait démontré que les sages-femmes libérales suivaient d'avantage de patientes inconnues, ce qui fait du PRADO un outil efficace pour se faire connaître des patientes mais génère la difficulté de l'absence de transmissions médicales. Ces patientes étaient majoritairement issues du milieu hospitalier qu'elles aient ou non bénéficié d'une sage-femme en ante natal. 104 sages-femmes de l'enquête sur les 125 participantes, soit 83,2%, avaient exprimé leurs difficultés rencontrées :

- L'absence de dossier médical revenait dans 51,2% des cas soit pour 64 sages-femmes. Il fait perdre du temps mais surtout il est source d'insécurité pour la sage-femme avec un risque d'erreur majoré à grande échelle.
- Les patientes inconnues de l'ante natal revenaient dans 48,8% des cas soit pour 61 sages-femmes. Les difficultés sont les mêmes que l'absence de données médicales puisque les deux sont liées. Chez ces patientes, l'enquête avait noté un plus grand nombre d'absences (2,4%) qui s'associaient à une perte de revenu et des relations confraternelles conflictuelles que nous développerons ultérieurement.

- Les ré hospitalisations avaient été sujettes à polémique puisqu'elles entraînaient la séparation des couples mère enfant. Cette difficulté était retrouvée pour 3,2% des sages-femmes de l'enquête. Les maternités et les administrations peuvent hospitaliser la mère, le nouveau-né pour des raisons de sécurité ne peut y séjourner. Les services d'hospitalisation en néonatalogie ne sont souvent pas équipés de lits pour la mère [9]. Une solution doit être trouvée pour que la mère et l'enfant puissent être ré hospitalisé en maternité.
- Les suivis le week-end avaient été peu mentionnés comme difficultés mais 21% des sages-femmes questionnées avaient déclaré ne pas disposer suffisamment de temps pour les patientes éloignés et les suivis les week-ends. Les sages-femmes réclamaient en 2012 une indemnisation pour prendre des astreintes le week-end.
- Les difficultés des déplacements étaient majorées dans les grandes agglomérations. Le temps de déplacement non négligeable allait de 15 à 45 minutes selon les commentaires de l'enquête de l'UNSSF.
- Enfin la méthode du PRADO était controversée. Des commentaires de sages-femmes dénonçaient des consignes données par le conseiller de la CPAM en contradiction avec la NGAP comme la cotation des forfaits jusqu'à J12. Mais surtout des retours comme l'existence d'une liste de sages-femmes participantes, avec un refus de joindre la sage-femme souhaitée par la patiente quand celle-ci était réputée peu disponible. La sage-femme n'était pas toujours celle choisie par la femme au cours de son suivi prénatal. Cette situation avait fait l'objet de relations confraternelles conflictuelles, au nombre de 6 selon l'enquête de l'UNSSF, ayant donné suites à des conciliations au niveau des conseils départementaux de l'Ordre et à des courriers aux CPAM concernées. L'intervention de plusieurs professionnels va à l'encontre du principe de continuité de la prise en charge, comme le soulignait le CNGOF précédemment, d'autant plus qu'il n'y a pas de concertation avec les réseaux de santé périnatale. La Cour des Comptes, dans son rapport de 2011, souligne que « dans le contexte d'une diminution des durées de séjour, un accompagnement de qualité des retours précoces à domicile est crucial. Or, l'organisation actuelle est loin d'être satisfaisante, notamment en raison du manque d'articulation entre les différentes

modalités de prise en charge du post-partum » [2]. Elle met en évidence le rôle capital de la coordination entre les différents acteurs et structures, ce dont la loi HPST traite et insiste dans une grande partie.

Les critères d'éligibilité du PRADO sont jugés trop restrictifs pour beaucoup de professionnels. Les patientes qui peuvent en bénéficier ont des profils à bas risques, comme ceux repris dans les recommandations de la HAS, et par conséquent sont celles qui n'ont pas besoin d'un accompagnement contrairement aux patientes mineures ou aux naissances multiples par exemple [3].

De ces observations, nous comprenons mieux la nécessité d'évaluer la satisfaction des sages-femmes libérales dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure, afin de cibler les difficultés spécifiques à notre territoire pour permettre de les améliorer. D'autant plus que depuis sa mise en place, le PRADO a augmenté son volume d'activité de façon exponentielle. A l'échelle nationale depuis son lancement en 2011, le nombre d'adhésions est passé de 56% à 84% à la fin de l'année 2014 [30].

5.4 ÉVOLUTION DU PRADO DANS LES DÉPARTEMENTS DE SEINE-MARITIME ET DE L'EURE ET QUELQUES CHIFFRES :

En place depuis 2013 dans le département de Seine-Maritime, le PRADO a débuté au Centre Hospitalier de Dieppe et dans les cliniques Mathilde et des Aubépines. Il a depuis son lancement augmenté son volume d'activité comme peuvent en témoigner les chiffres de la clinique Mathilde. Débuté le 24 avril 2013, le nombre de patientes qui avaient adhéré au programme sur le reste de l'année 2013 était égal à 374. Les patientes incluent au PRADO, c'est-à-dire qui ont bénéficié d'une visite à domicile, était égal à 301. Sur l'année 2014, ce n'est pas moins de 655 mères qui avaient adhéré au PRADO et 565 patientes en avaient bénéficié. En 2015, le nombre de patientes qui ont bénéficié du PRADO s'est presque vu doubler. 1091 femmes avaient adhéré au dispositif et 1018 patientes en avaient bénéficié. Le taux de croissance sur ces deux années s'élève à 80%. Pour l'année 2016, les chiffres que nous avons s'arrêtent à la fin du mois de mars. Nous étions alors à 303 adhésions pour 284 patientes incluses [34].

L'hospitalisation à domicile pour les suites de couches physiologiques n'étant plus pris en charge depuis le 1^{er} mars 2015, d'autres établissements se sont

greffés à la prise en charge PRADO. Le Centre Hospitalier du Belvédère a commencé le PRADO au mois de septembre 2015 par exemple.

Depuis le mois de juin 2014, le PRADO a élargi sa prise en charge dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure. Il s'applique désormais pour les patientes qui ont eu recours à une césarienne.

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

PRESENTATION DE L'ETUDE

1 PROBLEMATIQUE :

La mise en place du PRADO dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure a été difficile à cause de la faible densité de sages-femmes libérales dans ces territoires, l'une des plus faibles de France. Mais les installations de sages-femmes en libéral ont été nombreuses dans nos départements ces trois dernières années. De plus, des difficultés dans la réalisation du PRADO ont été mises en évidence dans notre revue de littérature, notamment l'absence de dossier médical et des patientes inconnues de l'ante partum. En 2012, seulement 16,8% des sages-femmes libérales françaises ne rencontraient aucune difficulté dans la réalisation du PRADO [3].

Alors depuis la mise en place en 2013 du PRADO en maternité dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure, et avec les changements démographiques récents, ces difficultés sont-elles présentes dans notre région ou ont-elles évolué ?

2 HYPOTHESES :

Afin de répondre à cette problématique, nous avons retenu deux hypothèses :

- Des informations médicales suffisantes sur le couple mère/enfant portées à la sage-femme libérale diminueraient un certain nombre de difficultés.
- Des actions d'améliorations, depuis l'enquête de 2012, ont permis de faciliter les suivis PRADO en concomitance avec l'activité libérale de la sage-femme.

3 OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Tous les nouveaux projets présentent des avantages mais aussi des inconvénients qu'il convenait de cibler afin de trouver des actions pour les minimiser, voire les supprimer.

L'objectif de cette étude était de recueillir et d'analyser l'avis des Sages-femmes libérales dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure, sur la réalisation du dispositif PRADO. Le but premier était alors de mettre en avant des difficultés récurrentes dans le dispositif, en insistant particulièrement sur la qualité des transmissions et la continuité de la prise en charge.

Un second objectif visait à comparer les difficultés soulevées dans cette étude à l'enquête nationale de l'UNSSF réalisée en 2012 afin d'analyser la pertinence des moyens d'amélioration mis en place. Pour les difficultés récurrentes, des actions visant à les améliorer pourront être soumises dans la discussion de ce travail.

4 MATERIEL ET METHODE

Pour répondre à notre problématique, nous avons réalisé une étude descriptive, transversale, prospective et analytique en interrogeant les sages-femmes libérales qui réalisent des suivis PRADO dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure.

4.1 CHOIX DE LA METHODE DE RECUEIL :

La méthode de recueil par questionnaire avait été choisie pour interroger l'ensemble des sages-femmes libérales des deux départements, quelle que soit leur activité, et transcrire avec le plus de fiabilité les trois grands thèmes de cette enquête :

- La satisfaction des Sages-femmes libérales sur le dispositif PRADO.
- Les difficultés qu'elles rencontrent dans le suivi PRADO.
- La conciliation de l'activité au domicile et en cabinet.

La méthode de recueil par questionnaire nous permettait également de brasser l'ensemble de la population des sages-femmes libérales afin de dresser un état des lieux de la profession sur le territoire ciblé et décrire leurs caractéristiques.

4.2 COMPOSITION DU QUESTIONNAIRE :

Le questionnaire anonyme visible en annexe VI était composé de 30 questions réparties en trois rubriques : « renseignements généraux », « difficultés dans le PRADO » et « les recommandations de la HAS ». Les questions étaient à la fois ouvertes et fermées, à réponses uniques ou multiples. Une introduction explicative de 8 lignes permettait de nous présenter et de contextualiser l'étude.

Le premier chapitre, relatif aux renseignements généraux dont il portait ce même nom, permettait de dresser le profil des sages-femmes libérales, leurs activités et modes d'exercices. C'est avec ce chapitre que nous avons souhaité ne pas cibler une population de sages-femmes libérales spécifique mais d'englober toutes les sages-femmes libérales des deux départements.

Le second, plus grand et lui-même divisé en sous chapitres, constituait la partie centrale du questionnaire. Il traitait les différentes difficultés rencontrées dans le suivi PRADO sur : l'information et la communication ; l'organisation ; les patientes ; la rémunération et les charges ; les rapports confraternels ; les ré-hospitalisations. Cette partie du questionnaire était destinée seulement aux sages-femmes libérales qui font du suivi PRADO.

Enfin, le dernier chapitre, plus ouvert, était consacré aux nouvelles recommandations de la HAS et nous permettait de savoir si les sages-femmes libérales en avaient eu connaissance et ce qu'elles en pensaient.

Nous avons repris certains éléments de l'enquête nationale de l'UNSSF pour l'élaboration des questions ainsi que des recommandations de la HAS.

Le questionnaire a été testé par une collègue étudiante sage-femme afin de s'assurer de la compréhension de toutes les questions.

4.3 CHOIX DE LA POPULATION :

Nous avons fait le choix au préalable d'inclure l'ensemble des sages-femmes libérales des départements de Seine-Maritime et de l'Eure, afin d'avoir un reflet global de l'activité libérale sur le territoire et pouvoir ainsi connaître la proportion de sages-femmes libérales répondant à l'offre PRADO. Cette proportion nous était difficile à connaître puisque la CPAM n'a pas souhaité nous transmettre sa liste des

sages-femmes faisant du PRADO. Les sages-femmes qui ont répondu à la seconde partie du questionnaire constituent notre population cible, qui réalise le PRADO et nous est utile pour répondre à notre problématique. Elle nous permet de connaître la proportion de sages-femmes qui font du PRADO parmi celles qui ont répondu. Nous avons trouvé leurs coordonnées sur le site du conseil de l'ordre des Sages-femmes.

5 METHODE ET DEROULEMENT DE L'ETUDE :

Nous avons dans un premier temps décidé d'envoyer des questionnaires informatisés par e-mails. Ces e-mails étaient composés d'une introduction me présentant et décrivant l'étude. Nous avons spécifié sur le questionnaire joint à l'e-mail, les modalités de réponses, restreintes aux renseignements généraux pour les sages-femmes qui ne faisaient pas de suivis PRADO, complètes pour les autres. Nous avons insisté dans ces e-mails sur le caractère anonyme des réponses et qu'aucun nom ne figurerait dans les résultats. Enfin, la date d'échéance du rendu était mentionnée pour le 15 avril 2016.

Les adresses des sages-femmes libérales ont été trouvées grâce à l'annuaire du site Internet du conseil national de l'ordre des sages-femmes qui recense et met à jour régulièrement toutes les installations en libéral. Pour compléter les adresses manquantes, nous avons consulté le site de l'association des sages-femmes libérales de Haute Normandie. Nous souhaitions dans un premier temps utiliser un questionnaire informatisé, nous avons alors cherché les adresses e-mail des sages-femmes. Force est de constater que notre recueil d'adresses e-mail était incomplet avec 56 adresses pour 101 sages-femmes libérales inscrites au conseil, nous avons décidé d'envoyer par voie postale le reste des questionnaires. Les adresses postales ont également été trouvées sur le site du conseil de l'ordre des sages-femmes. Le format du document joint aux e-mails était sous la forme « *Microsoft word* » non modifiable avec des cases numériques à cocher. Quant au format papier, une enveloppe pré timbrée avec notre adresse était jointe au questionnaire afin de faciliter les démarches du retour.

Le 3 mars 2016, date du début du recueil, nous avons envoyé 56 e-mails et posté 45 questionnaires. Rapidement en deux jours, nous avons été confrontés à

des réponses négatives de plusieurs sages-femmes en lien avec le format « *Word* » du fichier joint. Elles n'arrivaient pas à remplir le questionnaire informatique avec un logiciel autre que « *Microsoft word* » qu'elles ne possédaient pas. Nous avons alors rapidement élaboré un autre questionnaire à l'aide de l'application « *google forms* » qui permet d'héberger le questionnaire sur une plate-forme internet et ainsi y donner accès à tous ceux qui y sont conviés.

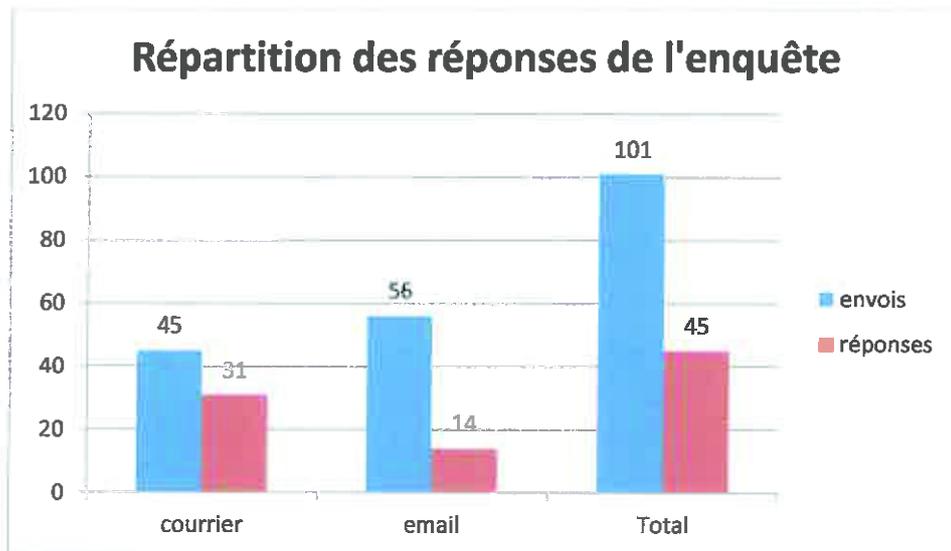
Le 6 mars 2016, nous avons de nouveau envoyé 56 e-mails dans lesquels un lien donnait accès au questionnaire en ligne sur « *google forms* ».

Après 17 jours de recueil, nous avons relancé une fois les sages-femmes libérales par e-mail le 20 mars. Nous n'avons pu relancer les sages-femmes sollicitées par courrier, une relance par téléphone était impossible puisque les réponses étaient anonymes.

La clôture du recueil s'est déroulée le 15 avril 2016. Nous ne recevions plus de réponses depuis dix jours. Le recueil des questionnaires s'est effectué sur une durée totale de 1 mois et 12 jours.

5.1.1 REPONSES AUX QUESTIONNAIRES :

Pour cette étude, nous avons reçu 45 réponses parmi les 101 questionnaires envoyés. Le taux de réponses est égal à 44,5% ce qui est satisfaisant pour ce type d'étude, ce malgré une relance par e-mail. Dans l'enquête nationale de 2012, 43% des sages-femmes libérales avaient répondu. Cependant, la répartition des réponses obtenues par courrier postal et par e-mail diffère significativement comme nous pouvons voir dans ce graphique.



Nous avons obtenu un taux de réponses nettement supérieur par courrier postal avec un taux qui s'élève à 68,9% (n=31) contre un taux de 25% (n=14) par e-mail.

5.1.2 EXPLOITATION DES RESULTATS :

La saisie des données et l'analyse des résultats ont été réalisées avec l'aide du logiciel Sphinx. Les graphiques ont été établis avec ce même logiciel et avec Microsoft Excel.

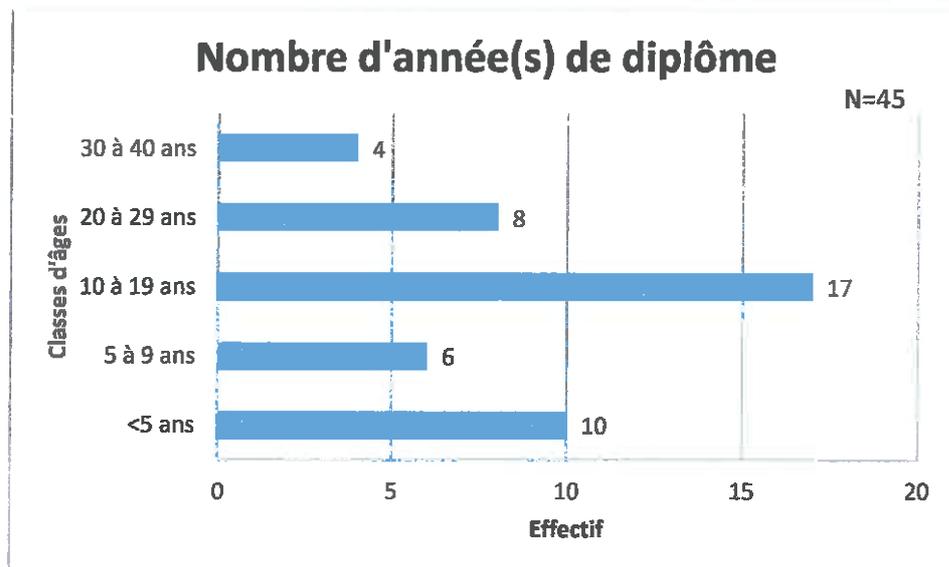
RESULTATS ET ANALYSES

Parmi les 45 réponses obtenues sur les 101 questionnaires envoyés, nous observons 8 sages-femmes libérales qui ne réalisent pas de suivi PRADO. Cette sous population sera comptabilisée dans les résultats des renseignements généraux mais ne nous sera pas utile pour la mise en avant de difficultés dans la réalisation du PRADO. De plus, nous avons récolté un questionnaire très incomplet pour les parties « difficultés du PRADO » et « recommandations de la HAS ». Nous avons décidé de l'exclure partiellement pour ces deux parties car nous l'avons jugé inexploitable. Au total dans cette étude, 36 questionnaires sont exploitables pour répondre à notre problématique.

Les résultats vous sont présentés en effectifs, le nombre de réponses obtenues est trop faible pour pouvoir faire apparaître des pourcentages. La quantité N de

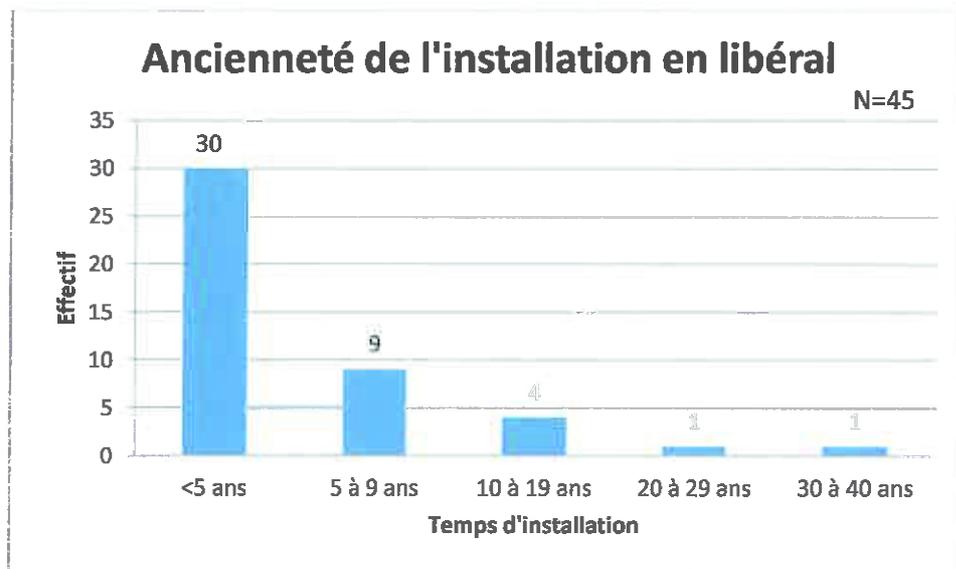
réponses peut varier lorsqu'il s'agit de questions à plusieurs réponses possibles ou au contraire quand la sage-femme n'a pas répondu.

1 RENSEIGNEMENTS GENERAUX



La majorité des sages-femmes libérales sont diplômées depuis moins de 20 ans (n=33). 17 sont diplômées depuis 10 à 19ans, 10 depuis moins de 5 ans, 8 depuis 20 à 29 ans, 6 depuis 5 à 9 ans et seulement 4 depuis 30 à 40 ans.

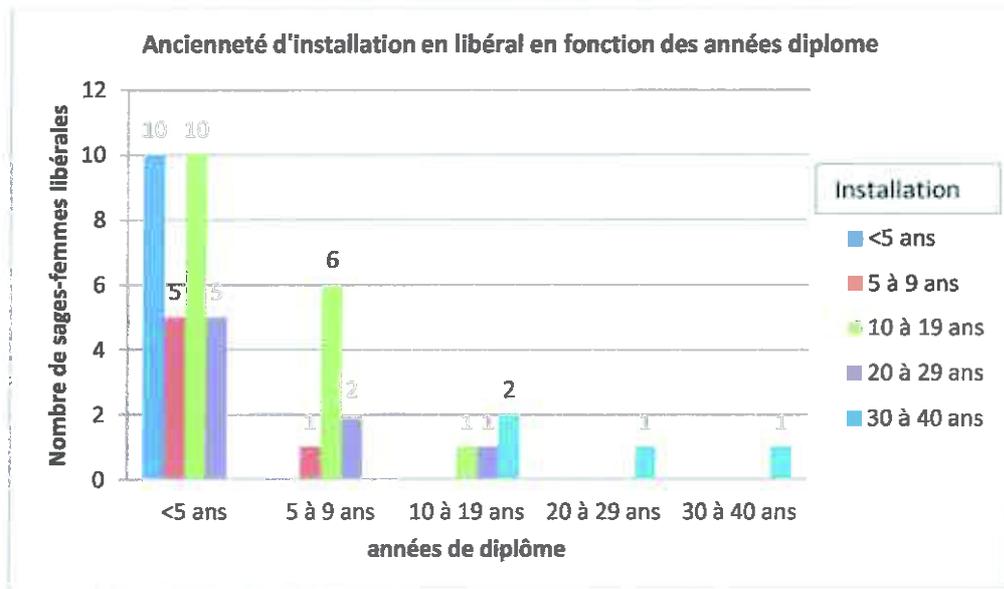
Les sages-femmes libérales de la région des départements de Seine-Maritime et de l'Eure sont des professionnelles jeunes, diplômées depuis peu d'années.



Le temps d'installation dans le secteur libéral est en moyenne très faible puisque 30 sages-femmes libérales se sont installées il y a moins de 5 ans, 9 il y a 5 à 9 ans et 4 il y a 10 à 19 ans. Seul un professionnel s'est installé il y a 20 à 29 ans et un autre il y a 30 à 40 ans.

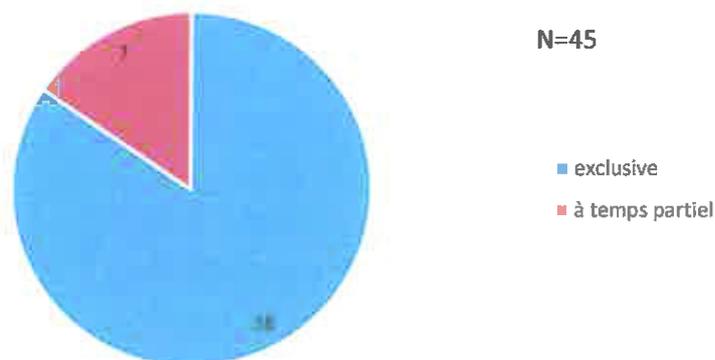
Au total, 39 des sages-femmes se sont installées durant les dix dernières années. Ces résultats témoignent de l'expansion du secteur libéral au sein de la profession et est en corrélation avec les études actuelles.

Nous avons croisé ces deux premiers résultats dans le tableau qui suit, avec en abscisse les temps de diplôme et en ordonnées le nombre de professionnels installés en libéral par classes d'ancienneté d'installation.



L'installation en libéral depuis moins de 5 ans prédomine quelle que soit l'ancienneté du diplôme. Viennent ensuite les installations depuis 5 à 9 ans. Les installations dans le secteur libéral depuis de nombreuses années restent faibles dans nos départements.

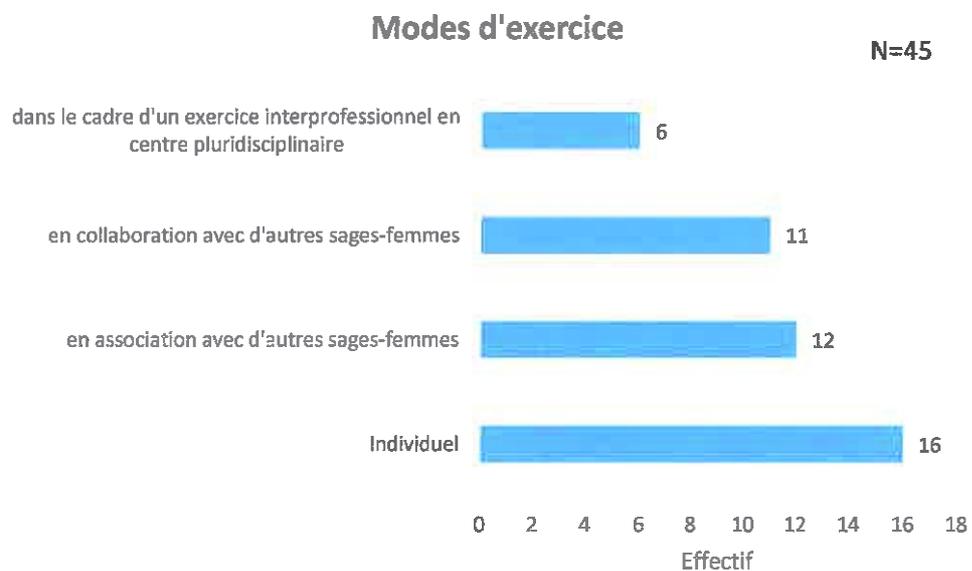
mode d'activité



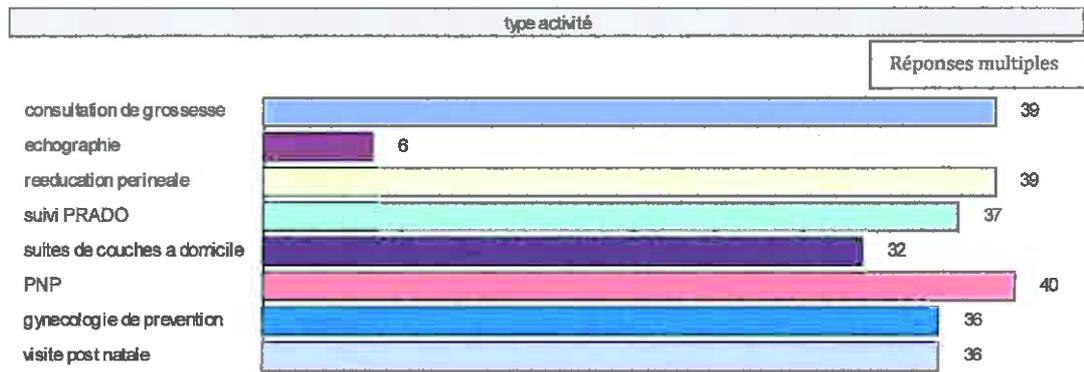
38 sages-femmes de notre population étudiée exercent exclusivement en libéral, 7 travaillent à temps partiel. Parmi les temps partiels, nous souhaitons connaître l'autre lieu de leur activité. Toutes ont répondu qu'elles exerçaient dans une maternité le reste du temps.

Quant au secteur géographique d'exercice, nous n'observons pas de différences significatives entre les milieux urbains et ruraux. 23 sages-femmes ont répondu exercer en milieu urbain et 21 ont répondu travailler en milieu rural. Une sage-femme n'a pas répondu à la question.

Dans notre échantillon, la majorité des sages-femmes libérales disposent d'un local prévu à leur exercice. En effet, 43 sages-femmes ont déclaré en disposer. Seulement 2 sages-femmes ont fait le choix d'exercer au domicile des patientes uniquement.

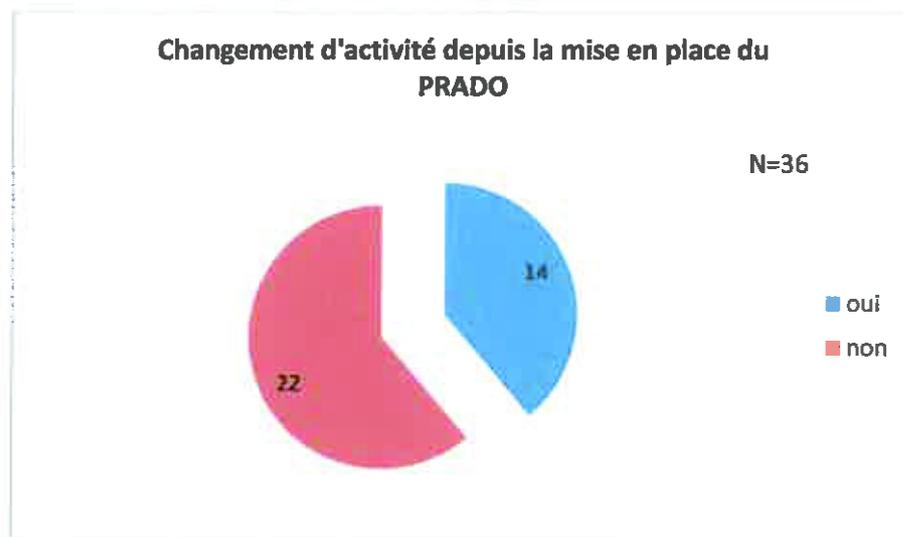


Dans notre étude, 16 sages-femmes déclarent travailler individuellement, 12 répondent exercer en association avec d'autres sages-femmes libérales, 11 en collaboration avec d'autres sages-femmes libérales et 6 ont choisi de pratiquer dans le cadre d'un exercice interprofessionnel en centre pluridisciplinaire.



Parmi notre échantillon de population, les sages-femmes libérales réalisent dans leur activité des consultations pré natales, la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), le suivi PRADO, les suites de couches à domicile, la visite post natale et le suivi gynécologique de prévention. Quelques sages-femmes seulement, 6 dans notre échantillon, réalisent des échographies puisque cette pratique nécessite une spécialisation et la sage-femme doit détenir un DIU d'échographie.

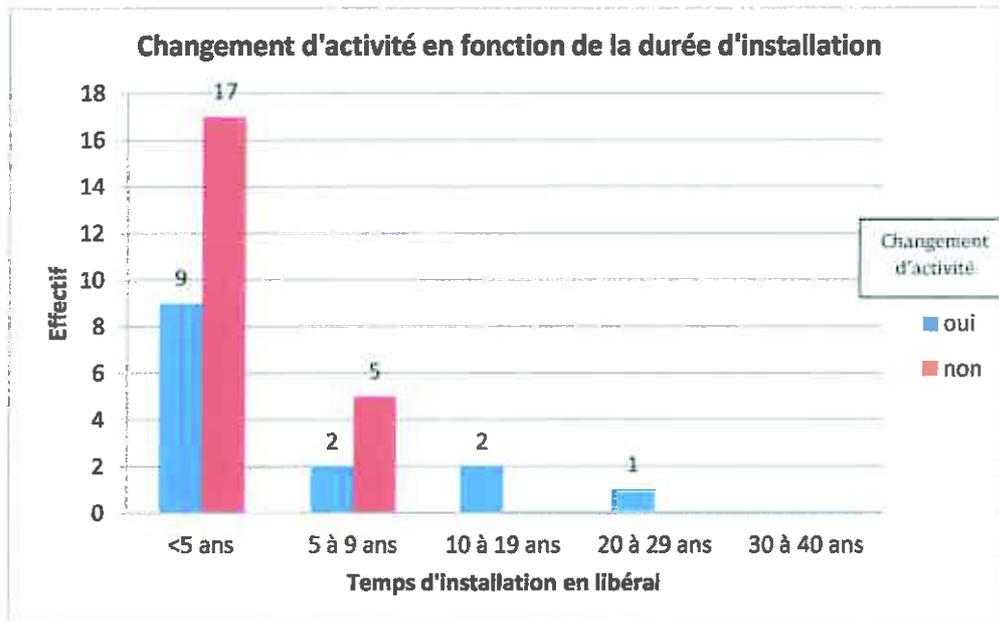
37 sages-femmes, parmi les réponses obtenues, déclarent faire du suivi PRADO. Cependant, nous avons récolté un questionnaire inexploitable pour les parties « difficultés du PRADO » et « les recommandations de la HAS ». Notre étude sur les difficultés dans la réalisation du PRADO s'est donc concentrée sur 36 observations comme nous vous l'expliquions précédemment.



Lorsque que nous demandons aux sages-femmes libérales si elles ont noté un changement considérable de leur activité depuis la mise en place du PRADO, 22

nous répondent « non » et 14 nous disent que « oui ». La différence des fréquences entre 'oui' et 'non' reste cependant peu significative (1-p = 91,99%).

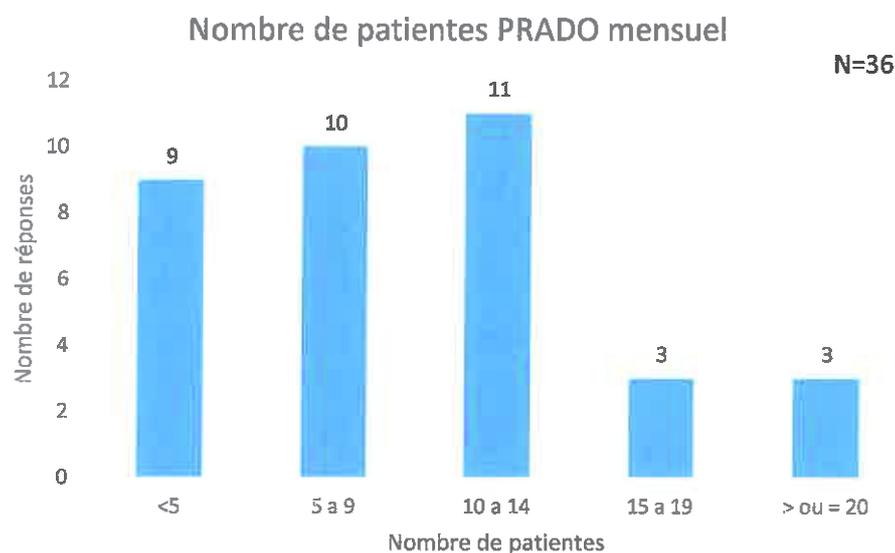
Nous avons souhaité croiser ces résultats avec la durée de l'installation en libéral. Ce test croisé vous est présenté dans le graphique qui suit.



La relation entre le nombre de non-réponses et l'installation récente en libéral est peu significative. Le nombre significatif de « non » chez les professionnels nouvellement installés en libéral nous laisse dubitatifs. Ce résultat ne nous permet pas d'affirmer à 100% une réponse fiable. En effet, il est biaisé par une installation concomitante du professionnel dans le secteur libéral et du PRADO dans nos départements.

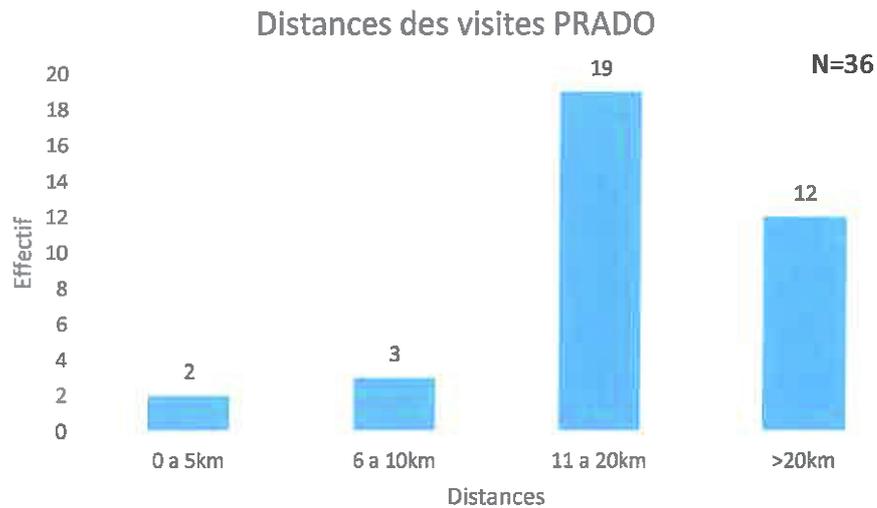
Les sages-femmes qui ont remarqué un changement d'activité depuis l'arrivée du PRADO nous ont précisé à cinq reprises qu'il s'agissait d'une nouvelle organisation du temps de travail, de l'agenda et qu'il fallait savoir être réactif. Des commentaires des sages-femmes nous ont fait part des changements dans les déplacements aux domiciles, de l'augmentation de la patientèle grâce au PRADO, de nouveaux suivis en gynécologie et en rééducation périnéale. Une sage-femme nous a transmis que le PRADO l'avait aidée à mieux se faire connaître.

Pour 34 sages-femmes, l'arrivée du dispositif PRADO leur a semblé pertinente, 2 sages-femmes ne l'ont pas trouvé pertinente. Ces deux personnes nous ont donné les explications suivantes : pour l'une d'entre elles, le but du PRADO ne devrait pas être le raccourcissement des séjours mais la prise en charge plus judicieuse de cette période si fragile pour les parents et le bébé. Pour la seconde, le PRADO est un plus pour les femmes, mais elles sont mal informées. Elles prennent parfois un rendez-vous PRADO et chez le médecin traitant la même journée. Cette sage-femme voyait également mal la corrélation entre le PRADO et le nouveau paysage de soins.



Les sages-femmes libérales étudiées voient majoritairement moins de 15 patientes par mois en suivi PRADO. Trois sages-femmes réalisent en moyenne entre 15 et 19 suivis PRADO, trois autres font plus de 20 suivis PRADO par mois.

31 sages-femmes réalisent exclusivement le suivi à domicile, 6 avouent suivre les patientes PRADO au domicile et dans leur cabinet.

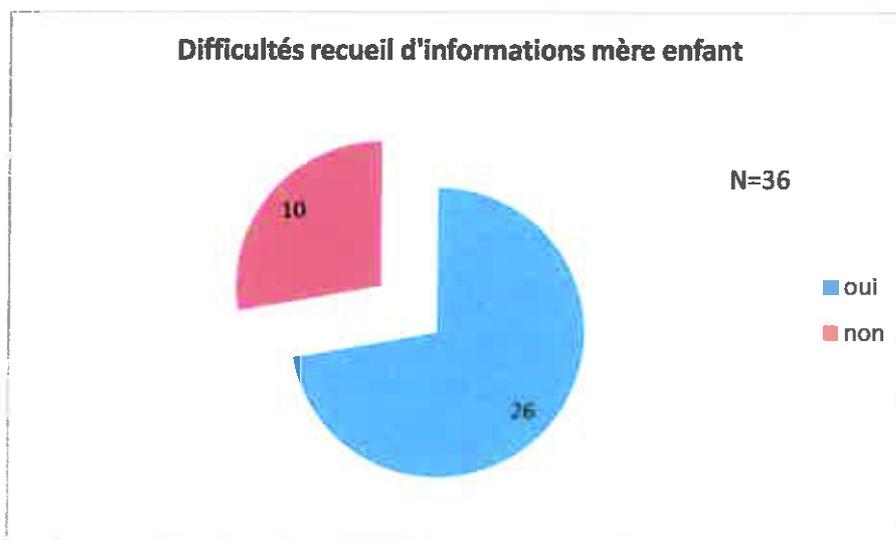


19 sages-femmes libérales ont déclaré suivre des patientes PRADO sur un périmètre de 20km et 12 au-delà de 20km. Seul 4 sages-femmes expriment ne pas excéder un périmètre de visites de 10km et 2 vont à moins de 5km. Globalement, les sages-femmes s'autorisent de larges périmètres afin de répondre à l'offre PRADO.

La visite est généralement faite dans les 48h après la sortie de maternité selon nos résultats. Les patientes sont vues une fois mais surtout à l'appréciation du professionnel (n=29). Seulement deux sages-femmes ont reconnu rendre visite aux patientes deux fois systématiquement.

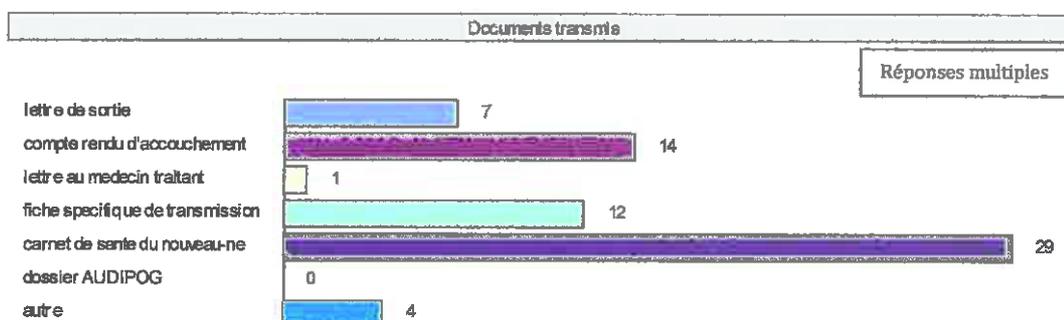
2 LES DIFFICULTES DU PRADO

2.1 DIFFICULTES CONCERNANT LES INFORMATIONS TRANSMISES SUR LA MERE ET L'ENFANT ET LA COMMUNICATION :



Nous avons observé 26 sages-femmes dans notre étude chez qui le recueil d'informations relatives à la mère et au nouveau-né constituait une difficulté. Dix ont estimé ne rencontrer aucune difficulté.

Le défaut d'information vient des maternités selon 15 sages-femmes mais très peu du conseiller de la CPAM (n=1). Le manque vient à la fois des maternités et du conseiller de la CPAM pour 9 sages-femmes. Une sage-femme n'a pas souhaité répondre.

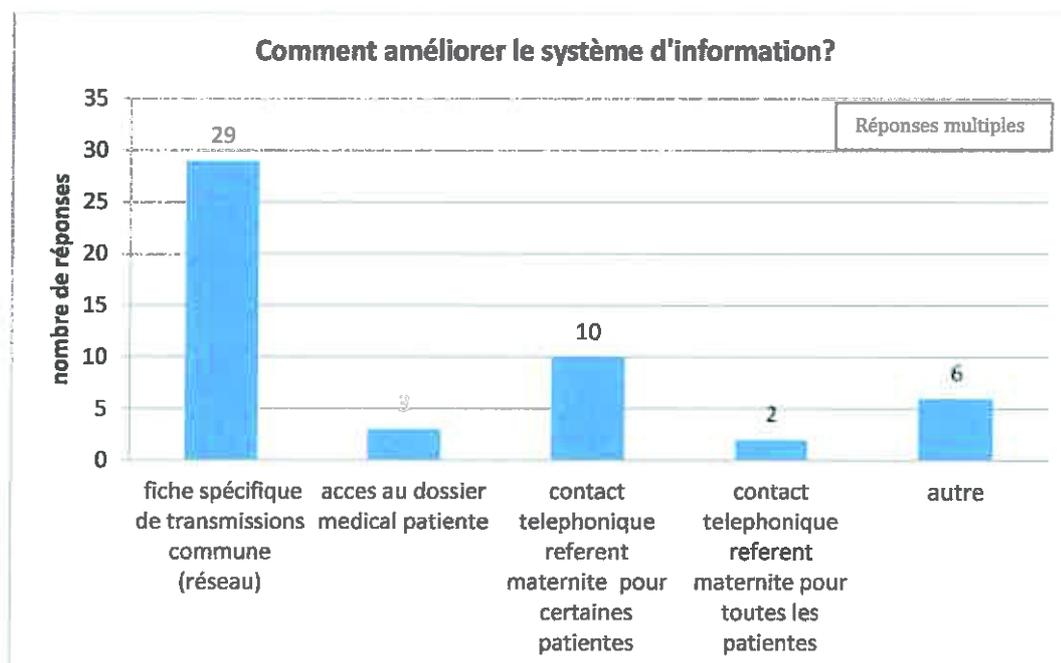


Le carnet de santé du nouveau-né est le document qui sert de liaison le plus fréquemment transmis. 29 sages-femmes l'ont cité. Le compte rendu de

l'accouchement est évoqué par 14 sages-femmes, une fiche spécifique de transmission 12 fois mais elle n'est pas en place dans toutes les maternités et est souvent oubliée selon les commentaires. La lettre de sortie compte 7 réponses et la lettre destinée au médecin traitant une réponse. La mention autre a été cochée par 4 sages-femmes et complétée par les informations suivantes : la lettre de sortie du Centre Hospitalier du Belvédère et le compte rendu de la clinique Mathilde. D'autres commentaires faisaient mention qu'il n'y avait aucun dossier de transmis et que les transmissions dépendaient des maternités. Fait plus préoccupant encore, il semblerait que parfois certaines patientes sortent de la maternité sans même recevoir le carnet de santé du nouveau-né.

Les informations d'ordre médical et psycho-social viennent à manquer pour grand nombre de sages-femmes (n=32), qu'elles soient relatives à la mère ou au nouveau-né (n=32).

Lorsque nous avons demandé aux sages-femmes si le système d'information pouvait être amélioré, 34 ont répondu « oui ».



Dans notre étude, 29 sages-femmes seraient favorables à la mise en place d'une fiche de transmissions commune à toutes les maternités pour le suivi du post-partum, élaborée en lien avec le réseau de Haute Normandie. Dix sages-

femmes souhaiteraient avoir la possibilité de contacter par téléphone un référent maternité pour compléter les transmissions de certaines patientes et deux autres pour compléter les transmissions de toutes les patientes. Seul trois sages-femmes aimeraient avoir accès au dossier médical de la patiente.

Pour 6 sages-femmes, d'autres actions permettraient d'améliorer les transmissions, notamment en favorisant la communication entre les maternités et les sages-femmes libérales, en rendant les fiches de liaison déjà existantes plus complètes mais surtout en les remettant aux patientes systématiquement. Enfin, une sage-femme a soulevé l'idée de mettre en œuvre une consultation ante natale afin de préparer le dossier et d'assurer une continuité dans la prise en charge avec le PRADO. Cette dernière action s'apparente aux actions que propose la HAS dans ses nouvelles recommandations sur les sorties de maternité.

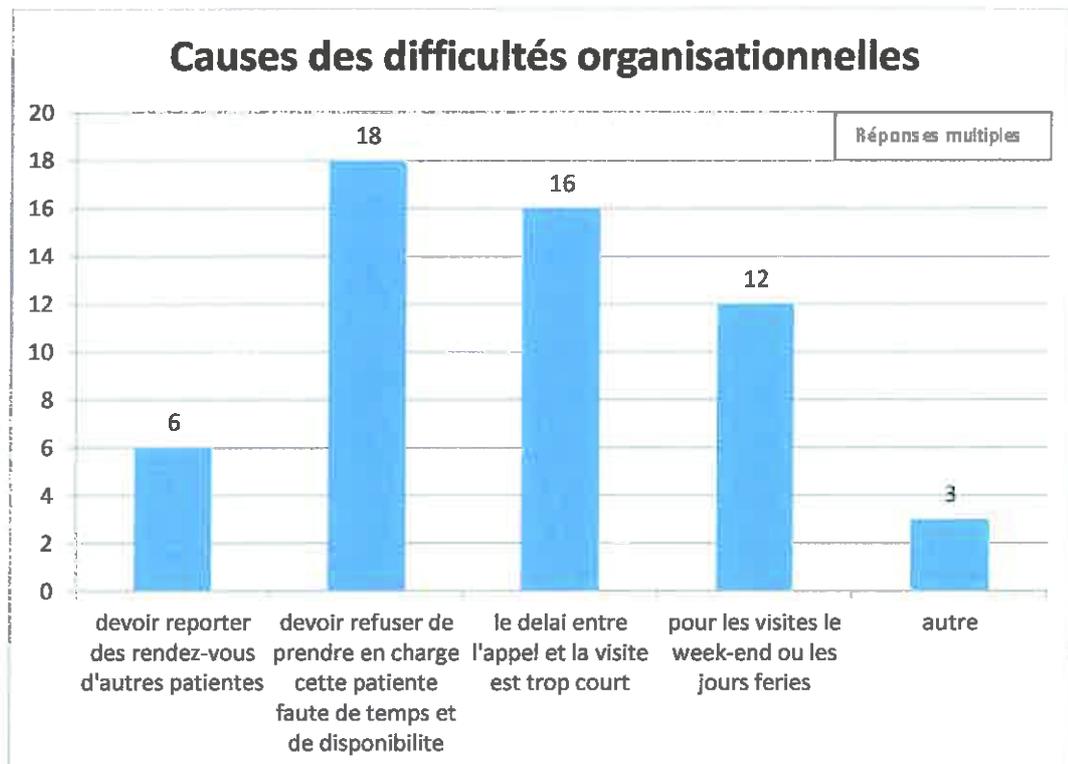
La majorité des sages-femmes libérales (n=37) sont contactées par téléphone par les conseillers PRADO de l'Assurance maladie. 22 sages-femmes sont prévenues par SMS. Le nombre total de citations, égal à 59, est supérieur à l'effectif puisque plusieurs réponses étaient possibles. Des sages-femmes sont à la fois contactées par téléphone et/ou par SMS.

Les appels téléphoniques et les SMS de l'Assurance maladie conviennent à la majorité des sages-femmes (n=32). Les quatre sages-femmes, pour qui ce système n'est pas adapté, nous expliquaient qu'il est difficile d'être disponible pour répondre aux appels lors des consultations. Faute de réponse à l'appel, les patientes sont confiées à des collègues même si la sage-femme avait réalisé le suivi ante natal. Elles nous écrivaient que les e-mails seraient plus simples pour ne pas passer à côté d'une demande et pour avoir la bonne orthographe de l'adresse des patientes, ce qui n'est pas toujours le cas au téléphone.

2.2 DIFFICULTES CONCERNANT L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE :



27 sages-femmes de notre population rencontrent des difficultés dans l'organisation de la prise en charge des suivis PRADO avec leur activité libérale, et 9 arrivent à associer l'activité du cabinet et l'organisation du suivi PRADO sans rencontrer de problème.



Les principales difficultés qui ressortent dans cette étude sur le plan organisationnel sont, par ordre d'importance, d'être amené à devoir refuser la prise en charge d'une patiente PRADO faute de temps et de disponibilité (n=18), les délais entre les appels du conseiller CPAM et la visite sont trop courts (n=16), ce qui soulève les problèmes de réactivité cités précédemment, et les visites PRADO à assurer les week-ends et jours fériés (n=12). Le fait de devoir reporter des rendez-vous d'autres patientes constitue une difficulté pour six des sages-femmes.

Les autres causes mises en avant par trois sages-femmes sont : les domiciles éloignés avec la perte de temps du transport que cela engendre, une amplitude horaire des journées par conséquent importante pour assurer le suivi PRADO dans les temps et une activité fluctuante non homogène des suivis PRADO.

Il n'existe pas de système d'astreinte pour les week-ends et jours fériés au sein des départements de Seine-Maritime et de l'Eure, comme en témoigne les 34 réponses négatives obtenues à cette question. Deux sages-femmes ont cependant répondu qu'il existait un système d'astreinte entre sages-femmes du secteur. Il doit s'agir d'un arrangement entre professionnels afin d'assurer un service de soins minimum. Une sage-femme nous a exprimé les raisons pour ne pas souhaiter adhérer à un système d'astreinte. Elle exposait que les patientes éligibles au PRADO allaient bien, qu'il n'y avait pas d'intérêts à faire augmenter les coûts par des gardes le week-end pour des patientes qui se portent bien. Le PRADO reste de la prévention, qui, comme la santé publique, peuvent attendre les jours ouvrables, alors que l'hospitalisation à domicile est différente puisqu'elle traite de la pathologie.

2.3 DIFFICULTES CONCERNANT LES PATIENTES ELIGIBLES AU PRADO :

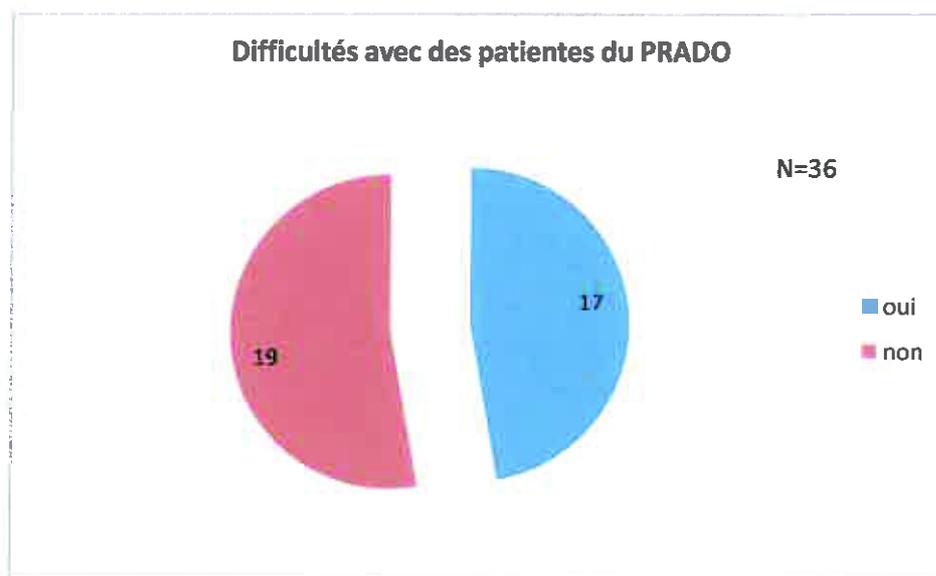
Toutes les sages-femmes nous ont répondu qu'elles informaient et proposaient le PRADO aux patientes suivies en ante natal.

Les patientes vues dans le cadre du PRADO sont plus souvent inconnues selon 22 sages-femmes mais pour les 14 autres, elles sont majoritairement connues de l'ante partum.

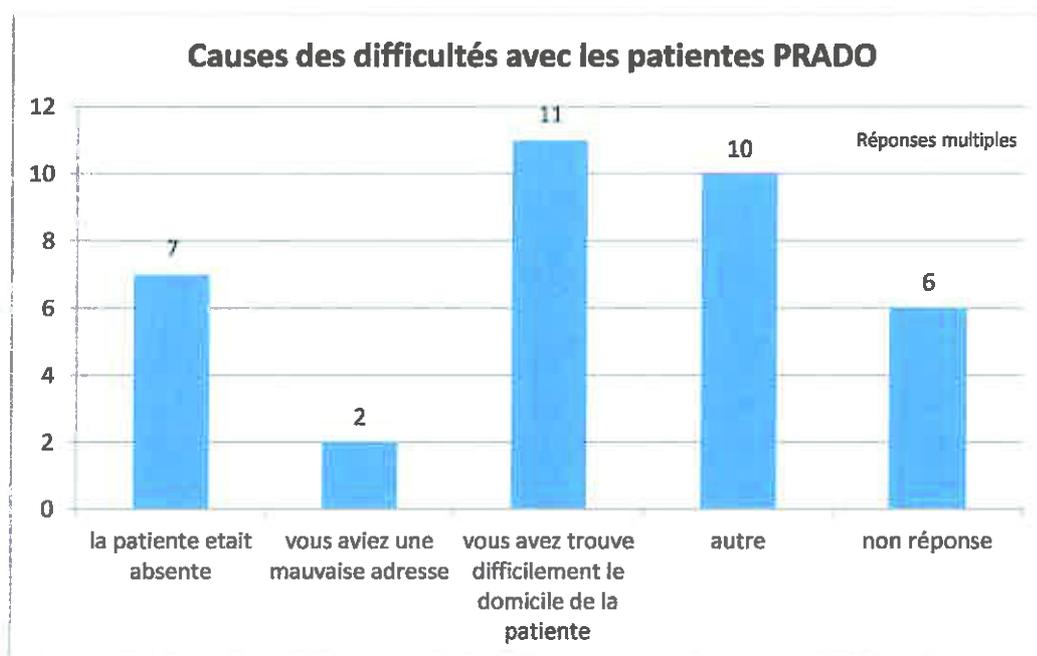
Quant à la parité, ce sont les primipares qui sont les plus demandeuses d'un suivi PRADO selon 23 sages-femmes versus les multipares pour 11 sages-femmes. Deux sages-femmes n'ont pas répondu à cette question.

14 sages-femmes estiment que les critères d'éligibilité du PRADO sont adaptés, 13 n'ont pas d'avis et 9 les trouvent trop restrictifs. Quand nous interrogeons plus précisément les sages-femmes sur le caractère trop restrictif des critères d'éligibilité, elles nous répondent que les profils de patients suivant devraient être inclus dans le PRADO :

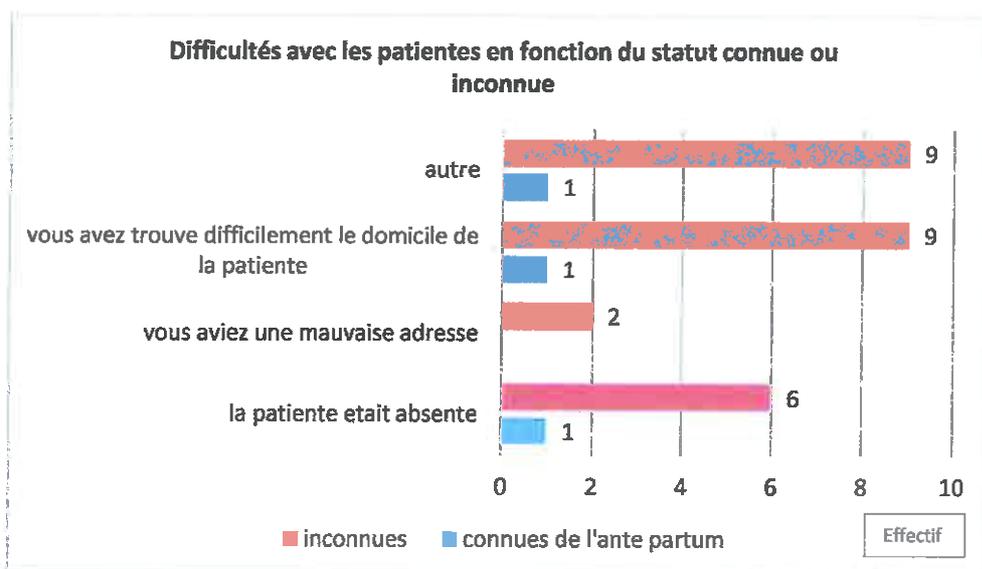
- Les patientes mineures ont été énumérées plusieurs fois.
- Les nouveau-nés hypotrophes ou macrosomes, susceptibles de rencontrer plus facilement des troubles métaboliques ou alimentaires, ont été énuméré plusieurs fois.
- Les prématurés
- Les difficultés d'allaitement maternel.
- Les suites de couches pathologiques notamment les patientes pré-éclampsiques ou anémiées pour une meilleure surveillance quand l'HAD n'est pas possible.
- Les césariennes (les patientes césarisées peuvent être prises en charge par le PRADO au sein de la région de Haute Normandie depuis juin 2014).



19 sages-femmes ne rencontrent pas de difficultés avec les patientes du PRADO, 17 en rencontrent. Nous pouvons constater que près de la moitié des sages-femmes de l'étude ont eu des problèmes avec des patientes issues du PRADO.



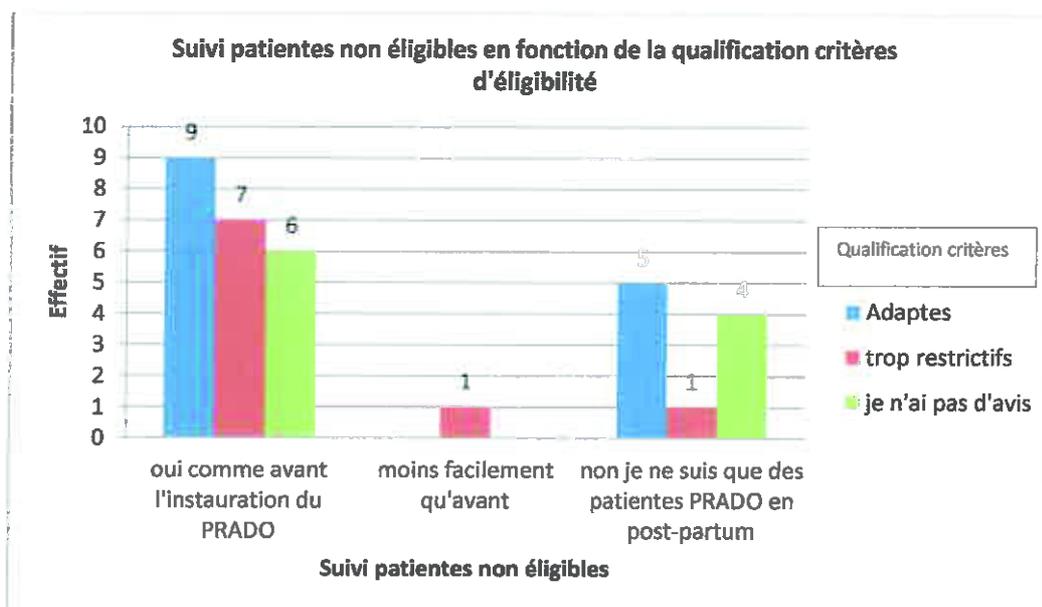
La difficulté principale, énumérée par 11 sages-femmes, est de trouver le domicile de la patiente. 7 sages-femmes ont déjà été confrontées à des situations de patientes absentes à leur domicile et 2 avaient une mauvaise adresse. Enfin, 10 sages-femmes ont rencontré d'autres difficultés. Parmi ces autres difficultés, il ressort que certaines patientes sont exigeantes sur leur rendez-vous et appellent le jour même pour décaler ou annuler le rendez-vous. Beaucoup de patientes ne voient pas l'intérêt du PRADO et annulent la visite puisque certaines maternités leur demande de prendre également un rendez-vous avec leur médecin traitant la même semaine. D'autres patientes ne répondent pas au téléphone quand il s'agit de confirmer la visite, certaines ont l'impression que la visite leur est imposée et qu'il existe des doublons avec l'HAD. Doublons qui ne devraient pas exister puisque l'HAD traite la pathologie. Enfin, une patiente n'avait pas de sécurité sociale. Nous avons obtenu à cette question un grand nombre de non-réponses puisque 6 sages-femmes ne se sont pas prononcées.



Lorsque nous confrontons les résultats entre les difficultés rencontrées avec les patientes et la connaissance ou non de la patiente en ante natal, nous nous apercevons que les sages-femmes déclarent plus de problèmes avec les patientes inconnues. Elles ont plus de difficultés à trouver le domicile (n=9) et les patientes sont plus souvent absentes lors du rendez-vous (n=6).

23 sages-femmes de l'enquête continuent de suivre en post-partum des patientes non éligibles au PRADO qui sollicitent un accompagnement, mais une sage-femme nous atteste les suivre moins facilement qu'avant, et 10 refusent les patientes non éligibles et ne suivent que des patientes PRADO. Deux sages-femmes n'ont pas souhaité répondre.

Nous avons croisé les réponses aux questions portant sur la qualification des critères d'éligibilité PRADO avec le suivi des patientes non éligibles décrit précédemment.



L'analyse croisée de ces résultats n'indique aucune concordance, les sages-femmes jugeant les critères d'éligibilité trop restrictifs ne suivent pas plus les patientes non éligibles que les sages-femmes qui trouvent les critères adaptés ou celles qui n'avaient pas d'avis.

2.4 DIFFICULTES CONCERNANT LA CHARGE DE TRAVAIL ET LA REMUNERATION DE LA PRISE EN CHARGE PRADO :

Développement de l'activité du cabinet avec le PRADO

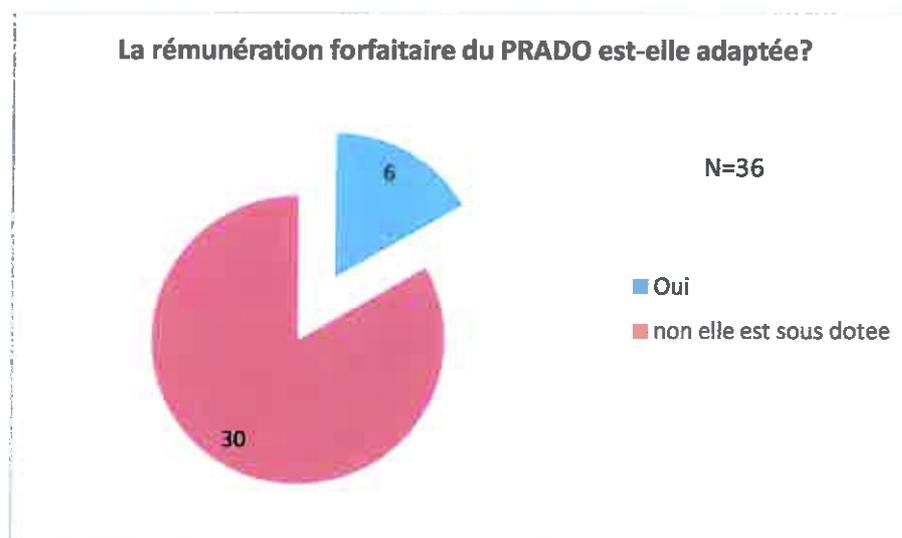


18 sages-femmes ont vu leur activité et leur chiffre d'affaire augmenter avec les suivis PRADO et 2 ont vu leur chiffre d'affaire diminuer depuis la prise en charge des suivis PRADO. 10 professionnels n'ont vu aucun changement et 2 nous

ont spécifié qu'elles s'étaient installées en libéral après la mise en place du PRADO. 4 sages-femmes n'ont pas répondu à la question puisqu'elles se sont installées en libéral après la mise en place du PRADO et ne nous l'ont pas indiqué.



La durée moyenne d'une visite PRADO, sans compter le temps de transport, est de 45 minutes pour 19 sages-femmes, de 1h pour 13 autres, de 30 minutes pour 3 et enfin de 15 minutes pour une sage-femme. La consultation PRADO est majoritairement plus longue qu'une consultation au cabinet, même sans prendre en compte le temps de transport.

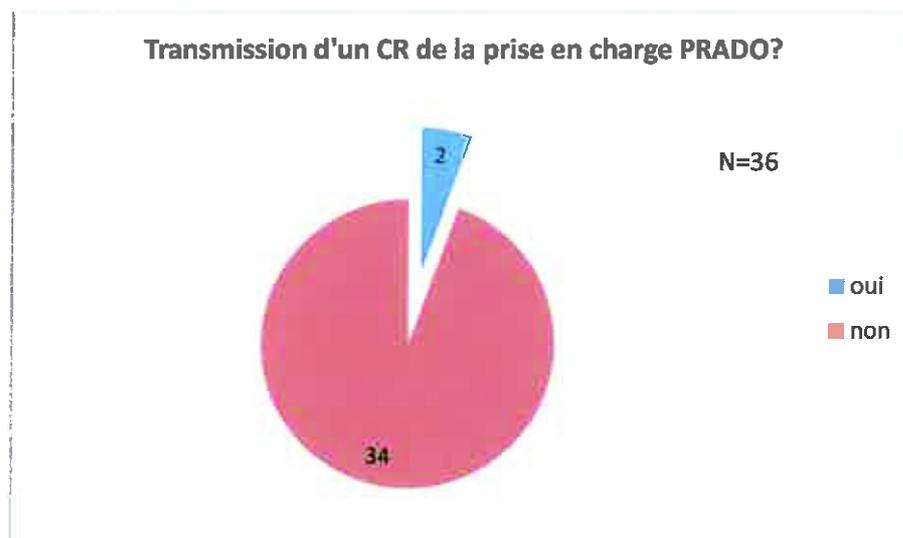


La rémunération forfaitaire de 46,20€ pour le suivi PRADO est jugée insuffisante par 30 sages-femmes auditées soit plus des trois quarts. Six sages-femmes la trouvent adaptée.

28 sages-femmes ont connaissance que la CPAM contrôle indirectement l'activité du suivi PRADO réalisé, en rappelant les patientes pour compléter leur enquête de satisfaction. Seulement 5 ont déclaré que la CPAM avait aucun moyen de contrôle et trois sages-femmes n'ont pas répondu.

Lorsque nous demandons aux sages-femmes si la CPAM leur autorise une certaine marge de manœuvre dans les déclarations de suivis PRADO qu'elles effectuent, 23 nous confient ne pas savoir, 11 nous expliquent que la CPAM reste tolérante sur les déclarations et une sage-femme affirme que la CPAM ne tolère aucun écart. Une sage-femme n'a pas souhaité répondre à cette question.

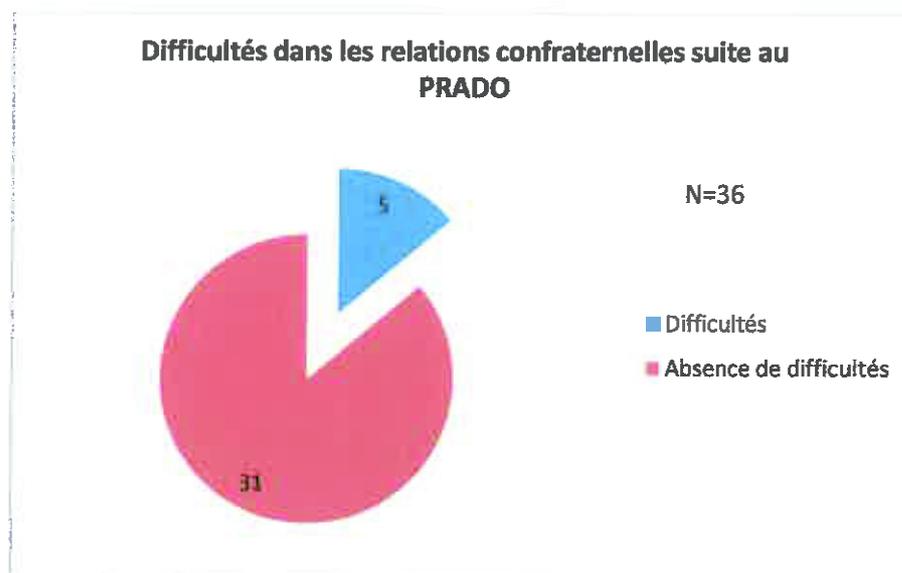
2.5 DIFFICULTES CONCERNANT LES RAPPORTS CONFRATERNELS :



34 sages-femmes interrogées ne transmettent pas de compte rendu sur leur prise en charge PRADO. Seul 2 sages-femmes nous avouent en transmette. Pour celles qui ont signalé transmettre un compte rendu, elles le donnent à la patiente, au médecin traitant et au service de PMI.

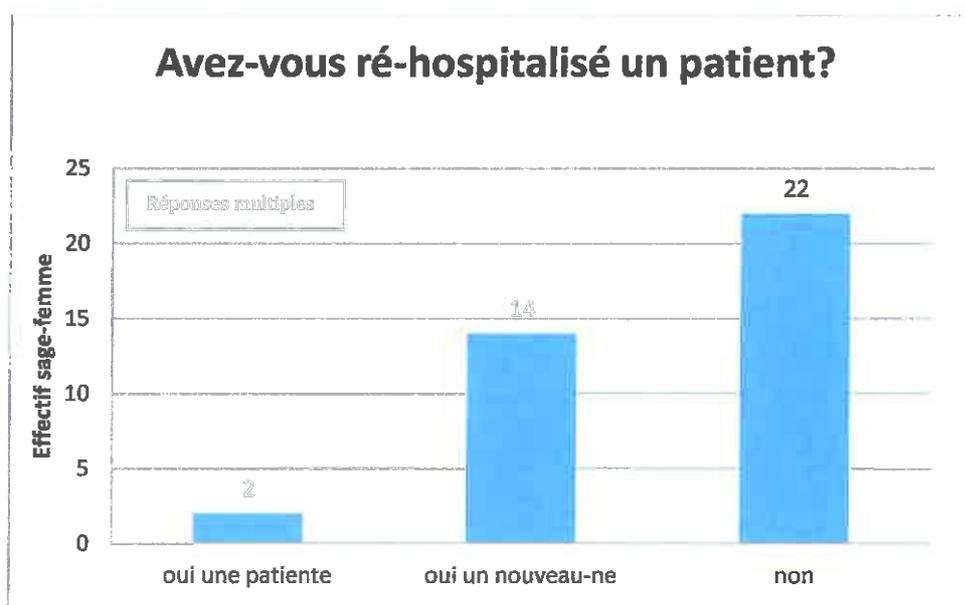


Les avis sont plus partagés quant à l'utilité d'un compte rendu. En effet, 16 sages-femmes ne seraient pas favorables à rédiger un compte rendu du suivi PRADO, 14 seraient favorables. 6 sages-femmes ne se sont pas prononcées. Les principales raisons énumérées par les sages-femmes non favorables sont : un temps de travail supplémentaire ; peu d'utilité de rédiger un compte rendu dans le cadre de la physiologie mais à développer dans les cas pathologiques, et dans tous les cas nous envoyons un courrier à l'intéressée dans les cas de pathologies ; la traçabilité est suffisante dans le carnet de santé du nouveau-né. Une sage-femme, quant à elle, laisse une feuille de transmission à ses patientes.

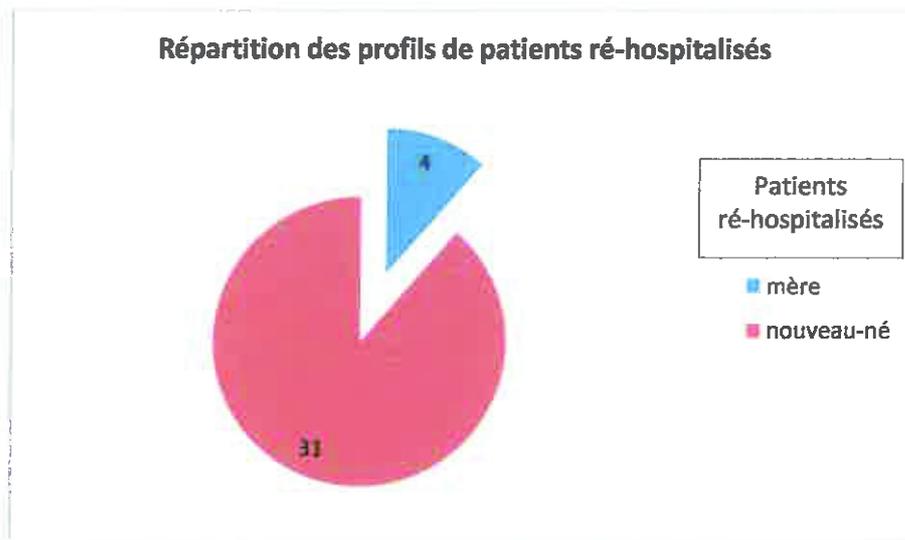


La plupart des sages-femmes, 31, n'ont pas rencontré de difficultés dans les rapports confraternels suite à une prise en charge PRADO. Cependant 5 nous confient avoir rencontré des difficultés. Pour trois sages-femmes, le conflit est né suite à la prise en charge de la patiente d'une collègue qu'elle suivait dans l'ante partum et que la CPAM n'a pu lui orienter. Pour une sage-femme, le conflit s'est manifesté avec des sages-femmes hospitalières, les accusant de ne pas inclure toutes les patientes éligibles dans le PRADO. Enfin, pour la dernière, le conflit s'est produit avec une sage-femme libérale du même secteur qui ne souhaitait pas qu'elle réalise de suivi PRADO afin de ne pas la concurrencer.

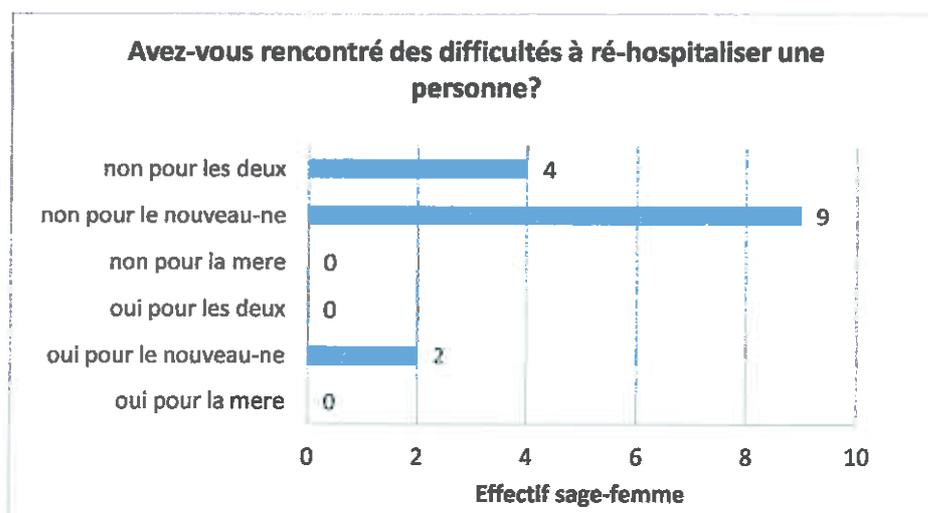
2.6 DIFFICULTES CONCERNANT LES RE-HOSPITALISATIONS :



22 sages-femmes n'ont jamais ré-hospitalisé un patient suite à une prise en charge PRADO. 14 sages-femmes ont déjà du ré-hospitaliser au moins un nouveau-né et 2 sages-femmes ont dû ré-hospitaliser au moins une patiente.



Parmi notre échantillon de population, 31 nouveau-nés et 4 patientes ont été ré-hospitalisés. Nous constatons que les nouveau-nés sont plus touchés par les ré-hospitalisations dans la prise en charge PRADO.



Les ré-hospitalisations ont été difficiles seulement pour certains nouveau-nés selon deux sages-femmes de notre échantillon. Les difficultés étaient liées à un refus de la maternité, des difficultés d'orientation du nouveau-né ou encore à cause de la séparation inévitable du couple mère / enfant. 13 autres sages-femmes attestent n'avoir rencontré aucune difficulté dans les ré-hospitalisations des nouveau-nés ou des patientes.

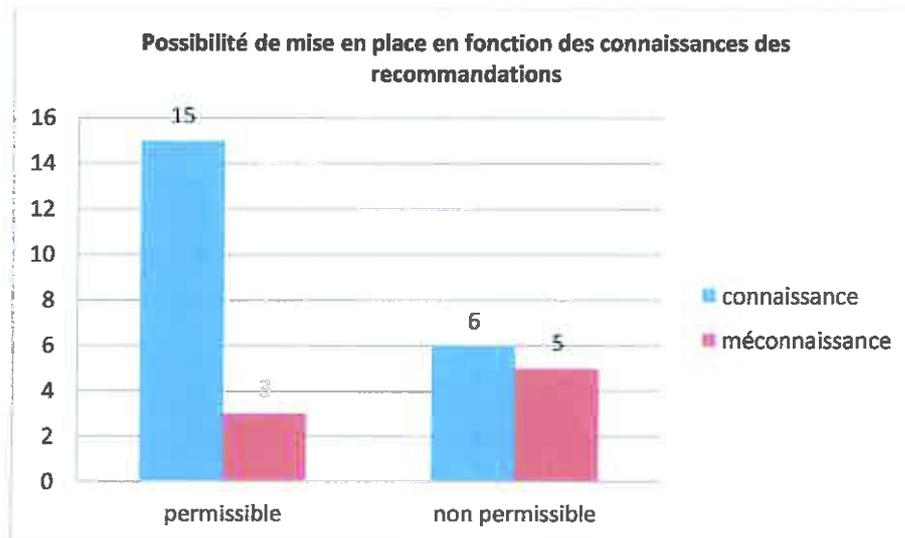
3 RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE :



Les nouvelles recommandations de la HAS sur les sorties de maternité sont connues par 22 sages-femmes de la population étudiée et donc méconnues par 14 sages-femmes.



L'offre locale de soins permet la mise en place des recommandations selon 18 sages-femmes alors que 11 affirment que l'offre ne permet pas la mise en place des recommandations. 7 sages-femmes ne se sont pas prononcées, sans doute par méconnaissance des recommandations.



Lorsque nous croisons les données des deux précédentes questions, nous nous apercevons que 3 sages-femmes, qui méconnaissent les recommandations de la HAS sur les sorties de maternité, ont tout de même affirmé que l'offre locale de soins en Haute Normandie permettait la mise en place de ces recommandations. Les 5 autres sages-femmes qui méconnaissent les recommandations ont répondu que l'offre actuelle ne permettait pas leur mise en place. Les seules réponses interprétables sont celles des sages-femmes qui connaissent les recommandations soit un nombre total N=21. 15 sages-femmes estiment que l'offre locale de soins permet la mise en place des recommandations, 6 pensent qu'actuellement l'offre ne permet pas leur mise en place.

Voici les différentes raisons que les sages-femmes nous ont avancé et qui ne permettent pas encore la mise en place des recommandations dans la région de Haute Normandie :

- Un manque d'anticipation revenu à trois reprises avec un contact qui doit se faire dès l'ante natal.
- Un paysage de l'offre incomplet pour certains secteurs et les astreintes les week-ends et jours fériés revenus également à trois fois.
- Une mauvaise organisation et communication entre les professionnels parue à deux reprises.
- Des patientes mal informées sur le PRADO ou trop tard et qui ne souhaitent pas écourter les séjours, retrouvé à deux reprises.

DISCUSSION

1 DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE :

1.1 LIMITES DE L'ETUDE

1.1.1 LA POPULATION ETUDIEE :

Le nombre de réponses que nous avons obtenu reste faible, ce qui nous pose question quant à la représentativité de la population étudiée. Cependant le taux de réponse qu'avait obtenu l'UNSSF en 2012 était le même que le nôtre c'est-à-dire environ 43%.

Nous avons obtenu plus de réponses par l'envoi postal des questionnaires avec une enveloppe de retour pré-timbrée que par e-mails. Les premières réponses par e-mails n'étaient pas totalement anonymes puisque l'adresse mail du renvoi du questionnaire était lisible. Ce n'était plus le cas ensuite avec les réponses faites sur la plate-forme informatique « google forms », mais nous pouvons penser que cela a constitué un frein aux réponses par Internet. Nous aurions certainement obtenu plus de réponses si nous avions envoyé tous les questionnaires par voie postale, mais le budget que représentait l'envoi n'était pas négligeable.

Les sages-femmes libérales étudiées étaient à majorité jeunes et / ou récemment installées dans le secteur libéral. Elles avaient peu de recul sur leur activité ce qui peut influencer la pertinence des réponses. De plus, beaucoup d'entre elles se sont installées en libéral après la mise en place du PRADO. Le questionnaire était moins bien adapté à ce profil de sage-femme ce qui peut constituer des biais dans les réponses, d'autant plus que nous n'avons pu répertorier ces sages-femmes. Il manquait un item à la question n°7 mentionnant « je ne sais pas, je me suis installée après la mise en place du PRADO », ou encore à la question n°21 où deux sages-femmes nous ont indiqué qu'elles s'étaient installées après la mise en place du PRADO. Enfin, nous aurions dû ajouter une question relative aux temps de trajet, en plus du temps de consultation PRADO, afin de la confronter aux difficultés de déplacement dans les grandes agglomérations, présentes dans l'étude de l'UNSSF.

Nous regrettons que la population étudiée dans notre étude ne soit pas identique à celle étudiée dans l'enquête de l'UNSSF en 2012. Nous ne pouvons que faire un état des lieux dans nos départements et confronter les résultats des deux études sans évaluer les écarts de façon fiable.

Nous avons rencontré des difficultés lors de la relance des questionnaires afin de récolter plus de réponses. Les réponses étant anonymes, nous ne pouvions savoir quel professionnel avait répondu, par conséquent une relance par voie postale était compliquée. La relance par e-mail était plus simple puisque, moins coûteuse et bien qu'anonyme lors des résultats, nous savions pour certains questionnaires qui avait répondu grâce à l'adresse e-mail.

Enfin nous regrettons de ne pas avoir réussi à mieux cibler la population de sages-femmes libérales qui réalisent des suivis PRADO. Plusieurs raisons expliquent cette limite. Tout d'abord, les multiples installations en libéral dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure ont fait que le site de l'association des sages-femmes libérales de Haute Normandie qui répertorie les sages-femmes libérales adhérentes par type d'activité n'était plus à jour lors de l'étude. De plus, la CPAM, après sollicitation auprès de la responsable régionale du PRADO maternité, n'a pas souhaité nous fournir de documents et d'informations, notamment leur liste des sages-femmes réalisant les visites PRADO. C'est pourquoi, nous nous sommes contentés d'argumenter notre travail avec les chiffres de la clinique Mathilde, même si nous aurions préféré connaître ceux de l'ensemble de la région de Haute Normandie.

1.1.2 LE QUESTIONNAIRE :

A la lecture des résultats obtenus, nous nous sommes rendus compte que certaines questions avaient été incomprises, probablement par manque de précision. Ces imprécisions nous ont donné des difficultés tant dans les réponses des sages-femmes libérales que dans l'exploitation des résultats. En effet, à la question n°21, il manquait un item mentionnant que la sage-femme s'est installée en libéral après la mise en place du PRADO.

Nous constatons quelques réponses incohérentes, comme par exemple à la question n°30 relative aux recommandations de la HAS et l'offre de soins. Plusieurs sages-femmes à la question sans même connaître les recommandations.

Certains questionnaires nous ont été renvoyés incomplets. Le questionnaire qui comptait trente questions, avec en plus des sous questions, était peut-être trop long à remplir et pas assez intuitif malgré un test préalablement effectué avant le début du recueil. Par exemple, la question n° 17 était composée d'un sous question nous permettant de savoir la parité des patientes suivies en PRADO, cependant deux sages-femmes n'ont pas répondu alors qu'elles avaient répondu à la première partie de la question n°17. La situation se reproduit pour les questions n°19 et n°25 mais avec cette fois 6 absences de réponses pour chacune dans les sous questions.

Nous aurions souhaité pouvoir distinguer les réponses obtenues des départements de Seine-Maritime et de l'Eure, mais il nous a été impossible de faire ce travail puisque les réponses étaient anonymes. Il aurait fallu ajouter un item à la question n°4 afin de faire la distinction.

Les questions ouvertes, bien que très enrichissantes, étaient difficiles à interpréter. Elles étaient variées mais parfois déviaient de la question posée, les rendant difficiles à interpréter.

1.2 FORCES DE L'ETUDE

Le choix de la méthode de l'étude, par questionnaire, nous a permis d'évaluer la satisfaction des sages-femmes libérales sur les plans quantitatif et qualitatif. Notre questionnaire était composé de multiples questions ouvertes afin de laisser aux sages-femmes libérales l'opportunité de s'exprimer. Ces réponses, variées et parfois étonnantes, nous ont été précieuses notamment pour émettre et justifier des propositions d'actions.

En plus de faire un état des lieux des difficultés du PRADO, la première partie du questionnaire nous a permis de faire un état des lieux sur les caractéristiques des sages-femmes libérales de la région comme par exemple leur âge, leur installation ou encore leur type d'activité.

Nous avons reçu un seul questionnaire réellement inexploitable pour les parties « difficultés du PRADO » et « recommandations de la HAS ». En effet, il avait été rempli de manière très incomplète par une sage-femme qui réalise du suivi PRADO.

2 DISCUSSION DES RESULTATS :

Nous avons confronté nos résultats à ceux de l'enquête de l'UNSSF de 2012. Les populations étudiées n'étant pas identiques, puisqu'une étude couvre le territoire national et l'autre les départements de Seine-Maritime et de l'Eure, nous ne pouvons pas analyser les écarts entre les résultats mais observer les tendances. De plus, lors de l'enquête de 2012, le PRADO n'était pas mis en place dans la région de Haute Normandie, les sages-femmes libérales, alors en activité à cette époque, n'avaient pu participer à l'étude.

Les difficultés dans le recueil d'information ont été retrouvées 26 sages-femmes libérales sur 36 de notre étude, alors que 104 sur sages-femmes sur 182 réponses avaient déclaré être en difficulté et perdre du temps avec l'absence de dossier médical en 2012. Le manque d'information vient essentiellement des maternités. L'outil principal de liaison n'est autre que le carnet de santé du nouveau-né pour 29 des sages-femmes étudiées. Le compte rendu d'accouchement n'est reçu que par 14 professionnels étudiés. Les difficultés ressenties par les sages-femmes libérales, relative à l'information médicale et sociale, ont tendance à augmenter depuis quatre ans.

Les patientes inconnues étaient retrouvées comme difficulté chez les sages-femmes en 2012 et constituaient la seconde grande difficulté. Dans notre étude, les patientes inconnues représentent une difficulté chez 22 sages-femmes sur 36 de notre population étudiée et 23 sages-femmes notifient que les patientes PRADO sont des primipares. Ces patientes sont plus fréquemment absentes que celles connues de l'ante partum, comme l'avait déjà souligné l'enquête de 2012.

Nos résultats ont montré que la majorité des sages-femmes libérales de la région ne rencontrent pas de difficultés à faire ré-hospitaliser les patientes ou les nouveau-nés. Seulement deux sages-femmes de notre échantillon ont avoué avoir eu des difficultés à faire ré-hospitaliser un nouveau-né. Ces difficultés étaient liées à des refus des maternités, des difficultés d'orientation du nouveau-né dans le service de maternité ou de pédiatrie, ou encore à cause de la séparation du couple mère / enfant. A noter que ce sont les nouveau-nés qui restent les plus touchés par une ré-hospitalisation, dans notre étude 31 nouveau-nés ont été ré-hospitalisés contre 4 patientes. Les difficultés de ré-hospitalisation avaient touché 6 sages-

femmes sur les 182 participantes en 2012 et la raison de la séparation du couple mère / enfant revenait à plusieurs reprises. Ces difficultés sont présentes dans nos départements et les raisons liées aux problèmes n'ont pas été résolues comme l'avait demandé l'UNSSF en 2012.

Les difficultés organisationnelles apparaissent chez 27 sages-femmes de notre étude. Ce résultat a peu évolué depuis 2012 puisque 51 sages-femmes n'approuvaient aucune difficulté à répondre aux demandes PRADO pour 2,1 visites par semaine. Dans notre étude, la classe modale de la question n°9 relative au nombre de patientes suivies est comprise entre 10 et 14 visites mensuelles, ce qui correspond à environ 3 visites par semaine. Ces difficultés sont principalement liées à un manque de disponibilité, retrouvée chez 18 cas de notre étude, alors qu'elle représentait 38 sages-femmes en 2012. Les difficultés du suivi les week-ends et jours fériés, de même pour les déplacements, avaient déjà été mises en avant dans l'enquête de l'UNSSF. Dans notre étude, la difficulté des week-ends semble avoir augmenté, elle est présente chez 12 sages-femmes de notre échantillon. Celle des déplacements paraît moins problématique pour les sages-femmes des départements de Seine-Maritime et de l'Eure puisque 3 sages-femmes l'ont déclaré.

Des relations confraternelles conflictuelles, déjà présentes dans 7 cas sur 182 réponses en 2012 et ayant mené à des conciliations par les conseils départementaux de l'Ordre ou à des courriers aux CPAM concernées, ont été retrouvées chez 5 sages-femmes sur 36 de notre étude. Ces conflits, toujours présents et qui devaient s'étendre selon l'UNSSF, ont pour motif principal le « vol » de patientes suivi dans l'ante partum. En 2012, l'existence d'une liste de sages-femmes réputées injoignables avait été évoquée dans l'étude, et les conseillers CPAM évitaient de les appeler. Nous avons récolté un commentaire d'une sage-femme qui nous exprimait qu'une de ses patientes suivie pendant la grossesse avait dû faire son suivi PRADO avec une autre sage-femme puisque le conseiller CPAM souhaitait rapidement trouver une sage-femme.

Les critères d'éligibilité sont jugés adaptés chez 14 de nos sages-femmes étudiées. Les critères sont trop restrictifs chez 9 de nos sages-femmes. En 2012, l'enquête mentionnait sans plus de précisions, que pour un grand nombre de sages-femmes, ces critères étaient trop restrictifs. Nous ne pouvons connaître

l'évolution des avis à cette question de façon précise, mais l'opinion semble s'être légèrement améliorée. Les césariennes ont été intégrées au PRADO depuis juin 2014, mais un bon nombre de sages-femmes semble ne pas en être informés. De plus, les réponses aux questions ouvertes nous ont montré que les critères que les sages-femmes de notre étude souhaiteraient intégrer au PRADO sont ceux de la HAD relatifs à de la pathologie. Même si les patientes ne peuvent bénéficier d'une HAD, les sages-femmes libérales peuvent effectuer une visite pathologique non systématique, répondant à une prescription médicale comme décrite dans la cotation de l'avenant conventionnel de 2015, mais qui ne peut en aucun cas être étiqueté visite PRADO. Ces visites sont rémunérées au tarif de 23€ auquel s'ajoutent les indemnités forfaitaires de déplacement et les frais kilométriques. Ces réponses nous ont fait nous interroger sur la qualité de l'information qui leur a été donnée sur le PRADO. Nous avons le sentiment qu'il y a chez certaines sages-femmes libérales une confusion entre l'HAD et le PRADO peut être dû à la prise en charge possible des suites de couches physiologiques en HAD avant le 1^{er} mars 2015. Nous pensons qu'il serait judicieux pour la CPAM ou le réseau périnatal de mené une campagne d'information sur l'ensemble des structures d'alternatives à l'hospitalisation et les critères d'inclusion dans chacun d'eux.

Toujours dans un souci d'information, nous avons été étonnés par la proportion de sages-femmes libérales qui méconnaissent ces recommandations de la HAS, 14 sur 36 dans notre étude. Ces recommandations ciblent pourtant directement les sages-femmes libérales, dont le rôle pendant la grossesse mais surtout pendant le retour à domicile ne cesse de croître. 18 sages-femmes libérales estiment que l'offre locale de soins dans la région de Haute Normandie permet la mise en place des recommandations. Nous émettons cependant des doutes sur ces résultats puisque trois sages-femmes ont déclaré que l'offre de soins était adaptée tout en méconnaissant les recommandations de la HAS.

Certains départements comme l'Isère ou la Haute Savoie possèdent un important réseau de sages-femmes libérales dont la répartition territoriale et la coopération entre professionnels en font un maillage solide et efficace. Dans ces départements, les sages-femmes libérales se passent du conseiller de l'Assurance maladie et continuent à accompagner à domicile les patientes en postnatal. Les patientes sont autonomes et actrices dans leur prise en charge puisqu'elles

contactent elles même leur sage-femme libérale pour un suivi postnatal. Nous pouvons nous poser question sur l'intérêt du PRADO à long terme et notamment la place du conseiller de la CPAM dans nos maternités. Dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure, le PRADO est encore aujourd'hui moteur pour le développement des suivis postnataux physiologiques puisqu'il se développe et permet l'expansion de l'activité des sages-femmes libérales. Conformément à l'avenant n°1 et modifié par l'avenant n°3 de la convention nationale des sages-femmes, l'Assurance maladie a mis en place un dispositif de régulation des sages-femmes libérales grâce aux conventionnements et des mesures d'incitation à l'installation dans les zones très sous dotées et sous dotées. En effet, nous sommes persuadés que les inégalités de répartition territoriales des sages-femmes libérales dans nos départements constituent un frein dans la mise en place des recommandations et la réalisation du PRADO.

Le rôle du réseau périnatal de Haute Normandie reste à définir dans le cadre des sorties de maternité. Doté d'une vision globale de l'offre sur nos départements, il devrait orchestrer l'ensemble des structures pour que maternités, sages-femmes libérales, HAD, centres de PMI et PRADO s'accordent ensembles et ainsi assurer la pertinence et la continuité des prises en charges. Dans nos départements, le réseau a peu d'actions sur les sorties de maternité, il a pourtant un rôle capital à jouer dans l'évolution des séjours en postnatal que nous connaissons.

PROPOSITIONS D' ACTIONS

Nous pensons qu'une meilleure implication des structures et des professionnels autour de l'organisation des sorties de maternité est indispensable si nous voulons que cela fonctionne.

- Tout d'abord, le réseau périnatal doit être au centre des actions mises en place afin d'améliorer la fluidité des parcours de chaque patiente et optimiser les prises en charge en fonction des besoins. Comme nous venons de le voir, beaucoup de structures s'entremêlent et les professionnels peinent à trouver leur place dans les alternatives à l'hospitalisation. Le réseau doit orchestrer l'ensemble des acteurs et permettre la mise en place d'outils en commun.

- Les sages-femmes libérales doivent couvrir plus équitablement le territoire afin d'organiser un maillage efficace, et des moyens doivent leur être proposés afin de les aider. L'avenant de la convention nationale de sages-femmes avec l'Assurance maladie incite les sages-femmes libérales à l'installation dans les zones très sous dotées et sous dotées. Ces actions doivent être poursuivies notamment en revalorisant les indemnités forfaitaires de déplacement jugées trop faibles.
- Il faut veiller à ne pas exclure les services de PMI qui prennent les suites du PRADO et de l'HAD mais qui jouent surtout un rôle essentiel dans la continuité des soins et de l'accompagnement.
- Il faut améliorer la qualité de l'information pour tous les acteurs. Les sages-femmes libérales doivent avoir des formations sur l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation mais surtout mieux connaître les critères d'inclusion de l'HAD différents de ceux du PRADO, afin de garder une cohérence dans la prise en charge. Certaines méconnaissances peuvent générer des difficultés comme nous avons pu observer dans ce travail. Par exemple, les cas signalés de doublon avec l'HAD ne devraient plus se voir si les critères sont bien connus de chacun. Les patientes doivent aussi être mieux informées sur le dispositif et son intérêt. Ainsi, elles seraient plus nombreuses à voir l'utilité du PRADO, moins absentes lors des visites et mieux impliquées dans leur prise en charge.

Plus spécifiquement, plusieurs actions d'améliorations sont souhaitables pour veiller à diminuer les difficultés que rencontrent les sages-femmes libérales des départements de Seine-Maritime et de l'Eure :

- Etendre les critères d'éligibilité du PRADO en travaillant avec la CPAM de Haute Normandie et les instances régionales. Le PRADO doit pouvoir prendre en charge les patientes mineures. Elles sont plus vulnérables, parfois seules, c'est pourquoi un accompagnement supplémentaire nous paraît indispensable en plus de la PMI. Certes, la prise en charge des mineures va à l'encontre de la définition du « bas risque maternel » des

recommandations de la HAS, c'est pourquoi un travail pluri-professionnel sur la question est obligatoire. Cependant, le fait d'être une personne mineure ne constitue pas en soi une pathologie et pourrait logiquement être pris en charge dans l'accompagnement PRADO en plus du suivi en PMI souvent réalisé dans ces situations.

- Assurer de meilleures transmissions pour les sages-femmes libérales afin de garantir la continuité des soins et faciliter la prise en charge notamment en diminuant le risque d'oublier un antécédent. Cette amélioration peut se faire soit en agissant sur la transmission du dossier médical, soit en élaborant une fiche spécifique de liaison à la sortie des séjours commune à toutes les maternités de la région grâce au réseau et en partenariat avec le PRADO. Le partage du dossier médical semble aujourd'hui difficilement faisable. Il nécessite un logiciel informatique commun à la fois à toutes les maternités et aux sages-femmes libérales, à moins qu'il soit possible avec la carte vitale mais se pose la question de la confidentialité : est-elle suffisante ? Une fiche de liaison de sortie de maternité semble plus appropriée avec les moyens que nous disposons aujourd'hui, d'autant plus qu'elle est préconisée dans les recommandations de la HAS (*annexe VII*). Cette fiche, commune à toute la région et élaborée avec le réseau périnatalité et une équipe pluri-professionnelle, devrait être donnée à toutes les patientes avec les ordonnances de sortie. En plus de la fiche de liaison, une liste de numéros directs vers des référents de maternités devrait être donnée aux sages-femmes libérales pour qu'elles puissent, si le besoin s'en fait sentir, obtenir des compléments d'informations pour certaines patientes. Le référent maternité, tel que défini dans les recommandations de la HAS, est un médecin ou une sage-femme qui est facilement joignable et a facilement accès au dossier de la patiente. Enfin, la HAS mentionne le renvoi d'un compte rendu de la prise en charge de la sage-femme libérale. Notre population étudiée est défavorable à rédiger un tel document dans 16 cas sur 36 réponses. Il n'est pas nécessaire et jugé chronophage lorsque les suites de couches

sont physiologiques, cependant il serait utile en cas de pathologie décelée selon les commentaires.

- Améliorer l'organisation des sorties de maternité afin de garantir les conditions optimales. Cette organisation doit être anticipée et abordée dès le 3^e trimestre de la grossesse, instant où la patiente est plus réceptive à l'information et où il est plus simple de s'organiser. La HAS, dans ses recommandations de 2014, évoque la place d'un référent de suivi qui peut être une sage-femme coordinatrice, la sage-femme libérale par exemple. Ce référent présent au long de la grossesse doit permettre d'agir et d'améliorer la prise en charge globale des couples mère / enfant, de l'ante au postnatal. Il est garant d'une meilleure continuité des soins et les risques relatifs à l'absence de dossier médical sont diminués. Afin d'optimiser les sorties, la définition des populations à bas risques pour les mères et les nouveau-nés, tel que définie par la HAS et accessible par Internet, doit être connue par tous les professionnels de la naissance.
- Les sages-femmes libérales de la région de Haute Normandie, bien que globalement défavorables à ce projet, devraient veiller à mettre en place un système d'astreinte pour celles qui le souhaitent. A travers le site de l'association des sages-femmes libérales de la région, nous pouvons imaginer la mise en place d'un calendrier sur lequel congés et astreintes pourraient figurer. Avec une meilleure coordination et coopération entre elles, les réponses à la demande de suivis PRADO ne pourraient qu'être améliorées aux bénéfices des patientes. Un système d'astreintes ne pourra voir le jour que si nous travaillons, avec l'assurance maladie, pour une meilleure valorisation de ces prestations grâce à des indemnités spécifiques.

CONCLUSION

En 2012, 83,2% des sages-femmes libérales françaises rencontraient des difficultés dans la prise en charge des suivis PRADO. Nous nous sommes alors demandé si ces difficultés étaient présentes dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure puisque le PRADO n'y était pas encore instauré.

Notre étude prospective et transversale, réalisée auprès de 45 sages-femmes libérales, nous a permis de dresser un état des lieux sur la population actuelle des sages-femmes libérales toutes activités confondues. L'étude nous a révélé la présence de nombreuses difficultés persistantes. L'absence de dossier médical et les patientes inconnues, le manque de disponibilité des sages-femmes rendent difficile la prise en charge PRADO. Plus discrètement, des conflits confraternels, causés par les suivis PRADO, ont été mis en avant et créent des difficultés. Les ré-hospitalisations, apparues difficiles en 2012, ne semblent pas poser de problèmes dans nos départements même si parfois la séparation du couple mère / enfant peut constituer un frein.

Nous ne pouvons pas répondre formellement à notre première hypothèse étant donné que l'information médicale et médico-sociale a été jugée insuffisante. Néanmoins, les nombreux souhaits de la mise en place d'une fiche de liaison laissent à penser qu'une information suffisante diminuerait certaines difficultés.

Les problèmes rencontrés en 2012 sont toujours présents et semblent même avoir augmentés. Nous pouvons donc infirmer notre seconde hypothèse. Aucune action d'amélioration n'a été menée depuis 2012. Les implications de l'association sages-femmes libérales et du réseau périnatal sont timides.

La présence d'un leader, le réseau périnatal, nous semble capitale pour faire cohabiter l'ensemble des dispositifs. Des outils communs de liaison doivent faire diminuer les difficultés rencontrées. Le réseau de sages-femmes libérales présente trop d'inégalités pour être pleinement opérationnel. Dans un contexte de diminution de la durée des séjours, l'anticipation des sorties doit être grandement encouragée. Les recommandations de 2014 de la HAS, sur les sorties de maternités, sont encore méconnues par plusieurs sages-femmes libérales. Elles reprennent pourtant beaucoup de difficultés traitées dans ce travail. La HAS propose des solutions justes et dresse des cahiers des charges.

L'autonomie des patientes dans l'organisation de leur prise en charge fonctionne, comme le prouve les départements de l'Isère et de Haute-Savoie, charge à nous, professionnels de santé, de s'organiser pour offrir aux usagères l'accompagnement qu'elles méritent.

BIBLIOGRAPHIE

Comité de rédaction de l'Assurance Maladie. PRADO PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile des patients hospitalisés, le champ de la maternité [en ligne]. [consulté le 25 octobre 2013]; [15 pages]. Consultable à l'URL :

http://www.cпам40.com/infoslettre/documents/L40_PRADO_SF_DIAPORAMA_02_2012-2.pdf

Ref ID : 1

Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2014, chapitre XIII : L'assurance maternité, une place à clarifier [Internet] (page 395), La Documentation française, septembre 2014 [Cité 20 mai 2016], disponible sur : www.ccomptes.fr

Ref ID : 2

Enquête de satisfaction PRADO. prado_enquete_adherents_2012.pdf [Internet]. France; 2012. Disponible sur: http://www.unssf.org/uploads/prado_enquete_adherents_2012.pdf

Ref ID : 3

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les professions de santé au 1er janvier 2014 - document de travail-statistiques [Internet]. 2014 [cité 15 juill 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf>

Ref ID : 4

Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Statistiques sages-femmes 2014 CNOF. 2014.

Ref ID : 5

Les professions de santé au 1er janvier 2013 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 22 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-professions-de-sante-au-1er-janvier-2013.11177.html>

Ref ID : 6

Données de l'annuaire du site Internet du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOF) Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuaireflib/>

Ref ID : 7

Agence Régionale de Santé. PRS professionnels de santé libéraux de proximité Haute Normandie [Internet]. 2013 avr [cité 3 juill 2016] p. 39. Disponible sur:

http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/VOTRE_ARS/publication/PRS-Groupe_prof_de_sante_avril2013.pdf

Ref ID : 8

OCDE. Panorama de la santé 2013 [Internet]. Éditions OCDE; 2013 [cité 3 juill 2016]. (Panorama de la santé). Disponible sur: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2013_health_glance-2013-fr

Ref ID : 9

Haute Autorité de Santé. Recommandations - Sortie de maternité après accouchement [Internet]. 2014 [cité 4 mai 2015]. Disponible sur:

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf

Ref ID : 10

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Loi HPST Hopital, Patient, Santé et Territoires [Internet]. 2012. Disponible sur: http://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2012/09/DO_LoiHPST_201209_06.pdf

Ref ID : 11

Assemblée Nationale. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital. [Internet]. 2010 mai [cité 15 juill 2016]. Report No.: 2556.

Ref ID : 12

OCDE. Panorama de la santé 2013 [Internet]. Éditions OCDE; 2013 [cité 14 juill 2016]. (Panorama de la santé). Disponible sur: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2013_health_glance-2013-fr

Ref ID : 13

ATIH, PMSI-MCO 2001 et 2010 [cité le 15 juillet 2016]

Ref ID : 14

CIANE Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. Sortie de maternité et bien être des femmes. Enquête sur les accouchements [en ligne]. 2012 Novembre [consulté le 13 novembre 2013]; (Dossier N°4) : [18 pages]. Consultable à l'URL : <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>

Ref ID : 15

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Loi HPST Hopital, Patient, Santé et Territoires [Internet]. 2012. Disponible sur: http://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2012/09/DO_LoiHPST_20120906.pdf

Ref ID : 16

Mise à jour Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoiHPST.pdf>

Ref ID : 17

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

Ref ID : 18

HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010 [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf

Ref ID : 19

Rapport Recommandations Pratique Clinique ANAES: RPDA – conditions pour proposer un retour précoce à domicile – Mai 2004.

Ref ID : 20

Comité de rédaction de l'Assurance CPAM Seine Maritime. Programme d'accompagnement du retour à domicile [en ligne]. Mise à jour 2013 Avril [consulté le 26 octobre 2013]; [1 page]. Consultable à l'URL : <http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/nos-actions-de-prevention/retour-a-domicile-apres-un->

[accouchement_rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime.php](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/check-list_sortie_hospitalisation_web.pdf)

Ref ID : 21

Check-list de février 2015 disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/check-list_sortie_hospitalisation_web.pdf

Ref ID : 22

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 [Internet]. 2008 sept [cité 13 juill 2016] p. 6. Report No.: N°660. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>

Ref ID : 23

Union nationale des associations familiales. Enquête périnatalité "Regards de femmes sur leur maternité". Paris: UNAF; 2010. http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf

Ref ID : 24

Définitions: réseau - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 18 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/reseau/68585>

Ref ID : 25

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

Ref ID : 26

Association « Réseaux Périnatalité en Région Haute-Normandie » [Internet]. [cité 17 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.reseaux-perinat-hn.org/page22117.asp>

Ref ID: 27

Haute Autorité de Santé. Argumentaire scientifique - Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum [Internet]. 2011 [cité 12 mai 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/situations_pathologiques_pouvant_relever

[de lhospitalisation a domicile au cours de l ante et post-partum - argumentaire - 90 pages.pdf](#)

Ref ID : 28

Protection Maternelle et Infantile (PMI) - Conseil départemental de la Nièvre [Internet]. [cité 27 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.cg58.fr/le-conseil-general/directions-services/solidarite-departementale-dsd/les-missions-de-la-dsd-1-protection-maternelle-et-infantile-pmi/1-protection-maternelle-et-infantile-pmi.html>

Ref ID : 29

Assurance Maladie. PRADO, le programme de retour à domicile [Internet]. 2015 mars. Disponible sur: www.reseau-perinatallorain.fr/app/.../PRADO+journal+du+reseau+mars+2015.pdf

Ref ID : 30

Comité de rédaction de l'Assurance Maladie CPAM du Rhône. Programme d'accompagnement du retour à domicile [en ligne]. Mise à jour 2013 Septembre [consulté le 26 octobre 2013]; [1 page]. Consultable à l'URL : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-caisse-rhone/nos-services-et-imprimés/programme-d-accompagnement-du-retour-a-domicile_rhone.php

Ref ID : 31

Puech F. Le PRADO, un programme pavé de bonnes intentions.... Revue de médecine périnatale. 2012;1-2.

Ref ID : 32

Syndicat national des pédiatres français. PRADO [Internet]. [cité 15 juill 2016]. Disponible sur: http://www.snpf.fr/files_upload/documentation/201301222233090.PRADO%20LAP142.pdf

Ref ID : 33

Données de la clinique Mathilde de Rouen : Statistiques activité PRADO depuis le lancement.

Ref ID : 34

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I : densité de sages-femmes libérales par région au 1^{er} janvier 2014

Annexe II : densité de sages-femmes libérales par département au 1^{er} janvier 2014

Annexe III : densité des sages-femmes en France et en Haute-Normandie selon le mode d'exercice

Annexe IV : carte régionale de la densité des sages-femmes libérales en octobre 2012

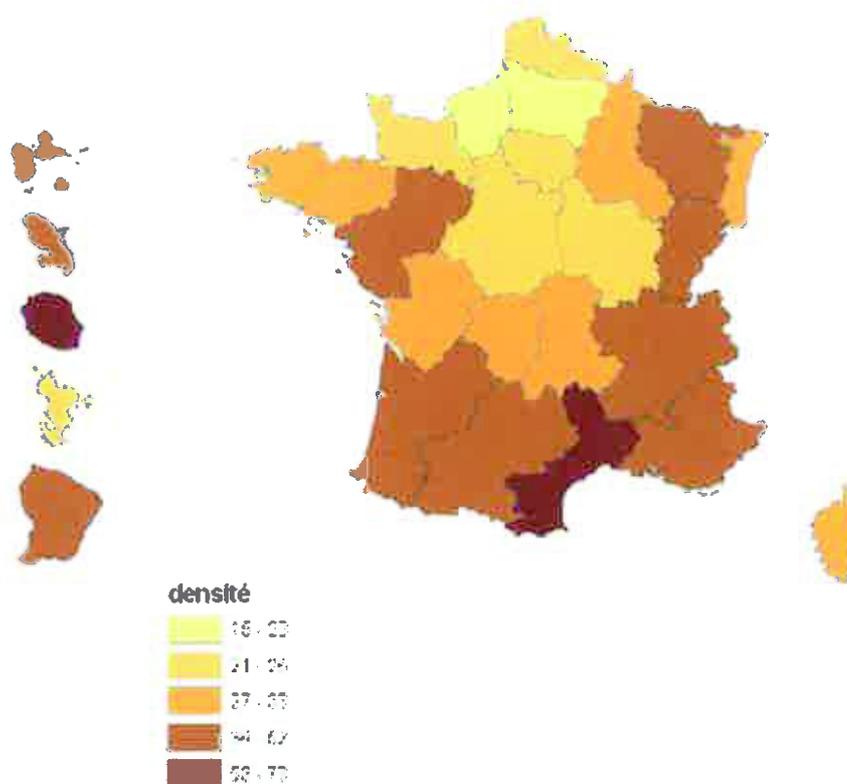
Annexe V : durée moyenne de séjour pour un accouchement normal dans l'OCDE

Annexe VI : questionnaire de l'étude auprès des sages-femmes libérales

Annexe VII : fiche de liaison maternité → suivi post-natal

Annexe I : densité de sages-femmes libérales par région au 1^{er} janvier 2014

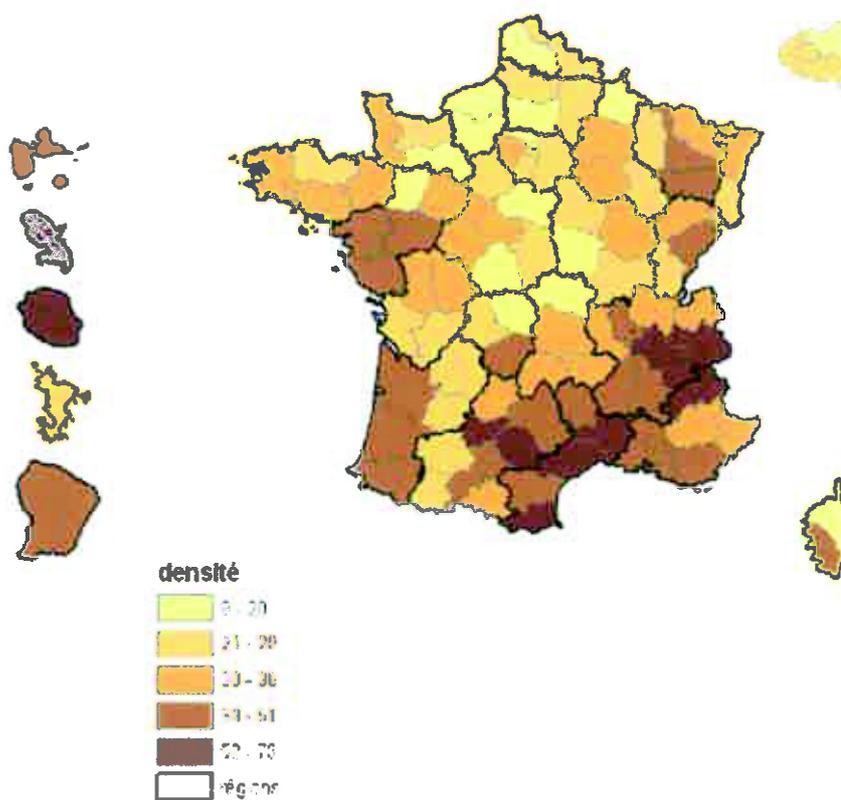
Densité de sages-femmes libérales par région au 1^{er} janvier 2014



© IGN - DREES 2014.
SOURCES : ASIP - RPPS, TRAITEMENTS DREES, INSEE - ESTIMATIONS DE POPULATION.
DENSITÉ : NOMBRE DE PROFESSIONNELS EN ACTIVITÉ POUR 100 000 FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS.

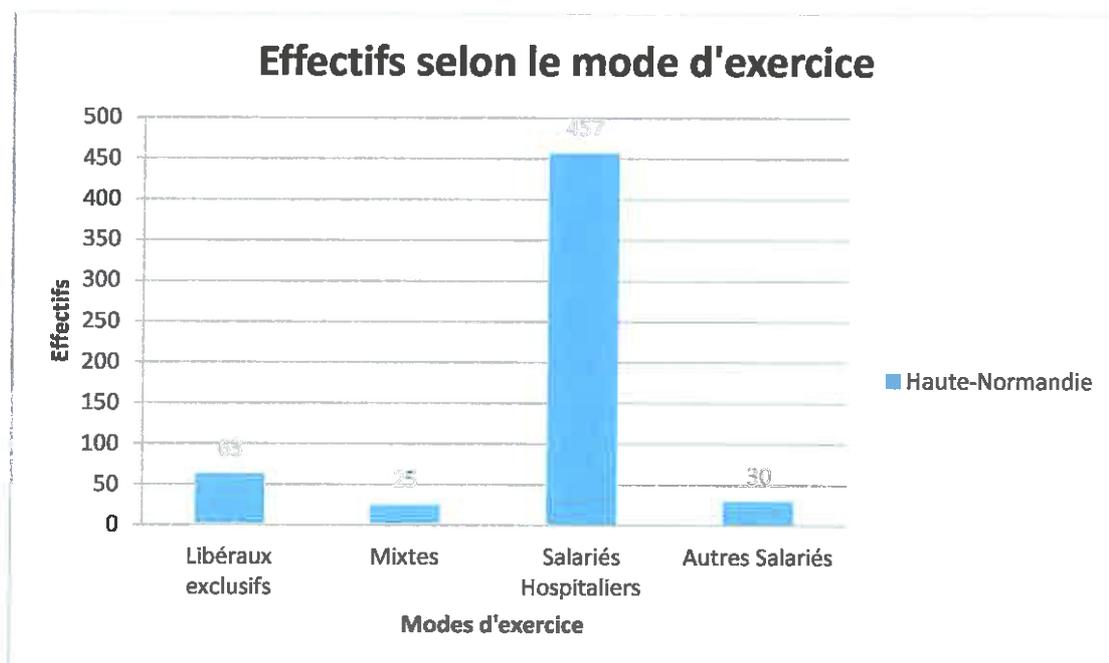
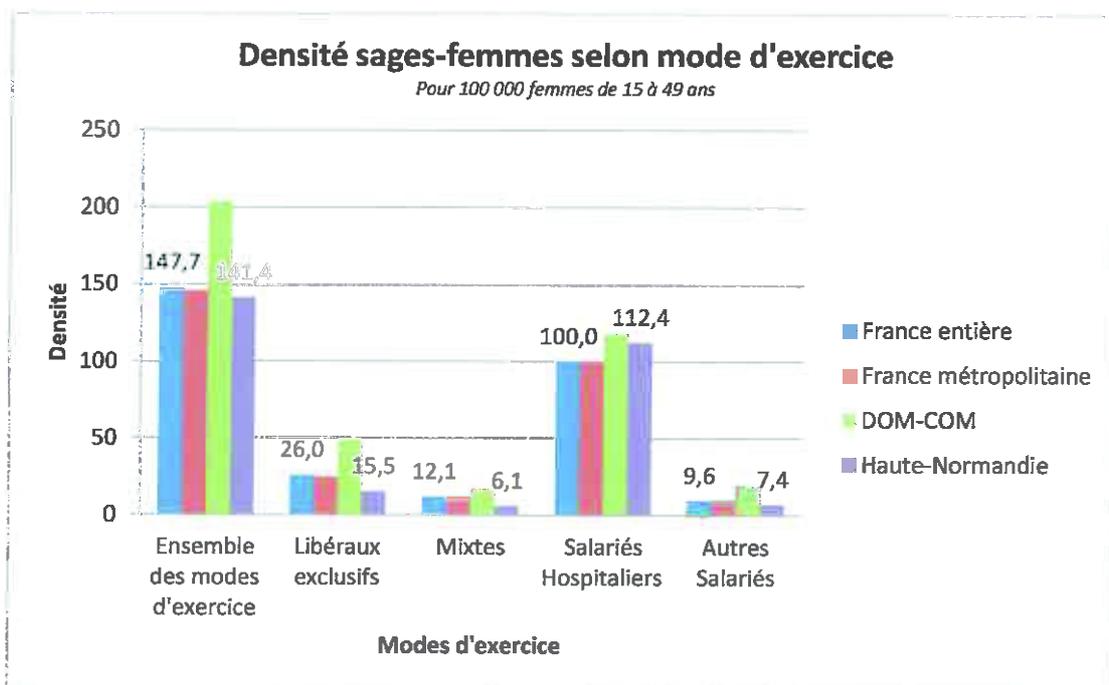
Annexe II : densité de sages-femmes libérales par département au 1^{er} janvier 2014

Densité de sages-femmes libérales
par département au 1^{er} janvier 2014



© IGN - DREES 2014.
SOURCES : ASIP - RPPS, TRAITEMENTS DREES, INSEE - ESTIMATIONS DE POPULATION.
DENSITÉ : NOMBRE DE PROFESSIONNELS EN ACTIVITÉ POUR 100 000 FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS.

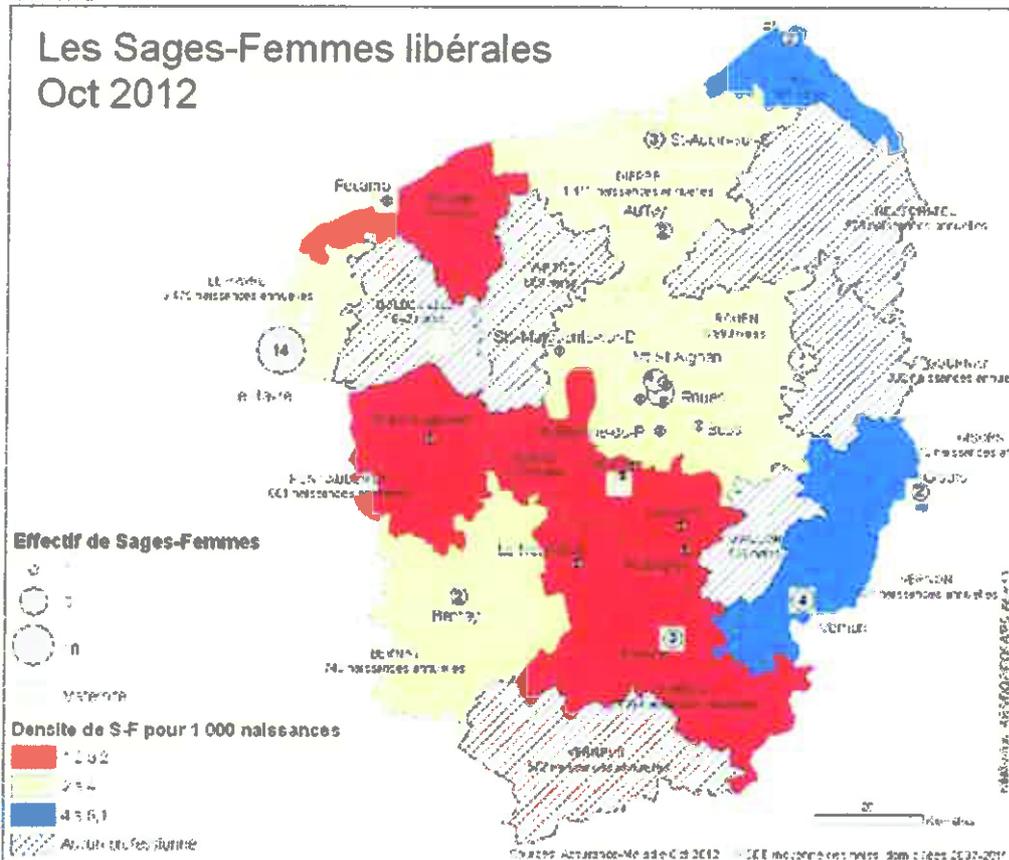
Annexe III : densité des sages-femmes en France et en Haute-Normandie selon le mode d'exercice



Source : statistiques densité et effectif 2014-2015, Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes

Annexe IV : carte régionale de la densité des sages-femmes libérales en octobre 2012

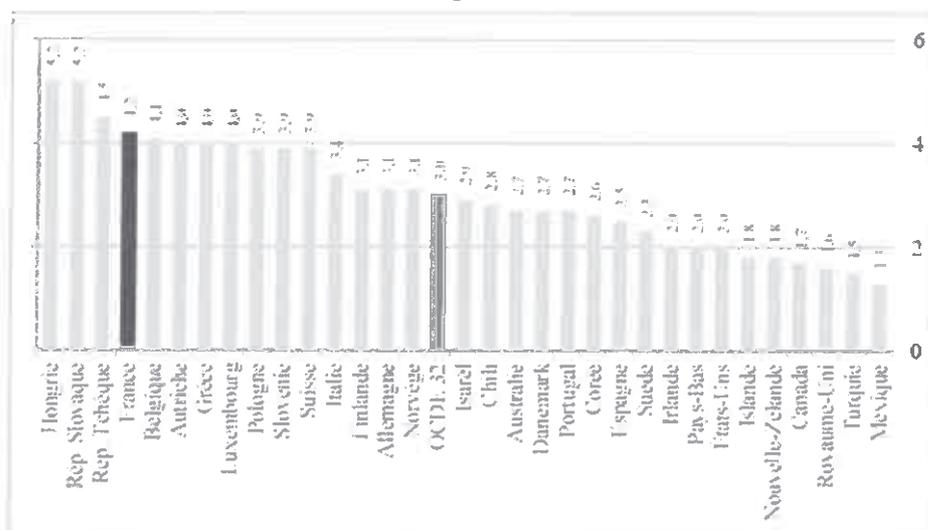
Carte 8



Source Agence Régionale de Santé. PRS professionnels de santé libéraux de proximité Haute Normandie

Annexe V : durée moyenne de séjour pour un accouchement normal dans l'OCDE

Graphique n° 3 : durée moyenne de séjour pour accouchement normal dans l'OCDE



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013 - durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2011 (ou année la plus proche)

Annexe VI : questionnaire de l'étude auprès des sages-femmes libérales

ENQUETE DU DISPOSITIF PRADO EN MATERNITE

AUPRES DES SAGES-FEMMES LIBERALES DE LA REGION DE HAUTE-NORMANDIE

Bonjour,

Je m'appelle Clément BELLAMY et je suis étudiant en dernière année de sciences médicales à l'école de Rouen.

Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) et les difficultés que les Sages-femmes libérales peuvent rencontrer dans sa mise en place. Je réalise mon enquête auprès de toutes les Sages-femmes libérales des départements de Seine-Maritime et Eure à l'aide d'un questionnaire anonyme que vous trouverez ci-après. Les six premières questions sont adressées à toutes les Sages-femmes libérales, celles qui suivent s'adressent seulement aux Sages-femmes qui réalisent des suivis PRADO.

Je vous serais infiniment reconnaissant de m'accorder de votre temps en répondant à ce questionnaire afin de m'aider dans l'élaboration de ce travail.

Je vous remercie d'avance de me faire parvenir ce questionnaire avant le 25 mars dans l'enveloppe pré-timbree prévue à cet effet et jointe à ce document.

Respectueusement

Clément BELLAMY

RENSEIGNEMENTS GENERAUX :

1. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?

- < 5 ans 5 à 9 ans 10 à 19 ans 20 à 29 ans 30 à 40 ans

2. Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) en libéral ?

- < 5 ans 5 à 9 ans 10 à 19 ans 20 à 29 ans 30 à 40 ans

3. Votre activité libérale est-elle ?

- exclusive à temps partiel

* Si vous êtes poly active, où pratiquez-vous le reste du temps ?

- en maternité en PMI

4. Vous exercez plutôt en milieu :

- rural urbain

5. Vous pratiquez selon un mode d'exercice :

- individuel
 en association avec d'autres sages-femmes
 en collaboration avec d'autres sages-femmes
 dans le cadre d'un exercice interprofessionnel en centre pluridisciplinaire

* Disposez-vous d'un local prévu à votre exercice ?

- oui non

6. Quel type d'activité libérale proposez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- consultation de grossesse échographie véhéculamion périnéale suivi PRADO
 suites de couches à domicile PNP gynécologie de prévention visite post natale

Si vous ne réalisez pas de suivi PRADO, le questionnaire s'arrête à cette question. Je vous remercie pour votre participation.

7. La mise en place de PRADO vous a-t-elle fait considérablement changer votre activité ?

- oui non

Si oui, de quel(s) changement(s) s'agit-il ?

8. L'arrivée du dispositif PRADO vous a-t-elle semblé pertinente vu le nouveau paysage de l'offre de soins et l'évolution des séjours de maternité ?

- oui

non, pourquoi ?

9. Combien de patientes approximativement suivez-vous par mois dans le cadre du PRADO ?

- 45 5 à 9 10 à 14 15 à 19 20 ou = 20

10. Où réalisez-vous la surveillance PRADO ? au domicile à votre cabinet les deux

* Si vous êtes au domicile à quelle distance géographique de votre cabinet accédez-vous à réaliser

les visites ? 0 à 2km 2 à 10km 11 à 20km > 20km

* Après la venue de la patiente, la visite est faite dans les ? 24h 48h

* Généralement vous suivez les patientes ? 1 fois 2 fois systématiquement

à l'appréciation de la situation

II. LE PRADO ET SES DIFFICULTÉS

A. Concernant les informations transmises sur la mère et le fœtus et la communication

10. Rencontre-t-on des difficultés à obtenir des informations relatives au compte mère/fœtus ?

- oui non

* Si oui, de la part de quel(s) intervenant(s) vous vient ce manque ?

- la maternité le conseiller CPAM les deux

* Quels documents de liaison vous sont donnés ?

- lettre de sortie compte rendu d'accouchement
 lettre au médecin traitant fiche spécifique de transmission
 carnet de santé du nouveau-né dossier AUDIPOG
 autre :

* Il vous manque des informations relatives ? à la mère au nouveau-né aux deux

* Ces informations sont d'ordre ? médical psycho-social aux deux

12. Pensez-vous que le système d'information puisse être amélioré ?

- oui non

Si oui, par quel(s) moyen(s) ?

En désignant spécifiquement une fiche de transmission pour le suivi du post-partum commune à tous les établissements (en lien avec le réseau de Haute Normandie).

En ayant accès au dossier médical de la patiente.

En ayant la possibilité de contacter par téléphone un pédiatre spécialisé et avoir des transmissions plus complètes pour certaines pathologies.

En ayant la possibilité de contacter par téléphone un réseau maternité et avoir des transmissions plus complètes pour toutes les patientes.

Autre :

13. Comment le conseiller de la CPAM se met-il en relation avec vous ?

- par téléphone par SMS par mail autre :

* Utilisez-vous les systèmes de communication adaptés ? oui non

Si non, pourquoi ?

B. Concernant l'organisation de la prise en charge

14. Rencontre-t-on des difficultés à vous engager dans votre activité pour prendre en charge les patientes qui relèvent du PRADO ? oui non

* Si oui, pour quelle(s) raisons ?

devoir reporter des rendez-vous d'autres patientes.

devoir refuser de prendre en charge cette patiente faute de temps et de disponibilité.

le délai entre l'appel et la visite est trop court.

pour les visites le week-end ou les jours fériés

autre :

19. Rencontrez-vous des difficultés avec des patientes souhaitant un accompagnement PRADO ?

oui non

Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

- la patiente était absente
- vous aviez une mauvaise adresse
- vous avez trouvé difficilement le domicile de la patiente
- autre

20. Suivez-vous en post-partum des patientes non éligibles au PRADO mais qui vous sollicitent quand même ?

- oui comme avant l'instauration du PRADO
- moins facilement qu'avant
- non je ne suis que des patientes PRADO en post-partum

21. Charge de travail et rémunération de la prise en charge PRADO

21. Le suivi PRADO vous a-t-il permis de développer votre activité et votre chiffre d'affaire ?

- oui, mon activité et chiffre d'affaire se sont vu augmentés
- je n'ai vu aucun changement dans mon activité et mon chiffre d'affaire
- non, mon activité et chiffre d'affaire ont diminué

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

- 15 min 30 min 45 min 1h

23. La rémunération forfaitaire de la CPAM, coté SPM 5.5 d'un montant de 45,21€, vous semble-t-elle adaptée comparé aux frais annexes engendrés par ces visites (trajet, temps...) ?

- oui non elle est sous-évaluée

15. Existe-t-il un système d'astreintes les week-ends et pour fêtes organisées entre sages-femmes libérales ? oui entre les sages-femmes du secteur non

* Êtes-vous membre de ce système d'astreintes ? oui non

Pourquoi ?

C. Concernant les patientes éligibles au PRADO

16. Informez-vous et proposez-vous à vos patientes lors du suivi de grossesse de la possibilité de les prendre en charge après l'accouchement dans le cadre du PRADO ? oui non

17. Les patientes que vous rencontrez dans la prise en charge PRADO vous sont-elles à majorité ?

connues de l'ante partum inconnues

* Elles sont majoritairement : étrangères françaises

18. Comment qualifieriez-vous les critères d'éligibilité PRADO de la CPAM ?

Adaptés trop restrictifs je n'ai pas d'avis

* Selon vous, quel(s) profil(s) de patientes n'entrant pas dans les critères devrait pouvoir en bénéficier ?

24. La CPAM a-t-elle un moyen de contact ou l'adresse PRADO que vous utilisez ? oui non

Si oui, lequel ?

Vous autorisez-t-elle une certaine marge de manœuvre dans vos déclarations ?

- oui, la CPAM reste tolérante sur nos déclarations
- non, la CPAM ne nous autorise aucun écart
- je ne sais pas

E. Concernant les rapports confraternels

25. Transmettez-vous un compte rendu de votre prise en charge PRADO ? oui non

* Si oui, à qui l'adressez-vous ? la maternité le médecin traitant la CPAM

* Si non, seriez-vous favorable à faire un compte rendu ?

- oui non, pourquoi ?

26. Avez-vous rencontré des difficultés de relations confraternelles suite à la prise en charge d'une patiente relevant du PRADO ? oui non

* Pour quelle(s) raison(s) le conflit est né ?

votre collègue servait la patiente dans l'entre-soin et le PRADO n'a pu lui apporter

la patiente relevant du secteur géographique de votre collègue.

autre(s) motif(s)

F. Concernant les ré hospitalisations

27. Avez-vous été amenée à devoir ré hospitaliser une patiente ou un nouveau-né ?

- oui une patiente, nombre de fois :
- oui un nouveau-né, nombre de fois :
- non

28. Avez-vous rencontré des difficultés à faire ré hospitaliser une personne ?

- oui pour la mère oui pour le nouveau-né oui pour les deux
- non pour la mère non pour le nouveau-né non pour les deux

* Si oui, ces difficultés étaient liées à ?

- un manque de place à la maternité un refus de la maternité
- un refus de la patiente la séparation du couple M, E

Parallèlement à l'offre PRADO, la Haute Autorité de Santé a publié en mars 2014 des recommandations de bonnes pratiques sur les conditions et l'organisation du retour à domicile après l'accouchement.

29. Avez-vous eu connaissance de ces recommandations ? oui non

30. Selon vous, l'offre locale de soins permet-elle aujourd'hui la mise en place de ces recommandations ?

- oui
- non, pourquoi ?

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

Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à ce questionnaire.

Annexe VII : fiche de liaison maternité → suivi post-natal

Fiche de liaison Maternité → suivi en post partum immédiat

Nom, prénom et signature de la personne ayant renseigné la fiche
Téléphone

Adresse de la patiente (si différent)

Précisions utiles (AMP, DPN, accompagnement psychologique ou social)

A l'attention du professionnel de santé effectuant le suivi

Coordonnées

Déjà prise en charge Par la femme Par l'établissement de santé
 Dans le cadre du PRADO Autre

Maternité

Personne à contacter en cas de nécessité
 Pour la mère
 Pour le nouveau-né

Nom, prénom de la patiente

Date de naissance / /

Adresse

Codé postal
Etage
Téléphone

en suite vit en couple

Couverture sociale

SS-Mutuelle Sécurité Sociale CMU AME Absence de couverture

Situational

Sage-femme Générale

Nom, prénom

Tel

* Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage exclusif du destinataire indiqué et doivent être strictement confidentielles. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la personne citée dans le document est formellement interdite.

ANTÉCÉDENTS

Généralité : Partir Groupe Rénus SAJ

Tuoplasmosis : date et résultat de la dernière sérologie : _____

Antécédents médicaux ou obstétricaux particuliers : _____

GROSSESSE

Grossesse normale Pathologie maternelle (préciser) : _____

Pathologie fœtale (préciser) : _____

ACCOUCHEMENT

se / / / à / h / min / sec / Terme : _____

Soit sans complication Forcés / Ventouses / Césarienne sous : _____

Complications (préciser le cas échéant) de la délivrance d'anesthésie autre : _____

ÉVALUATION

Distorsion simple / compliquée Épisiotomie

Périnée complet Cicatrice de césarienne avec complication

Échec(s) des fil(s) élastiques Fil(s) agrafes à retirer à : J _____

Hématome Hémorroides involuantes

PÉRIODE POSTNATALE EN MATERNITÉ

Physiologique Pathologique (préciser) : _____

Date et durée de l'hyperhémie connue

Traitement en cours antitoxiques anticoagulant autres (préciser) : _____

* Ces informations contenues dans les documents ci-dessus sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué (ci-dessus). Seules les données communiquées par email, ainsi que par la plateforme de reproduction, ont la date et l'heure de mise à jour indiquées.

Présentation de contraception	Privilège	Non cumulatif	Fait	A faire
Vaccination anti-coqueluche				
Vaccination anti-rubéole				
Immunoglobulines anti-D				

NOUVEAU-NE (cf. carnet de santé)

Nom, prénom : _____ M F

Poids de naissance Poids le plus bas Date : _____

Jumeaux, prénom de 1^{er} M F

Poids de naissance Poids le plus bas Date : _____

Alimentation Sein Mixte Préparation pour nourisson Mixte

Gutture Fat à faire (poudre bouillie avec lactose enve-oppe)

Débutage de la toilette Fat à brocose

Points à surveiller

Alimentation Ictère Infection

Prise de poids Autre (préciser) : _____

SORTIE

à J _____

Accompagnement (U, AZ, O, O, S, U, U)

Sage femme libérale Sagesse générale

Puéricultrice (PMU) Pédiatre

TISF Soins à l'allaitement (préciser) : _____

Psychologue Autre (préciser) : _____

