



HAL
open science

Évaluation du dispositif PRADO, sortie standard de maternité, au sein de la pratique des sages-femmes libérales : étude menée auprès de 76 sages-femmes libérales exerçant en Auvergne

Aurélie Brun

► To cite this version:

Aurélie Brun. Évaluation du dispositif PRADO, sortie standard de maternité, au sein de la pratique des sages-femmes libérales : étude menée auprès de 76 sages-femmes libérales exerçant en Auvergne. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01826488

HAL Id: dumas-01826488

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01826488>

Submitted on 29 Jun 2018

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

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

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**Evaluation du dispositif PRADO, sortie standard de maternité,
au sein de la pratique des sages-femmes libérales.**

Etude menée auprès de 76 sages-femmes libérales exerçant en Auvergne.

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

BRUN Aurélie

Née le 11 janvier 1994

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**Evaluation du dispositif PRADO, sortie standard de maternité,
au sein de la pratique des sages-femmes libérales.**

Etude menée auprès de 76 sages-femmes libérales exerçant en Auvergne.

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

BRUN Aurélie

Née le 11 janvier 1994

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2017

Remerciements

A Madame TARRAGA Elisabeth, sage-femme et directrice de ce mémoire,
Pour son implication, sa disponibilité et ses précieux conseils.

Aux sages-femmes libérales d'Auvergne,
Pour leur participation à cette étude.

A l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand,
Pour leur enseignement et leur encadrement.

A mes parents,
A ma famille et mes ami(e)s,
Pour leur encouragement, leur présence et leur confiance tout au long de ces cinq années.

A ma tante,
Pour sa relecture et ses conseils.

A toute ma promotion,
Pour les bons moments partagés durant ces études de sage-femme.

A Antoine, pour sa présence à mes côtés et ses encouragements.

Glossaire

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

ARS : Agence Régionale de Santé

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

BS : Bilirubinémie Sanguine

BTC : Bilirubinomètre Transcutané

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPR : Commission Paritaire Régionale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

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

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HSPT : Loi Hôpital Santé Patients Territoire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

ONSSF : Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RSPA : Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne

T2A : Tarification à l'activité

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

URPS : Union Régionale de Professionnels de Santé

Sommaire

Introduction.....	3
Revue de la littérature.....	5
1. Contexte de la mise en place du PRADO maternité.....	6
1.1. Évolution durée moyenne de séjour en France.....	6
1.2. Contexte des recommandations pour la durée moyenne de séjour.....	7
1.3. Ressentis des professionnels de santé et des mères.....	8
1.4. Exemples européens d'accompagnement dans le post-partum.....	10
2. L'accompagnement après la sortie de maternité.....	11
2.1. Les compétences de la sage-femme dans le post-partum.....	11
2.2. Accompagnement et suivi du post-partum.....	13
2.3. Démographie des sages-femmes libérales.....	13
2.4. Autres acteurs impliqués.....	15
3. Le PRADO maternité, durée de séjour standard.....	16
3.1. Les enjeux et objectifs du PRADO.....	17
3.2. Son déroulement.....	18
3.3. Sentiments sur le dispositif PRADO.....	22
Matériels et Méthode.....	27
1. Présentation de l'étude et objectifs.....	28
2. Matériels.....	29
3. Méthode.....	29
Résultats.....	32
1. Description de la population de l'étude.....	33
2. Les transmissions.....	36
3. Difficultés rencontrées.....	40
4. Intérêts du dispositif PRADO.....	49
5. La part du PRADO dans l'activité libérale.....	51
6. Suggestions et remarques des sages-femmes libérales.....	56

Discussion.....58

1. Forces et faiblesses de l'étude.....59
2. Les difficultés du dispositif PRADO.....61
3. Complications maternelles et néonatales dépistées dans le suivi PRADO.....65
4. Intérêts du dispositif PRADO pour les patientes et les sages-femmes69
5. La place du PRADO dans l'activité des sages-femmes libérales71
6. Les projets d'action.....73

Conclusion.....76

Références bibliographiques

Annexes

Introduction

La réduction du temps de séjour en maternité est une évolution observée dans la plupart des pays de l'Union Européenne. Cette diminution de la durée moyenne des séjours, relativement récente en France, s'inscrit dans un contexte de restructuration du système de soins avec la fermeture de maternités et des modifications de la rémunération des séjours hospitaliers. Quelle que soit la durée du séjour, une part importante des femmes se sent dans un état de fragilité ou d'insécurité à la sortie de la maternité. Suite à plusieurs enquêtes notamment celle de la DREES en 2006, les femmes ont pu exprimer leurs souhaits d'un meilleur accompagnement lors du retour à domicile.

L'Assurance Maladie a mis en place le dispositif PRADO, PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile, volet maternité pour unifier et généraliser le suivi des femmes et de leurs nouveau-nés suite au séjour en maternité. Ce dispositif a été expérimenté dans trois départements puis s'est rapidement généralisé à l'ensemble du territoire à partir de 2013.

Depuis son application, le dispositif PRADO a su répondre aux besoins exprimés par les femmes, sa mise en place semble donc pertinente. Ce dispositif suit la croissance du nombre de sages-femmes libérales ces dix dernières années en France. Il a connu un élargissement de son offre aux patientes césarisées et une expérimentation est réalisée dans différents départements pour bientôt l'appliquer aux sorties précoces.

La sage-femme peut être le professionnel de premier recours en périnatalité, ce programme vient l'illustrer à nouveau. Son évaluation auprès des sages-femmes libérales constitue une aide pour déterminer des axes de réflexion.

L'application du dispositif PRADO est relativement récente dans les départements d'Auvergne. Il semble donc intéressant de réaliser un état des lieux sur la mise en place et le déroulement du dispositif et se demander s'il existe des difficultés et quelle est la place occupée par le PRADO dans l'activité des sages-femmes libérales.

L'étude a été menée auprès des sages-femmes libérales exerçant dans les départements de l'Allier, du Cantal, de la Haute Loire et du Puy de Dôme qui participent au dispositif PRADO avec pour objectif d'identifier les avantages et les difficultés rencontrés dans l'application du dispositif.

Dans un premier temps, une revue de la littérature exposera dans quel contexte le dispositif PRADO a vu le jour, la place des sages-femmes libérales et des différents acteurs de périnatalité dans le suivi post-partum et enfin une présentation du dispositif et les ressentis exprimés à son sujet.

La deuxième partie abordera la méthodologie de l'étude et les réponses aux questionnaires seront ensuite exposées.

Enfin, la troisième partie fera l'objet d'une discussion ainsi que des propositions d'actions pouvant permettre d'améliorer l'organisation et le déroulement du dispositif.

Revue de la littérature

1. Contexte de la mise en place du PRADO maternité

1.1. Évolution durée moyenne de séjour en France

En France, on assiste ces dernières années à une diminution de la durée moyenne de séjour en maternité. En une quinzaine d'années, le séjour moyen du couple mère-enfant est passé d'une durée de cinq jours à trois jours (1-2). Cette durée de séjour a baissé de 0,7 jour entre 2003 et 2014 (3).

Selon les indicateurs de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) de 2015, la durée moyenne de séjour (DMS) en maternité en France est de 4,1 jours soit 1,2 point au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE qui est estimée à 2,9 jours. En Europe, on observe des DMS allant d'un jour et demi au Royaume-Uni, à cinq jours en Hongrie (1).

Les durées de séjour standard définies par la Haute Autorité de Santé (HAS) sont de 72 heures à 96 heures après un accouchement voie basse et de 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne (4).

Une étude réalisée à partir des données de l'enquête périnatale de 2010 sur la durée de séjour en maternité après un accouchement voie basse, a montré que la DMS variait en fonction de la parité, des régions et des caractéristiques des établissements de santé (statut et nombre d'accouchement par an) (5).

Selon les recommandations de la HAS (grade C), une fois le bas risque défini, la durée de séjour en maternité est peu discriminante pour la sécurité de la mère et du nouveau-né, sous condition d'une organisation de la sortie de la maternité, d'un suivi médical et de l'accompagnement ultérieur (4).

1.2. Contexte des recommandations pour la durée moyenne de séjour

1.2.1. Restructuration du système de soins

Dans un but de santé publique, celui d'améliorer la sécurité de la naissance, deux décrets du neuf octobre 1998 ont introduit de nouvelles normes de sécurité pour les maternités et une nouvelle organisation du système de soins. Trois types de maternités ont été définis, correspondant à différents niveaux de soins (6).

Les restructurations ont consisté, dans un premier temps, à fermer les maternités dont le nombre d'accouchements était inférieur à 300 accouchements par an, et dans lesquelles les normes de fonctionnement et de sécurité n'étaient pas totalement assurées (7). Dans un second temps, l'offre a été rationalisée, par un regroupement de structures. L'application de ces règles plus contraignantes pour les établissements, a entraîné une baisse de 20,1 % du nombre de maternités entre 2002 et 2012. Les fermetures touchant en particulier les plus petites d'entre elles. Les maternités de plus grande taille ont pris une place plus importante dans l'offre de soins et leur activité a progressé de façon très significative. La structure des prises en charge s'est déformée au profit des maternités de type II et de type III, qui offrent des soins d'une plus grande technicité et travaillent en réseau de périnatalité.

Depuis les années 1980, la natalité en France oscille autour de 800 000 naissances en moyenne par an (8). En 2016, 785 000 bébés sont nés, soit 34 000 de moins qu'en 2014, et l'indice de fécondité est passé de 2 à 1,93 enfants par femme (9). Dans ces conditions, les naissances se sont réparties sur un nombre plus limité d'établissements, mais dont la dimension a eu tendance à augmenter.

En Auvergne, le nombre de maternités est passé de 19 en 1996 à dix en 2015 (10). Les fermetures intervenues ont été justifiées par un niveau d'activité insuffisant et des difficultés de recrutement du personnel (Ambert, Brioude), ou par la nécessité de rationaliser l'offre, en regroupant des structures présentes dans une même ville (Aurillac, Vichy, Montluçon).

1.2.2. La rémunération des séjours hospitaliers

La tarification à l'activité (T2A), mis en place à partir de 2004 en France, a pour principe de rémunérer les hôpitaux privés et publics, selon un forfait prédéfini pour chaque prise en charge, quelle que soit la durée du séjour (7).

Lancée dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses (11).

Les hôpitaux sont dans une recherche de l'efficacité (12). On peut observer une réduction de la durée de l'hospitalisation associée au développement extensif des prises en charge alternatives comme l'hospitalisation au domicile des patients (HAD), l'hôpital de jour (HDJ), la prise en charge ambulatoire et par l'accompagnement de la sortie via le Programme de Retour d'Accompagnement à Domicile (PRADO).

1.3. Ressentis des professionnels de santé et des mères

Lors d'une enquête de satisfaction menée par la DREES en 2006 auprès de 2500 accouchées, les résultats montraient que les femmes avaient un avis très favorable de leur suivi de grossesse et du déroulement de leur accouchement, 95 % se déclaraient « très ou plutôt satisfaites » (13). Cependant, l'enquête a suggéré que des progrès pouvaient encore être accomplis en matière de conseils et d'information pour préparer la sortie de la maternité. Elles étaient entre 15 et 35 % à n'être « plutôt pas » ou « pas du tout » satisfaites des informations et conseils médicaux qui leurs avaient été prodigués afin d'assurer les soins de suites de couches. Près de quatre femmes sur dix déploraient avoir été mal préparées aux éventuels troubles du post-partum. Mais ces reproches dans la préparation à la sortie de la maternité n'étaient pas directement imputés à la durée de leur hospitalisation puisque les trois quarts des femmes jugeaient la durée de séjour adéquate. Cette étude démontrait également la mauvaise connaissance des ressources mises à leur disposition à la sortie de la maternité. En effet, les femmes avaient déjà la possibilité de faire appel à une sage-femme libérale lors du retour à domicile. Les sages-femmes pouvaient coter le forfait « sortie de maternité » qui comprenait la consultation de la mère et de l'enfant comme prévu par l'arrêté du 6 juin 2001 (14).

L'UNAF (Union Nationale des Associations Familiales), en collaboration avec le CIANE (Collectif Inter Associatif de la Naissance) a mené l'enquête périnatale « Regards de femmes sur leur maternité » auprès de 952 femmes (57 % de primipares) ayant accouché dans 77 départements durant la période 2004-2009 (15). Cette enquête rapportait que près de 27 % des femmes auraient aimé davantage de soutien et d'information concernant l'aide qu'elles pouvaient trouver auprès des professionnels et des structures à la sortie de maternité. Par ailleurs le sentiment d'isolement était particulièrement ressenti lorsqu'il y avait une défaillance de cet accompagnement.

En 2010, l'enquête nationale de périnatalité a montré que la prise en charge des femmes à la sortie de la maternité concernait cependant un public de femmes relativement restreint puisque seulement 7 % des accouchées avaient bénéficié d'un accompagnement à la sortie de la maternité et elles étaient 4 % en 2004 (16-17).

En 2012, une enquête du Collectif Inter Associatif de la Naissance (CIANE) a été réalisée auprès de 5417 naissances, entre 2005 et 2012, concernant le séjour en maternité et le retour à la maison (18). La durée de séjour était jugée souvent trop longue pour 38 % des femmes. L'accompagnement était estimé insuffisant puisqu'une primipare sur six et une femme césarisée sur quatre disaient s'être senties « désemparées » ou « angoissées » dans les premiers jours suivant la sortie, désarroi en partie perçu par le personnel soignant puisque ces femmes étaient restées plus longtemps en maternité. Quelle que soit la durée du séjour, une part importante des femmes se sentaient dans un état de fragilité ou d'insécurité à la sortie de la maternité.

En 2013, une revue de la littérature Cochrane a porté sur la durée et la fréquence des visites à domicile et les différentes interventions pour la mère et l'enfant au début de la période du post-partum, jusqu'au 42ème jour (19). Douze essais randomisés réalisés dans différents pays ont été inclus, comprenant des données pour plus de 11 000 femmes. Les différents résultats étaient globalement contradictoires. Cette étude a montré que les visites postnatales à domicile pouvaient promouvoir la santé infantile et la satisfaction maternelle. Mais la fréquence, le calendrier, la durée et l'intensité de ces visites postnatales à domicile vont dépendre des besoins.

Ces enquêtes montrent que le contenu et la durée de l'accompagnement lors du séjour en suites de couches doivent être adaptés aux besoins des mères et soulignent la nécessité d'une meilleure information sur le post-partum et la prise en charge à la sortie de la maternité.

1.4. Exemples européens d'accompagnement dans le post-partum

La France n'est pas la première à vouloir raccourcir les séjours à la maternité. La DMS en maternité varie beaucoup entre les pays européens avec des organisations du retour à domicile très différentes (1).

Selon les données rassemblées par la HAS dans un rapport de mars 2014, la durée de séjour après un accouchement au Royaume-Uni varie de 2,4 jours en moyenne pour un premier enfant à 1,6 jour pour une multipare (20). En Angleterre, le couple établit un «birth plan» avec la possibilité d'un suivi par un médecin ou une sage-femme. L'accouchement peut se faire à la maison ou dans une «maison de naissance». Ils peuvent adopter le programme DOMINO (domicile in and out) qui prévoit le suivi du travail à la maison, l'accouchement à l'hôpital puis le retour à domicile à H6. Un suivi postnatal de dix jours est organisé (21).

Aux Pays-Bas, 30 % des femmes accouchent avec une sage-femme à domicile. Lorsque l'accouchement a lieu dans une maternité, les femmes restent en moyenne deux jours en post-partum (22). Mais pour les hollandais, la grossesse n'est pas vue comme une maladie ou un mobile d'hospitalisation ainsi il n'est pas rare qu'une nouvelle accouchée rentre chez elle au bout de quelques heures. En l'absence de complications, le relais à domicile est assuré systématiquement par une «aide familiale» qui va s'occuper de la mère et de l'enfant pendant huit jours, et par une sage-femme libérale qui assure le suivi postnatal pendant la même durée, ou plus longtemps si nécessaire.

En Norvège à la fin des années 1990, le temps de séjour dans les services de maternité était de quatre à cinq jours après un accouchement voie basse sans complication (23). En 2010, les femmes restaient en moyenne 2,7 jours en maternité quel que soit le mode d'accouchement. Au cours des dernières années, il y a eu une

augmentation des offres dans le marché privé visant spécifiquement les mères en congé maternité. Les responsables sanitaires de districts norvégiens organisent des groupes pour les nouvelles mères des quartiers environnants mais toutes ces offres ne sont accessibles qu'après les deux premiers mois en postnatal.

En Hongrie, il existe un réseau appelé Service des Femmes Protectrices, qui rassemble des professionnelles formées avec des compétences limitées en soins infirmiers, en obstétrique et en puériculture (24-25). Un pédiatre et « une védőnő », qui signifie « femme protectrice », se rendent au domicile des parents dans les 72 heures suivant la sortie de maternité. C'est un service gratuit. Les parents peuvent également faire appel à une « doula ». Les doulas ne sont pas des professionnels de santé, ce sont souvent des femmes expérimentées qui ont eu des enfants et qui offrent leur soutien et leurs conseils. Il s'agit là d'un service privé.

2. L'accompagnement après la sortie de maternité

2.1. Les compétences de la sage-femme dans le post-partum

Selon le code de la santé publique, article L.4151-1 : « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation à la naissance et à la parentalité, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à L.4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L.4127-1 » (26).

Les sages-femmes interviennent à toutes les étapes de la grossesse d'une femme ; en consultation pour assurer son suivi, en salle de naissance, puis en suites de couches pour surveiller la santé de la mère et l'enfant (27). Les textes relatifs aux sages-femmes ont évolué dans le sens de l'accroissement de leur champ de compétences.

Depuis 2004, elles peuvent suivre en toute autonomie une patiente, de la déclaration de la grossesse à l'examen postnatal, sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de pathologie constatée (28).

De plus, « les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques » (29) et prescrire la contraception orale en suite de couche.

Depuis 2009, « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée » (30).

Depuis 2016, plus spécifiquement dans le postnatal, elle peut « prescrire des substituts nicotiques à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou assurent la garde de ce dernier ». De plus, les sages-femmes peuvent prescrire et pratiquer les vaccinations de la femme et du nouveau-né, « elles peuvent prescrire et pratiquer, en vue de protéger l'enfant pendant la période postnatale, les vaccinations des personnes qui vivent régulièrement dans son entourage, dans des conditions déterminées par décret. Ce décret détermine également les modalités selon lesquelles les sages-femmes transmettent au médecin traitant de ces personnes les informations relatives à ces vaccinations » (31).

L'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales (arrêté de 12 mars 2012) prévoyait une amélioration du suivi des femmes, au cours de leur grossesse et à la sortie de la maternité, notamment au travers du programme d'accompagnement du retour à domicile ainsi qu'une revalorisation des honoraires de la profession avec une adaptation de la nomenclature aux nouvelles compétences (32).

Les sages-femmes libérales réalisent des visites au domicile des patientes ou consultent à leur cabinet (33). Elles peuvent être choisies par la femme durant sa grossesse, ou elles sont sollicitées dans le cadre d'une organisation d'un réseau de périnatalité, ou dans le cadre du PRADO.

Dans la mesure du possible, le suivi postnatal à domicile est à privilégier. Il facilite l'organisation des parents et permet d'évaluer plus facilement les besoins des familles afin d'ajuster le suivi (20). De plus, l'intervention au domicile permet au professionnel de développer un lien de confiance avec la famille et de s'assurer du bien-être de la femme et de son enfant dans leur environnement et leur cadre de vie.

2.2. Accompagnement et suivi du post-partum

L'accompagnement et le suivi en post-partum visent à couvrir trois grands types de besoins concernant la santé et le bien être à la fois de la femme et de l'enfant ainsi que la mise en place de la relation entre les parents et l'enfant (33).

Lors des visites, la sage-femme libérale reprend le dossier avec la mère et laisse la possibilité de revenir sur le vécu de l'accouchement ou d'exprimer d'éventuelles difficultés ou craintes. Elle encourage la femme à poser toutes les questions qu'elle souhaite et apporte des réponses aux demandes qui peuvent concerner les modifications physiques post accouchement, la reprise de la contraception, la prise en charge de la douleur ou encore l'allaitement maternel (34). Ce suivi permet de repérer d'éventuelles difficultés psychiques ou de vulnérabilité et d'évaluer le risque infectieux, hémorragique et thromboembolique suite à un examen clinique.

Concernant l'enfant, la sage-femme s'assure de la mise en place d'une alimentation efficace et surveille l'évolution de la courbe de poids. Elle dépiste la survenue d'un ictère ou d'une pathologie infectieuse, compte-tenu des facteurs de risque que peut présenter le nouveau-né.

Cet accompagnement permet d'expliquer et d'organiser avec les parents les modalités de suivi de leur enfant (33). La sage-femme encourage le développement de la relation parents-enfant. Il s'agit en particulier de répondre aux questions que les parents peuvent se poser, leurs fournir des explications, les écouter et les soutenir dans leur rôle de parents.

2.3. Démographie des sages-femmes libérales

En 2016, la France dénombre 22 312 sages-femmes dont 6193 exerçant une activité libérale exclusive ou mixte (35).

Les sages-femmes exercent majoritairement à l'hôpital. Néanmoins, le secteur libéral est en expansion, avec une hausse de 7 % par an entre 2000 et 2010. De 2010 à 2014 on observe une progression de 40,4 % du nombre de sages-femmes exerçant en libéral exclusif (36).

Selon une récente étude de la DREES, le nombre de sages-femmes libérales devrait continuer à augmenter et devrait croître de 5,6 % par an en moyenne alors que le nombre de sages-femmes salariées resterait stable (37). A l'horizon 2030, il est estimé qu'une sage-femme sur trois exercerait en libéral. De plus les sages-femmes libérales semblent de plus en plus jeunes. En 2010, l'âge moyen des sages-femmes libérales était de 50 ans dont 1 % a moins de 30 ans. En 2015, l'âge moyen est de 40,7 ans avec 31,7 % de sages-femmes libérales âgées de moins de 30 ans.

Selon une étude du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes d'octobre 2014 sur le marché du travail, on constate que le nombre des sages-femmes en activité augmente régulièrement depuis dix ans (38). Sur une fenêtre d'observation récente de 2009 à 2010, il est établi que l'activité libérale se développe plus rapidement que l'activité salariée. On observe un nouvel attrait pour l'exercice libéral dès la sortie de l'école puisque 11 % des moins de 30 ans exercent en libéral en 2014 contre 4 % en 2011.

Selon l'INSEE, on compte 148 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2015, la densité de sages-femmes a augmenté puisqu'elle était de 125 en 2011 (6-7).

Les inégalités de répartition constatées pour l'ensemble de la profession sont beaucoup plus marquées dans le secteur libéral puisque les écarts de densités régionales varient de 1 à 4 (39). Au niveau départemental, les écarts observés sont plus importants puisque les densités départementales varient de 1 à 11 pour les sages-femmes libérales.

Dans l'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales (arrêté de 12 mars 2012) est exprimé le souhait de rééquilibrer l'offre sur le territoire par la mise en œuvre de mesures structurantes (32). A savoir des mesures incitatives dans les zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées », et des mesures de régulation de l'accès au conventionnement dans les zones « surdotées » pour réduire progressivement les disparités.

L'arrêté n°2012-272 (signé le 11 juillet 2012) a déterminé les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des sages-femmes libérales (40). En Auvergne, la majorité du territoire est en zone « intermédiaire », autour de Montluçon est définie une zone « sous-dotée » et autour d'Aurillac « très sous-dotée ».

En parallèle, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont pour mission d'améliorer l'offre de soins sur la région.

L'article R.1434-4 du code de la santé publique (41), prévoit que le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) comporte « une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé ». De plus, « il détermine les objectifs retenus pour assurer une offre de soins suffisante aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L.162-14-1 du Code de la Sécurité Sociale » et « prévoit les mesures de nature à améliorer l'efficacité de l'offre de soins » en proposant, entre autres, des mesures incitatives dans des zones déterminées au niveau régional comme les zones « sous dotées ». L'ARS a également la possibilité de moduler le dispositif conventionnel avant sa mise en œuvre.

2.4. Autres acteurs impliqués

Une coordination est indispensable entre les différents acteurs de santé dans la période postnatale.

- Les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La PMI a pour mission de proposer des consultations, visites à domicile et autres actions médico-sociales, individuelles ou collectives, de promotion de la santé maternelle et infantile (21). Les centres de PMI disséminés sur tout le territoire proposent des consultations avec des personnels qualifiés dans les domaines suivants : médical, paramédical, social et psychologique (33).

Les infirmières-puéricultrices assurent des visites à domicile postnatales en vue d'accompagner les familles. La visite d'une sage-femme de PMI à domicile se fait quant à elle dans le cadre d'une liaison hospitalière (42).

Le rôle des sages-femmes libérales est primordial pour détecter et orienter les patientes vers la PMI notamment en cas de risque psychosocial (43).

- Les médecins libéraux

Pédiatres, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, psychiatres peuvent intervenir dans le suivi de la mère ou de l'enfant dans le post-partum. Ils consultent le plus souvent à leur cabinet (33).

Selon l'article L.4151-3 du Code de la Santé Publique, « en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin » (29).

- Les associations

Les associations de soutien à l'allaitement maternel, à la parentalité ou de service d'aide à domicile peuvent être sollicitées par les parents en quête de soutien (33).

3. Le PRADO maternité, durée de séjour standard

Le dispositif PRADO est une initiative de l'Assurance Maladie qui a mis en place des PRogrammes d'Accompagnement du retour à DOmicile pour les patients hospitalisés. Différents volets ont été définis, le volet orthopédie, le volet insuffisance cardiaque, le volet BPCO (Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive) et celui dédié à la maternité.

Le dispositif PRADO volet maternité permet de simplifier la mise en œuvre d'un suivi à domicile par une sage-femme libérale et d'unifier cette prise en charge.

En janvier 2010, ce programme a été expérimenté dans les départements du Var, des Yvelines et de la Haute Savoie (44). Il s'est rapidement généralisé à l'ensemble du territoire. Aujourd'hui, il est disponible dans tous les départements et se voit proposer dans 413 établissements couvrant plus de 74 % des accouchements (45).

En Auvergne, il concerne actuellement tous les établissements hospitaliers publics et privés.

3.1. Les enjeux et objectifs du PRADO

Ce PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile a avant tout été mis en place pour répondre à une volonté croissante des patientes pour un meilleur accompagnement après l'accouchement d'après l'enquête de la DREES à la fin de l'année 2006 (13).

Ce dispositif d'accompagnement des parturientes consiste en la mise en relation de la patiente avec la sage-femme libérale de son choix qui la prend en charge au domicile, dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale (46). Ce service est déployé dans le respect du principe de libre choix de la sage-femme libérale par la patiente. Il est proposé à toutes les assurées éligibles mais reste facultatif.

Le PRADO a pour objectif d'anticiper, dès l'hospitalisation, les besoins des patientes liés à la sortie de maternité en apportant un soutien à la parentalité, et une réponse aux difficultés et angoisses des nouveaux parents face au retour à domicile. Ce service découle de l'évolution des techniques médicales qui favorise le développement des pratiques en ambulatoire et des temps d'hospitalisation en maternité plus courts. En établissant une continuité de la surveillance médicale de la mère et de l'enfant à domicile, les ré-hospitalisations peuvent être ainsi limitées.

Les objectifs à long terme sont d'améliorer la satisfaction globale des femmes, d'uniformiser les prises en charge sur les territoires et de raccourcir les séjours à la maternité. Le dispositif a également pour but d'éviter l'hospitalisation à domicile (HAD), dispositif coûteux pour l'assurance maladie et normalement réservé aux cas pathologiques (47).

Le dispositif PRADO tend à répondre aux objectifs fixés par la HAS (20) :

- Anticiper avant la naissance les besoins liés au retour à domicile
- Proposer les modalités de prise en charge des mères et de leurs nouveau-nés permettant une sortie de maternité après accouchement dans des conditions optimales
- Améliorer le taux de satisfaction des femmes

3.2. Son déroulement

Ce programme se décompose en plusieurs temps.

Au cours de la grossesse, une information est délivrée à la future mère par la sécurité sociale et/ou par l'équipe médicale. Les assurés sociaux sont sensibilisés par le biais d'une plaquette d'information par exemple (annexe I). Ce document remis aux patientes précise le rôle de la sage-femme et indique comment bénéficier du service. La future mère a la possibilité de se préinscrire au dispositif sur son compte Ameli.fr.

Pendant l'hospitalisation en maternité, l'équipe médicale décide de l'éligibilité de la patiente et une conseillère de l'Assurance Maladie rencontre la mère à la maternité afin de lui présenter le programme en vue de recueillir son adhésion (48). La mère et son enfant sont pris en charge à domicile par la sage-femme libérale de son choix.

Après la sortie de la maternité, le PRADO comprend une première visite qui doit être systématiquement réalisée dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie (4). Une deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme libérale en charge du suivi de la mère et de l'enfant.

Le champ d'application du dispositif concerne les sorties de maternité en post-partum physiologique, selon les critères d'éligibilité suivants (20) :

- Mère âgée d'au moins 18 ans, sans co-morbidité, ni complication,
- En l'absence de handicap psychique,
- Un accouchement réalisé par voie basse ou par césarienne,
- La naissance d'un enfant unique,
- Nouveau-né à terme (37-42 SA) dont le poids est en rapport avec l'âge gestationnel et ne nécessitant pas un maintien sous observation en milieu hospitalier, ni un régime alimentaire particulier.

En cas d'un ou plusieurs critères non remplis, la patiente ne peut bénéficier du dispositif d'accompagnement à domicile.

Concernant la mère, les critères définis par la HAS afin d'identifier les femmes à bas risque médical, psychique et social dans le cas d'une sortie de maternité après une durée de séjour standard sont les suivants (4) :

- Absence de situation de vulnérabilité psychique, sociale, de conduites d'addiction et de dépendances sévères
- Soutien familial et/ou social adéquat
- Absence de pathologie chronique mal équilibrée
- Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
- Si hémorragie du post-partum immédiat, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire)
- Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection
- Absence de signes thromboemboliques
- Douleur contrôlée
- Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité

Concernant l'enfant, les critères définis par la HAS afin d'identifier les nouveau-nés à bas risque dans le cas d'une sortie de maternité après une durée de séjour standard sont les suivants (4) :

- Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe
- Examen clinique normal réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie
- Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
- Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
- Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas)

- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
- Dépistages néonataux réalisés à la maternité
- Suivi *post-partum* après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48 heures suivant cette sortie

Dans le cadre du PRADO sortie standard, la sortie de maternité est réalisée à partir de 72 heures pour un accouchement voie basse ou à partir de 96 heures pour une césarienne sans complication. A différencier d'une sortie précoce qui est définie par la Haute Autorité de Santé par un retour à domicile au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ou au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne (4).

3.2.1. Au cours du séjour en maternité

Lors du séjour à la maternité, un membre de l'équipe médicale renseigne la grille d'éligibilité au programme pour chaque patiente ayant accouché (49). Les données médicales restent dans le dossier de la patiente, seul le renseignement de l'éligibilité est remis à un agent de la CPAM nommé Conseiller de l'Assurance Maladie ainsi que la date de sortie pressentie par l'équipe hospitalière.

A la suite du choix de la sage-femme libérale parmi une liste proposée par le conseiller de la CPAM, ce dernier prend contact avec la ou les sage(s)-femme(s) choisie(s) en vue d'obtenir un rendez-vous avec l'une d'entre elles au domicile de la patiente dans la semaine suivant la sortie de maternité.

Une fois l'autorisation de sortie donnée par l'équipe médicale, les feuilles de transmission sont remises à la femme et destinée aux professionnels qui vont réaliser son suivi dans les suites de couches (48).

3.2.2. La prise en charge à domicile

Une première visite doit être systématiquement réalisée dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie (4). Une deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme libérale en charge du suivi de la mère et de l'enfant. Des visites supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou en fonction des besoins ressentis par la mère et/ou le couple.

Lors des visites à domicile, une évaluation clinique de la mère est réalisée concernant son état général, obstétrical et psychologique ainsi que la recherche d'une infection ou de complications thromboemboliques et hémorragiques.

L'examen clinique du nouveau-né comprend l'évaluation de son état général, la surveillance du poids et de son alimentation, le dépistage d'un ictère et la recherche de signes infectieux.

Il s'agit d'un accompagnement du couple mère-enfant. La sage-femme veille à l'établissement d'un lien entre la mère et l'enfant, apporte un soutien à la parentalité et évalue la nécessité d'un soutien à l'allaitement maternel.

Si aucune complication n'est dépistée chez la mère ou l'enfant, la prise en charge dans le cadre du PRADO se termine. Cependant si des signes pathologiques sont dépistés et qu'ils sont hors-champ des compétences des sages-femmes, la mère et/ou l'enfant sont adressé(s) à un autre professionnel de santé en ville ou ré-hospitalisé(s) si nécessaire. Lorsque ces complications sont de la compétence de la sage-femme, elle peut planifier si nécessaire des visites ou consultations supplémentaires (50).

Les actes sont rémunérés sur la base de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en vigueur (51). La cotation de ces visites est un Forfait journalier comprenant la consultation de la mère et de l'enfant et facturé sur le compte de la mère jusqu'à J7 après l'accouchement (J0 étant le jour de l'accouchement). Ce forfait est avec un seul enfant SF 16,5 pour les deux premières visites soit 46,20 €. Les visites suivantes donnent lieu à un forfait SF 12 soit 33,60 €. La cotation des visites quand il y a deux enfants est SF 23 pour les deux premières visites et SF 17 pour les suivantes. A cette cotation, s'ajoute l'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) de 4 € et si justifié des indemnités kilométriques. A partir du huitième jour, le suivi peut être

poursuivi. Les cotations utilisées sont alors le C pour Consultation ou V pour Visite, de 23 € actuellement. La sage-femme doit alors établir des feuilles de soin séparées pour la mère et l'enfant. La prise en charge est de 100 % jusqu'au douzième jour après l'accouchement pour la mère au titre de l'Assurance Maternité, le bébé est en Assurance Maladie (70 % pour la Sécurité Sociale et 30 % pour la mutuelle) à partir du huitième jour.

A noter, qu'une Décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, publié au journal officiel du 27 novembre 2015 a introduit une dérogation dans le cadre des PRADO pour l'application du calcul des indemnités kilométriques (52).

En effet, habituellement la NGAP prévoit que le montant du déplacement remboursé par l'assurance maladie soit calculé sur la base de la distance du professionnel de santé de même discipline le plus proche (53). Actuellement, dans le cadre du PRADO, la distance effectivement parcourue par le professionnel choisi par le patient est désormais prise en compte, même s'il n'est pas le plus proche.

Le conseiller de la CPAM s'assure du premier passage de la sage-femme en appelant la patiente dans les premiers jours de son retour à domicile puis réalise une évaluation en rappelant la patiente le douzième jour suivant son accouchement (49).

3.3. Sentiments sur le dispositif PRADO

3.3.1. Un programme controversé à sa mise en place

La mise en place du programme PRADO ne s'est pas faite sans heurt. Les syndicats de sages-femmes se sont opposés à l'expérimentation du dispositif car la CNAMTS avait voulu la mettre en place sans concertation avec les syndicats représentatifs et sans respect des règles conventionnelles (54). Mais les syndicats de sages-femmes, conscients de l'évolution des besoins des patientes, notamment du fait de la diminution sensible des durées de séjour et de la nécessité d'un suivi à domicile se sont mis d'accord sur la mise en place d'un programme d'accompagnement avec l'assurance maladie. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ainsi que l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (ONSSF) et l'Union

nationale des syndicats de sages-femmes françaises (UNSSF) ont signé l'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes en mars 2012 (32). Cet avenant, comprend trois volets, sur les revalorisations tarifaires, la régulation démographique des sages-femmes et le PRADO.

Dans un communiqué de janvier 2012, le Collège National de Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) avait fait part de ses doutes concernant le PRADO (55). Il dénonçait un manque de concertation avec les professionnels de santé, les réseaux de santé de périnatalité et les établissements de santé. Il remettait en cause l'unique implication des sages-femmes libérales dont le nombre et la répartition sur le territoire national restaient disparates. Il s'interrogeait sur la place du conseiller de l'assurance maladie au sein des services de maternité qui contredisait le souhait des femmes et des professionnels de santé de limiter les intervenants pendant la grossesse et le post-partum.

Pour le Collège National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) l'opposition du CNGOF au PRADO constituait une attaque infondée de la profession de sage-femme (56). De même, la visite d'une sage-femme à domicile était vue comme un progrès, une occasion supplémentaire de détecter un problème alors que, jusqu'à présent, après leur sortie de la maternité, les femmes étaient livrées à elles-mêmes.

3.3.2. Un programme plébiscité

Dans son point d'information du 22 octobre 2013, la CNAMTS rapportait que « 91 % des jeunes mères qui ont bénéficié de ce service se déclarent ainsi très satisfaites » selon son évaluation détaillée auprès de 100 000 femmes dont près de 13 500 ayant bénéficié du service durant l'année 2012 (57).

La Fédération Hospitalière de France, a réalisé en 2012 une enquête sur le dispositif PRADO (58). Parmi les 79 maternités sollicitées, 86 % ont déclaré être satisfaites du PRADO maternité. Ce programme est décrit comme une ouverture dans les échanges hôpital/ville et renforce les liens pour le retour à domicile par l'organisation de réunions de concertation et la mise en place de fiche de liaison. De plus, les patientes rapportaient être satisfaites, rassurées et en sécurité en participant au programme.

En septembre 2014, une enquête de satisfaction auprès de 500 adhérents a été réalisée par téléphone par l'institut A+A (44). Les personnes interrogées ont attribué une note moyenne de satisfaction globale de 8,8 sur 10 vis-à-vis de ce programme. Cette satisfaction reposait notamment sur le principe de prise en charge à domicile par la sage-femme libérale de leur enfant. Les adhérents ont jugé que le PRADO permettait un meilleur suivi pour le bébé et la mère, qu'il permettait l'apport de conseils médicaux, et facilitait les démarches administratives. Ce programme semblait plébiscité par les mères puisque 95 % déclaraient que le PRADO avait répondu à leurs attentes et que 99 % d'entre elles le recommandaient.

En 2014, dans le cadre d'un mémoire de fin d'études sage-femme, une enquête de satisfaction a été menée auprès des accouchées de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges (59). L'étude a montré que les accouchées étaient globalement satisfaites par la prise en charge dans le cadre du PRADO : 96 % étaient très satisfaites et 4 % étaient plutôt satisfaites. La satisfaction de l'accompagnement dépendait de deux paramètres : les besoins de la patiente et de son enfant et la personnalisation du suivi PRADO, délai entre la sortie et la première visite à domicile et nombre de visites en adéquation avec la demande de la femme. Néanmoins des points restaient à améliorer comme l'accompagnement de l'allaitement qu'il soit maternel ou artificiel, l'éducation des parents face aux soins du cordon, aux pleurs et aux symptômes des coliques du nouveau-né. Les primipares recevaient en moyenne davantage de visites que les multipares et l'insatisfaction, quel que soit le nombre de visites, était en lien avec la survenue de pathologie.

3.3.3. L'avis des sages-femmes

Aujourd'hui, les syndicats de sage-femme restent vigilants quant au déroulement du dispositif et s'assurent que le principe du volontariat et le libre choix du praticien par la patiente sont respectés (60).

En 2012, une enquête concernant les adhérents à l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF) a été réalisée auprès des sages-femmes libérales (61). Mais seulement 43 % d'entre elles ont répondu à l'enquête. L'indisponibilité était le principal motif de refus pour participer au PRADO. Les sages-femmes libérales ont rapporté

suivre d'avantage de patientes non connues en prénatal. Elles reconnaissaient donner davantage de priorité à leurs propres patientes ou aux patientes présentant des facteurs de risque ou des pathologies avérées donc hors PRADO puisque de ce fait ne répondant pas aux critères d'éligibilité. Parmi les autres difficultés, on retrouvait l'absence de dossier médical souvent en lien avec le suivi d'une nouvelle patiente et le problème des ré-hospitalisations pour cause d'ictère néonatal. La question des week-ends était mentionnée comme un frein. Cependant, il était décrit que le PRADO représentait une opportunité pour certaines sages-femmes de développer leur activité et faire connaître leurs compétences puisque 25 % des sages-femmes avaient trouvé cette activité bénéfique pour leur cabinet et 9 % pensaient que cela pouvait participer à le développer.

D'octobre à novembre 2013, un mémoire de fin d'études en sage-femme s'est intéressé au degré de satisfaction des sages-femmes libérales du Sud Finistère participant au dispositif PRADO, mis en place sur le secteur de Quimper depuis 18 mois (62). Les 21 sages-femmes libérales ayant répondu étaient d'une manière générale plutôt satisfaites de ce programme d'accompagnement. Toutefois 1/4 des sages-femmes restaient insatisfaites. Cette étude a montré que des améliorations pouvaient être apportées aux transmissions médicales jugées parfois incomplètes. La principale difficulté rencontrée par les sages-femmes libérales semblait être le suivi des patientes non connues en anténatal. En effet, l'absence d'un dossier médical complique leur prise en charge, la durée des visites est alors rallongée avec une difficulté supplémentaire pour l'instauration d'un lien de confiance avec la patiente.

Un deuxième mémoire de fin d'études en sage-femme a porté sur les difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales dans les départements de Seine-Maritime et de l'Eure et leur évolution depuis 2012 (63). L'étude menée auprès de 45 sages-femmes de mars à avril 2016 a mis en avant que des difficultés persistaient. Notamment l'absence de dossier médical, les patientes inconnues et les difficultés organisationnelles qui constituaient des freins à la mise en place du dispositif PRADO. Cette étude a également révélé l'existence de conflits confraternels en lien avec l'application du dispositif. Concernant les recommandations de la HAS de 2014 sur les sorties de maternité, elles étaient méconnues par plusieurs sages-femmes libérales.

Quelques sages-femmes libérales ont témoigné dans une publication parue dans la revue Profession sage-femme (64). Elles ont rapporté les difficultés rencontrées dans l'organisation de leur planning dans la mesure où elles doivent réserver du temps pour l'activité PRADO sans garantie d'un nombre de rendez-vous en conséquence. Les sages-femmes libérales interrogées ont soulevé deux grands problèmes. Le premier étant le manque de communication et de transmission entre les maternités et les sages-femmes libérales. Pourtant cette transmission des informations est une obligation inscrite dans le cahier des charges du programme et une feuille de liaison type a été réalisée par la CNAMTS (annexe II). Le deuxième problème était le non-respect du libre-choix de la sage-femme libérale. En effet, certains agents de la CPAM ne privilégiaient pas les relations préexistantes entre les patientes et leur sage-femme libérale.

Madeleine Moyroud, présidente de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) pense que ce programme « permet aussi aux sages-femmes libérales de se faire connaître et de présenter l'ensemble des actions qu'elles peuvent mener » et que « le mieux serait de promouvoir une prise en charge globale des femmes, en pré et postnatal ».

Matériels et Méthode

1. Présentation de l'étude et objectifs

a. Problématique

Depuis son application, le PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile, volet maternité, a su répondre à la satisfaction des femmes. Ce dispositif suit la croissance du nombre de sages-femmes libérales et a connu un élargissement de son offre aux patientes césarisées. La sage-femme doit être le professionnel de premier recours en périnatalité, ce programme vient l'illustrer à nouveau. L'évaluation du dispositif PRADO auprès des sages-femmes libérales constitue une aide pour la détermination d'axes de réflexion.

Le développement du dispositif PRADO dans les départements d'Auvergne est relativement récent. Il semble donc nécessaire de réaliser un état des lieux sur sa mise en place ainsi que son déroulement et se demander quelle est la place du dispositif dans l'activité des sages-femmes libérales en Auvergne et quelles sont les éventuelles difficultés rencontrées ?

b. Type d'étude et durée

Il s'agit d'une étude transversale, observationnelle à visée descriptive par l'intermédiaire d'un questionnaire, comprenant 31 questions envoyées aux sages-femmes libérales en activité dans les départements d'Auvergne.

Le recueil des données s'est déroulé sur une période de deux mois et 12 jours, du 16 novembre 2016 au 27 janvier 2017.

c. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le dispositif PRADO, sortie standard de maternité, au sein de la pratique des sages-femmes libérales exerçant dans les départements d'Auvergne afin d'identifier les avantages et les difficultés rencontrés dans le déroulement du dispositif.

L'objectif secondaire était de comparer les réponses selon les départements.

2. Matériels

La population cible de l'étude était les sages-femmes libérales exerçant en Auvergne, dans les départements de l'Allier, du Cantal, de la Haute Loire ou du Puy de Dôme.

Les critères d'inclusion étaient :

- La participation au dispositif PRADO volet maternité, sortie standard,
- Un exercice libéral, exclusif ou mixte, sur le territoire de l'Auvergne,
- Être en activité au moment de l'étude.

Pour l'étude aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

La population de l'étude comptait 103 sages-femmes répondant aux critères.

3. Méthode

a. Les critères évalués par le questionnaire

Le questionnaire était anonyme et comprenait 31 questions regroupées en cinq rubriques : « Questions vous concernant », « Transmissions », « Difficultés rencontrées », « Intérêts du dispositif PRADO » et « Temps de travail ».

Il y avait majoritairement des questions fermées et la possibilité pour certaines questions d'apporter une autre réponse que les réponses proposées. Une question ouverte à la fin du questionnaire permettait de recueillir les remarques des sages-femmes libérales.

Dans un premier temps, les variables étudiées ont permis la description de la population : sexe, âge, année d'obtention du diplôme, année d'installation en libéral, mode d'exercice, département d'exercice.

Ensuite, ont été évaluées les transmissions écrites données par les différents centres hospitaliers et les transmissions orales par les rapports avec le conseiller de la CPAM.

D'autre part, ont été mis en évidence les difficultés rencontrées. Une première partie abordait les difficultés générales évoquées par les sages-femmes dans la réalisation du dispositif PRADO à savoir l'organisation, les transmissions, les patientes et les refus. Une deuxième partie concernait les complications et difficultés maternelles et néonatales rapportées.

Une autre partie portait sur les avantages apportés par le dispositif à la profession et à l'activité libérale des sages-femmes.

Enfin, une dernière partie abordait la place que représente le dispositif PRADO dans l'activité libérale des sages-femmes : nombre moyen de patientes vues par mois, durée et temps moyens du trajet et de la visite, moment et organisation des visites.

b. Le mode de recueil

Le mode de recueil des données était un questionnaire en ligne sur Google Forms dont le lien a été envoyé par mail aux sages-femmes libérales répondant aux critères et exerçant dans les départements d'Auvergne.

Les coordonnées et adresses mails des sages-femmes libérales sont issues de l'annuaire disponible sur le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes ainsi que par l'Association des Sages-Femmes Libérales d'Auvergne. Les adresses manquantes ont été demandées par appel téléphonique aux sages-femmes libérales concernées.

Le questionnaire a été testé par deux sages-femmes libérales avant le début de l'étude permettant d'apporter des modifications à une question et de s'assurer de la compréhension de l'ensemble des questions.

c. Déroulement du recueil

Le recueil des questionnaires s'est déroulé du 16 novembre 2016 au 27 janvier 2017, sur une période totale de deux mois et 12 jours.

Dans un premier temps, un e-mail accompagné d'une lettre d'information ont été envoyés aux sages-femmes libérales le 10 novembre 2016 afin de se présenter et de les informer de la mise en place de l'étude et leur apporter une description de cette dernière. Dans l'e-mail, était précisée la date à laquelle le lien du questionnaire en ligne allait être envoyé.

Le début du recueil a commencé le 16 novembre 2016 par l'envoi via un e-mail, du lien permettant de répondre au questionnaire à chaque sage-femme exerçant une activité libérale en Auvergne. Un délai d'un mois a été laissé pour le retour des réponses. Les sages-femmes ont été recontactées le 20 décembre 2016 par e-mail avec le lien du questionnaire en ligne pour permettre à celles qui n'avaient pas encore répondues d'apporter leurs réponses.

Un dernier e-mail a été adressé le 17 janvier 2017 leur précisant les taux de participation dans chaque département avec le lien du questionnaire pour l'envoi des dernières réponses.

Le recueil des données s'est terminé le 31 janvier 2017, aucune nouvelle réponse n'était apportée depuis six jours.

d. Analyses statistiques

Le test statistique qui a été utilisé pour les variables qualitatives est le test de Fisher. Le seuil, pour une différence significative est établi pour une p-value inférieure à 0,05. Un test post-hoc de comparaisons multiples (procédure de Marascuilo) a permis d'affiner les résultats afin de voir où se situaient la ou les différences.

Le test statistique utilisé pour les variables quantitatives est le test de Kruskal-Wallis.

e. Les aspects éthiques et réglementaires

Cette étude a été réalisée dans le respect des règles éthiques.

L'autorisation de diffuser le questionnaire a été soumise à l'approbation du Correspondant Informatique et Libertés (CIL) et une lettre d'information a dans un premier temps été envoyée aux sages-femmes libérales.

Lors de l'analyse des résultats, l'anonymat des sages-femmes libérales ayant participé à cette étude a été respecté.

Résultats

Les sages-femmes libérales ont répondu à l'ensemble des questions. Tous les questionnaires étaient exploitables. Pour certaines questions, plusieurs réponses pouvaient être possibles ainsi les effectifs variaient.

76 sages-femmes libérales exerçant en Auvergne ont apporté leurs réponses sur les 103 questionnaires envoyés par e-mail. Le taux de réponses à cette étude était de 74 %.

Etant donné qu'il n'y a que trois personnes qui ont répondu au questionnaire dans le département du Cantal, les comparaisons de réponses ont uniquement concerné les trois autres départements à savoir l'Allier, la Haute Loire et le Puy de Dôme.

1. Description de la population de l'étude

La quasi-totalité des sages-femmes libérales qui ont répondu étaient des femmes, une d'entre elles était un homme.

La moyenne d'âge des sages-femmes libérales interrogées était de 40 ans et la médiane de 38 ans. Les personnes étaient âgées de 23 ans à 65 ans.

L'âge moyen des sages-femmes libérales était de 38 ans dans les départements du Cantal et du Puy de Dôme, de 42 ans dans le département de l'Allier et de 44 ans dans le département de la Haute Loire.

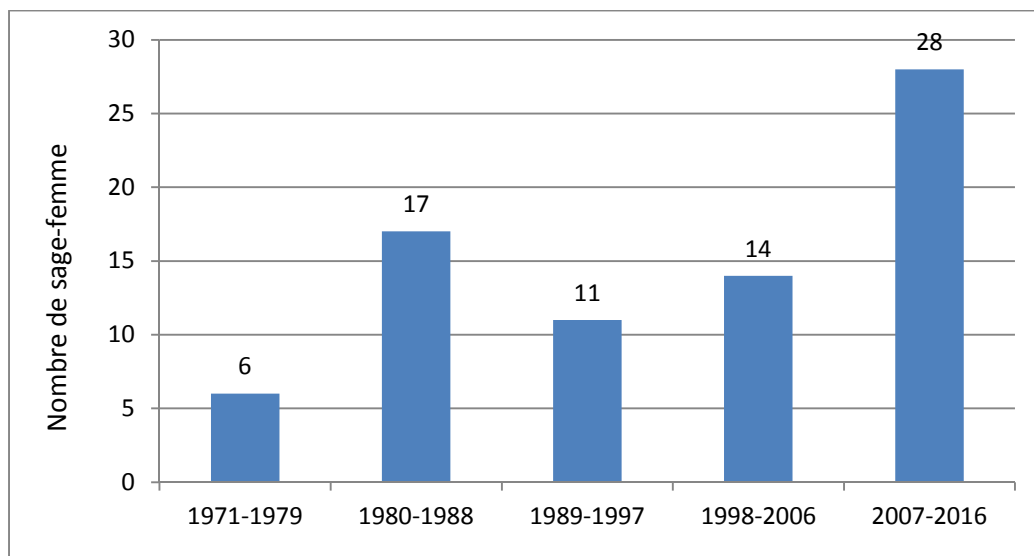
Tableau I : Moyenne d'âge des sages-femmes

	Total (n=76)	Allier (n=14)	Cantal (n=3)	Haute Loire (n=15)	Puy de Dôme (n=44)
Age (années)	40,2 ± 10,6	41,8 ± 11,1	37,7 ± 4,7	44,3 ± 9,1	38,4 ± 10,9

Les données sont présentées par la moyenne ± écart-type.

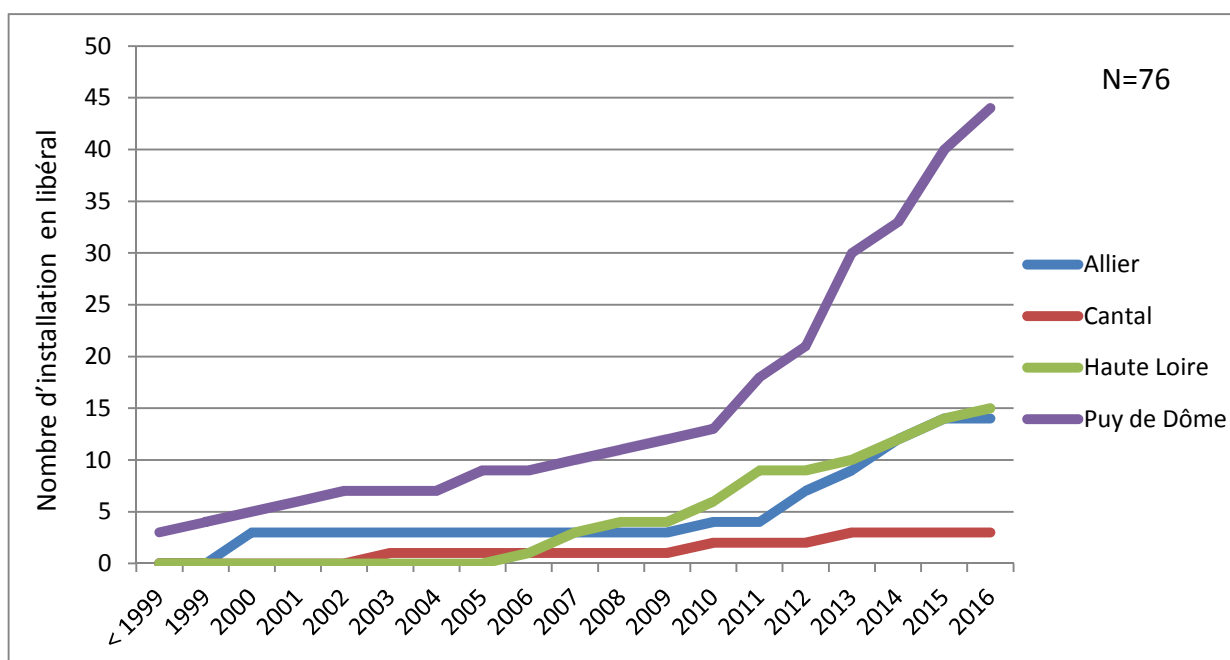
Pour cet échantillon de sages-femmes libérales, le nombre moyen d'années de diplôme était de 18 ans et 6 mois.

Figure 1 : Répartition des sages-femmes selon l'année d'obtention du diplôme



Ainsi, 36,8 % des sages-femmes (28/76) étaient diplômées depuis moins de 10 ans, 35,6 % (27/76) depuis 10 à 30 ans et 27,6 % (21/76) depuis plus de 30 ans.

Figure 2 : Evolution des installations en libéral selon les années



59 sages-femmes interrogées sur 76, soit 77,6 %, se sont installées au cours des dix dernières années (dès 2007).

Près de la moitié des sages-femmes (39/76) étaient installées en libéral avant 2013 et pour la seconde moitié (37/76) elles se sont installées à partir de 2013, année de la mise en place du dispositif PRADO en Auvergne.

Concernant le mode d'exercice, 85,5 % des sages-femmes (65/76) exerçaient une activité libérale exclusive, 14,5 % (11/76) exerçaient à la fois en libéral et en hospitalier, neuf en établissement public et deux en établissement privé.

38 sages-femmes ont déclaré travailler seules, 22 en collaboration et 16 en association.

Neuf sages-femmes partageaient leur activité entre plusieurs sites libéraux.

Parmi les sages-femmes libérales qui ont répondu au questionnaire :

- 14 exerçaient dans le département de l'Allier.
Le taux de réponses était de 71 %.
- Trois exerçaient dans le département du Cantal.
Le taux de réponses était de 60 %.
- 15 exerçaient dans le département de la Haute Loire.
Le taux de réponses était de 75 %.
- 44 exerçaient dans le département du Puy de Dôme.
Le taux de réponses était de 71%.

Les sages-femmes libérales avaient des échanges avec les maternités suivantes :

- Dans le département de l'Allier, avec une maternité de type 2a et deux maternités de type 2b.
- Dans le département du Cantal, avec une maternité de type 2.
- Dans le département de la Haute Loire, avec une maternité de type 2.
- Dans le département du Puy de Dôme, avec deux maternités de type 1, une maternité de type 2 et une de type 3.

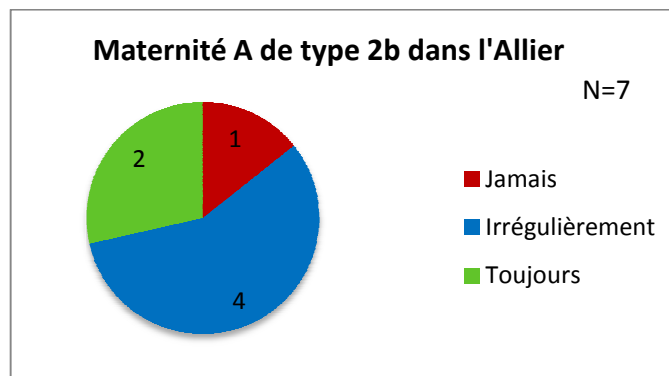
2. Les transmissions

2.1. Transmissions écrites

Parmi les sages-femmes libérales interrogées, 93,4 % (71/76) considéraient que la feuille de transmission était utile.

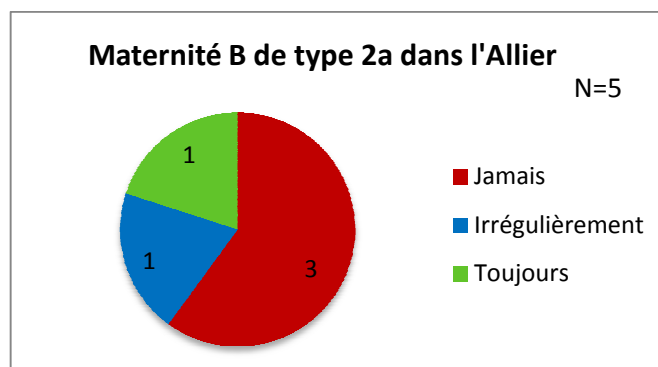
La disponibilité des transmissions écrites a été évaluée par les sages-femmes libérales en lien avec la maternité en question. Lorsque les sages-femmes n'avaient pas d'échange avec la maternité elles choisissaient la modalité de réponse « non concerné(e)».

Figure 3 : Evaluation de la disponibilité des transmissions pour la maternité A



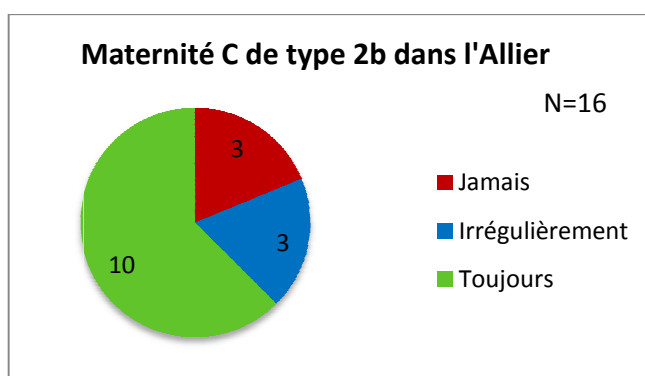
Pour la maternité A de type 2b dans l'Allier, sur les sept sages-femmes en lien avec la maternité, quatre avaient « irrégulièrement » des transmissions écrites (figure 3).

Figure 4 : Evaluation de la disponibilité des transmissions pour la maternité B



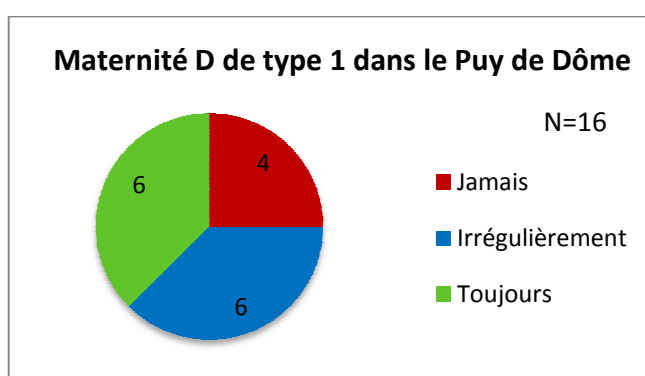
Pour la maternité B de type 2a dans l'Allier, trois sages-femmes considéraient ne « jamais » avoir de transmission parmi les cinq en lien avec la maternité (figure 4).

Figure 5 : Evaluation de la disponibilité des transmissions pour la maternité C



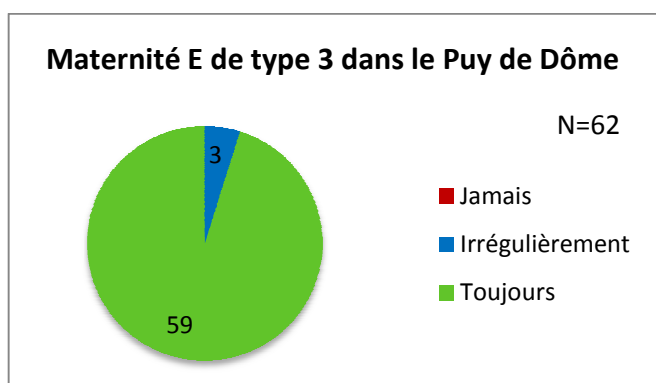
Pour la maternité C de type 2b dans l'Allier sur les 16 sages-femmes en lien avec la maternité, dix déclaraient avoir « toujours » des transmissions écrites (figure 5).

Figure 6 : Evaluation de la disponibilité des transmissions pour la maternité D



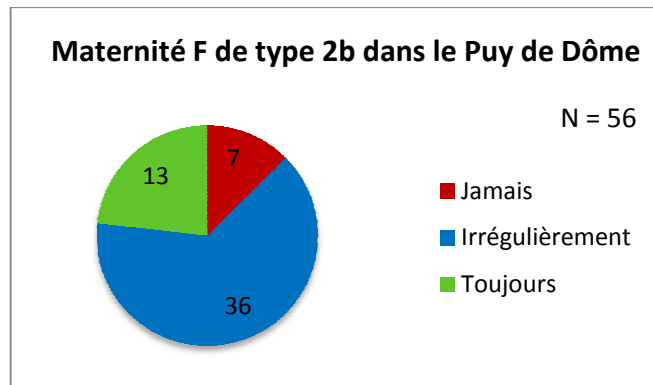
Pour la maternité D de type 1 dans le Puy de Dôme, six déclaraient avoir « toujours » des transmissions, six « irrégulièrement » et quatre « jamais » (figure 6).

Figure 7 : Evaluation de la disponibilité des transmissions pour la maternité E



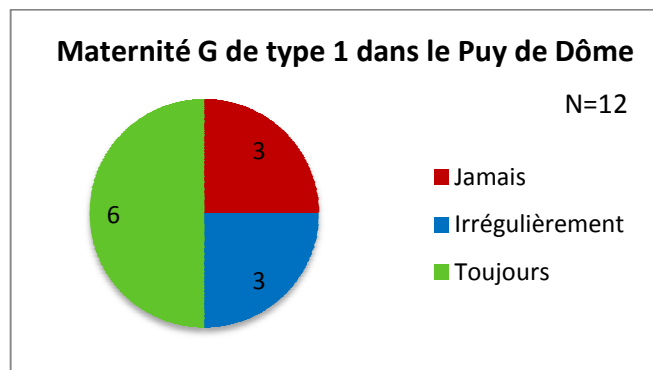
Les sages-femmes avaient globalement « toujours » des transmissions de la part de la maternité E de type 3 dans le Puy de Dôme (n=59) (figure 7).

Figure 8 : Evaluation de la disponibilité des transmissions pour la maternité F



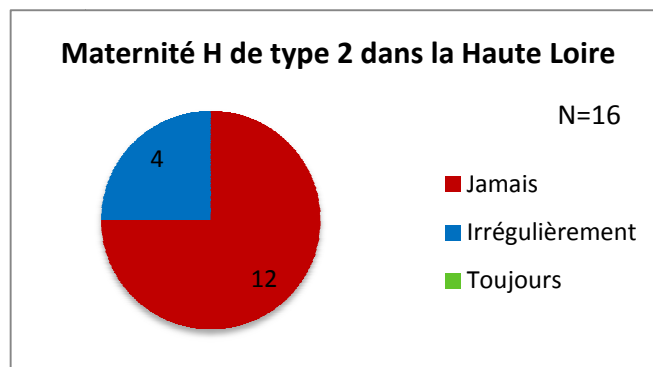
Sur les 56 sages-femmes en lien avec la maternité F de type 2b dans le Puy de Dôme, 36 sages-femmes avaient « irrégulièrement » des transmissions (figure 8).

Figure 9 : Evaluation de la disponibilité des transmissions pour la maternité G



Pour la maternité G de type 1 dans le Puy de Dôme sur dix réponses, six avaient « toujours » des transmissions (figure 9).

Figure 10 : Evaluation de la disponibilité des transmissions pour la maternité H



Pour la maternité H de type 2 en Haute Loire, 12 sages-femmes sur 16 avaient coché ne « jamais » avoir de transmission (figure 10).

Pour la maternité I de type 2 dans le Cantal, deux sages-femmes ont déclaré ne « jamais » avoir de transmission et une « irrégulièrement ».

Aucune sage-femme de l'étude n'était en lien avec la deuxième maternité en activité dans le département du Cantal.

2.2. Rapport avec le conseiller de la CPAM

Les sages-femmes étaient 60,5 % (46/76) à être « plutôt satisfaite » des rapports avec le conseiller de la CPAM et 35,5 % (27/76) étaient « très satisfaite ».

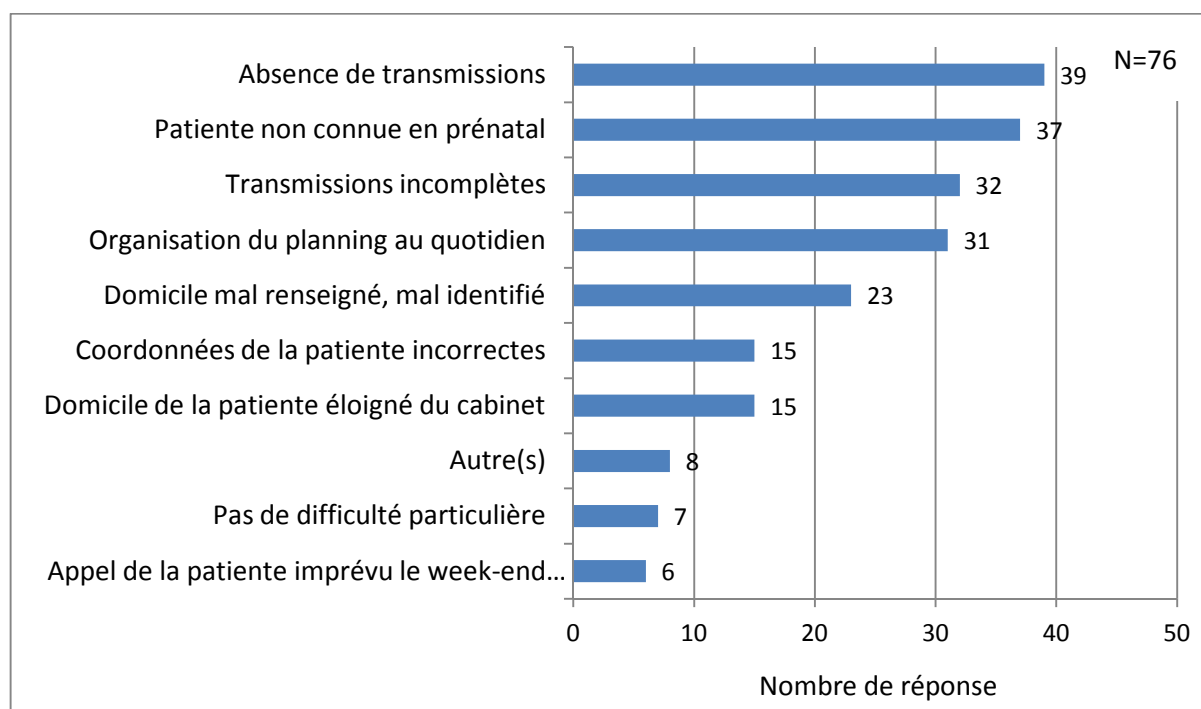
Deux sages-femmes libérales du Puy de Dôme et une de l'Allier avaient déclaré être « plutôt insatisfaite ». Aucune sage-femme n'était « très insatisfaite » de ces échanges.

Concernant le libre choix de la sage-femme libérale, elles étaient 80,3 % (61/76) à penser qu'il était respecté et 19,7 % (15/76) à trouver qu'il n'était pas pris en compte.

3. Difficultés rencontrées

3.1. Difficultés générales

Figure 11 : Les difficultés rencontrées dans le cadre du dispositif PRADO



Parmi les sages-femmes libérales, 90,8 % (69/76) avaient déjà rencontré au moins une difficulté dans le cadre du dispositif PRADO.

Les autres difficultés rapportées par deux sages-femmes étaient « les conseillères CPAM qui envoient mes patientes vers d'autres sages-femmes » et la « réponse exigée dans l'heure suivant l'appel ». Une sage-femme « non contactée malgré la demande de la patiente » et pour une autre « une de mes patientes a été fortement incitée à prendre une autre sage-femme » (figure 11).

Des difficultés vis-à-vis de la « maternité pas toujours en accord avec le dispositif » et « la maternité A de type 2b dans l'Allier fait revenir les patientes au CH pour surveiller les prises de poids du bébé du coup on ne les voit pas à domicile ». Comme autres difficultés citées la « patiente absente » et les « jours fériés ».

Sept sages-femmes ne rencontraient aucune difficulté particulière (figure 11).

Tableau II : Comparaison des difficultés rencontrées entre les départements

	Total (n=73)	Allier (n=14)	Haute Loire (n=15)	Puy de Dôme (n=44)	p-value
Difficultés rencontrées					
Au moins une difficulté					
oui	67 (91,8)	12 (85,7)	15 (100)	40 (90,9)	
non	6 (8,2)	2 (14,3)	0	4 (9,1)	0,34
Autre(s)					
oui	8 (11,0)	2 (14,3)	2 (13,3)	4 (9,1)	
non	65 (89,0)	12 (85,7)	13 (86,7)	40 (90,9)	0,66
Organisation du planning					
oui	30 (41,1)	6 (42,9)	4 (26,7)	20 (45,5)	
non	43 (58,9)	8 (57,1)	11 (73,3)	24 (54,5)	0,44
Appel imprévu le week-end, jour férié					
oui	6 (8,2)	3 (21,4)	0	3 (6,8)	
non	67 (91,8)	11 (78,6)	15 (100)	41 (93,2)	0,07
Coordonnées patiente incorrectes					
oui	14 (19,2)	3 (21,4)	4 (26,7)	7 (15,9)	
non	59 (80,3)	11 (78,6)	11 (73,3)	37 (84,1)	0,64
Domicile mal renseigné, mal identifié					
oui	23 (31,5)	4 (28,6)	2 (13,3)	17 (38,6)	
non	50 (68,5)	10 (71,4)	13 (86,7)	27 (61,4)	0,17
Domicile de la patiente trop éloigné					
oui	13 (17,8)	2 (14,3)	3 (20,0)	8 (18,2)	
non	60 (82,2)	12 (85,7)	12 (80,0)	36 (81,8)	1,00
Patiente non connue en prénatal					
oui	33 (45,2)	4 (28,6)	12 (80,0)	17 (38,6)	
non	40 (54,8)	10 (71,4)	3 (20,0)	27 (61,4)	0,008^{AC}
Transmissions incomplètes					
oui	31 (42,5)	6 (42,9)	2 (13,3)	23 (52,3)	
non	42 (57,5)	8 (57,1)	13 (86,7)	21 (47,7)	0,03^C
Absence de transmission					
oui	37 (50,7)	4 (28,6)	14 (93,3)	19 (43,2)	
non	36 (49,3)	10 (71,4)	1 (6,7)	25 (56,8)	0,001^{AC}

Les données sont présentées par les effectifs (pourcentage associés).

A : différence significative entre Allier et Haute Loire ;

B : différence significative entre Allier et Puy de Dôme ;

C : différence significative entre Haute Loire et Puy de Dôme.

21 sages-femmes sur 76, soit 27,6 %, ne refusaient « jamais » des patientes éligibles au suivi PRADO.

Pour plus de la moitié des sages-femmes (49/76), il leur arrivait de refuser « rarement » des patientes, quatre étaient amenées à en refuser « souvent » et pour deux sages-femmes de l'Allier « très fréquemment ».

Tableau III : Fréquence de refus de patiente éligible au suivi PRADO

	Total (n=73)	Allier (n=14)	Haute Loire (n=15)	Puy de Dôme (n=44)	p-value
Fréquence de refus de patiente					
Très fréquemment	2 (2,7)	2 (14,3)	0	0	0,02^{AB}
Souvent	4 (5,5)	0	1 (6,7)	3 (6,8)	
Rarement	48 (65,8)	5 (35,7)	12 (80,0)	31 (70,5)	
Jamais	19 (26,0)	7 (50,0)	2 (13,3)	10 (22,7)	

Les données sont présentées par les effectifs (pourcentage associés).

A : différence significative entre Allier et Haute Loire ;

B : différence significative entre Allier et Puy de Dôme ;

C : différence significative entre Haute Loire et Puy de Dôme.

Selon le test de Fisher, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les départements de la Haute Loire et du Puy de Dôme où la majorité des sages-femmes sont amenées à refuser « rarement » les patientes (p-value = 0.87).

D'après le test de Fisher, il y a une différence statistiquement significative entre les départements de l'Allier et de la Haute Loire (p-value = 0.02) et entre les départements de l'Allier et du Puy de Dôme (p-value = 0.01).

Dans l'Allier, deux sages-femmes refusaient « très fréquemment » des patientes et la moitié des sages-femmes ne refusaient « jamais » de patientes pour un suivi PRADO.

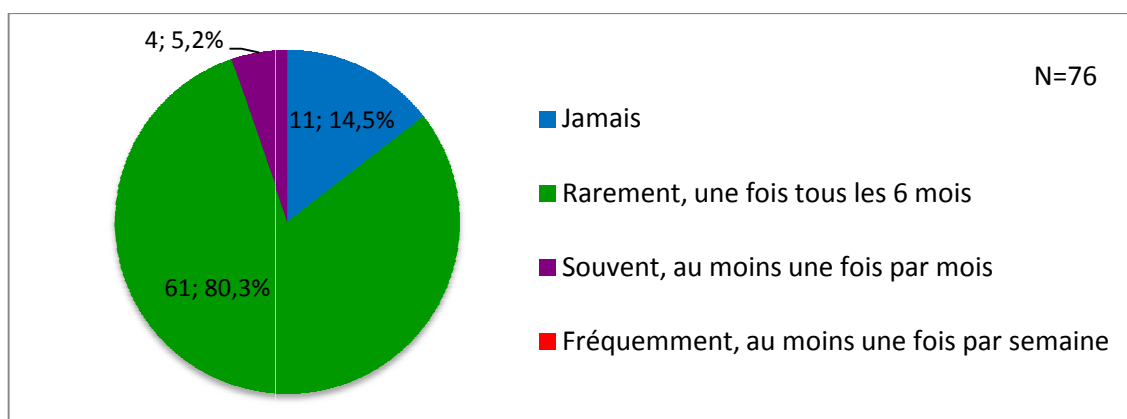
Pour les 55 personnes amenées à refuser des patientes, soit 72,4 % des sages-femmes interrogées, les deux raisons les plus évoquées étaient le planning de rendez-vous complet pour 58,2 % (32/55) et la distance domicile-cabinet pour 49,1 % (27/55).

La troisième raison était la patiente non connue en prénatal pour 20 % (11/55).

Un autre motif de refus cité par les sages-femmes était l'absence pour congés ou formation pour 12,7 % (7/55).

3.2. Complications maternelles

Figure 12 : Fréquence d'orientation des patientes vers un gynécologue ou un médecin généraliste



Suite à leur visite à domicile, 80,3 % des sages-femmes (61/76) orientaient « rarement », soit une fois tous les six mois, les patientes vers un médecin généraliste ou un gynécologue (figure 12). Les quatre sages-femmes qui orientaient « souvent » les femmes vers un médecin exerçaient dans le département du Puy de Dôme.

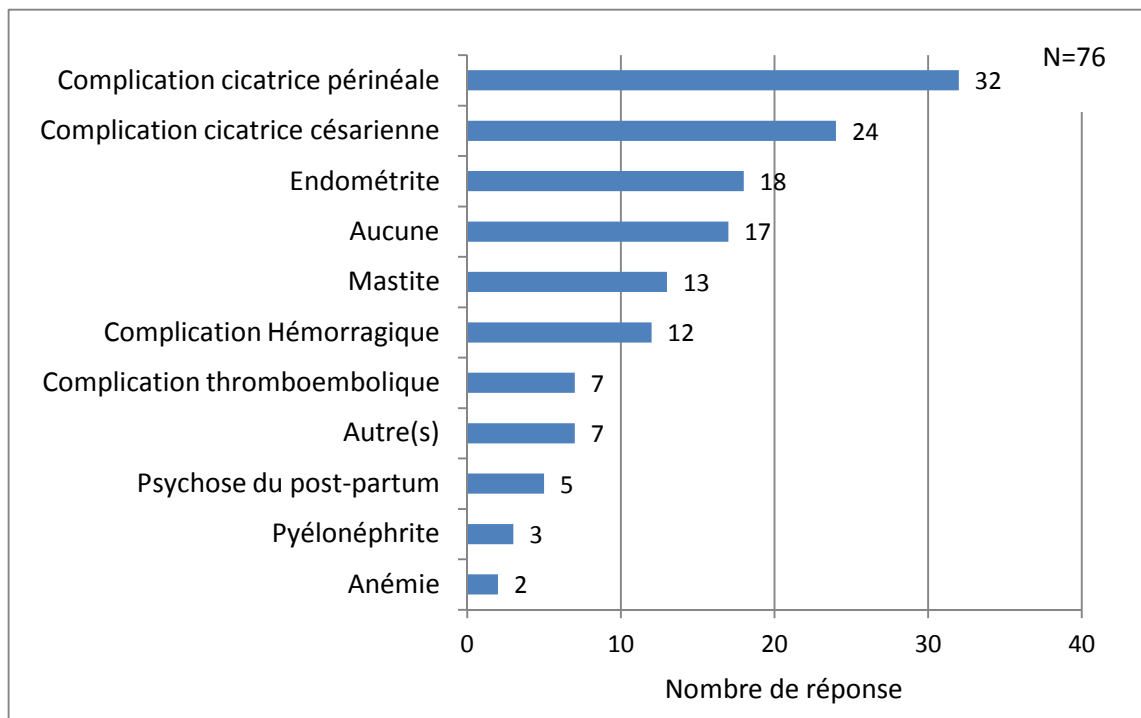
Tableau IV : Fréquence d'orientation des patientes vers un médecin

	Total (n=73)	Allier (n=14)	Haute Loire (n=15)	Puy de Dôme (n=44)	p-value
Fréquence d'orientation					
Fréquemment	0	0	0	0	0,61
Souvent	4 (5,5)	0	0	4 (9,1)	
Rarement	59 (80,8)	13 (92,9)	12 (80,0)	34 (77,3)	
Jamais	10 (13,7)	1 (7,1)	3 (20,0)	6 (13,6)	

Les données sont présentées par les effectifs (pourcentage associés).

Selon le test exact de Fisher, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les fréquences d'orientation des patientes vers un médecin généraliste ou un gynécologue dans les trois départements de l'Allier, de la Haute Loire et du Puy de Dôme (p=0.61).

Figure 13 : Les complications maternelles dépistées nécessitant une ré-hospitalisation ou une consultation aux urgences



Dans la figure 13, les autres complications étaient l’hypertension artérielle et la pré-éclampsie (4/76), l’anurie (2/76) et la suspicion d’accident ischémique transitoire (1/76).

Dans l’étude, 22,4 % des sages-femmes libérales (17/76) n’avaient rencontré aucune complication maternelle dans le cadre du suivi PRADO nécessitant une ré-hospitalisation ou une consultation aux urgences (figure 13).

Dans le suivi PRADO, 15,8 % des sages-femmes libérales (12/76) ne rencontraient aucune difficulté psychosociale.

Parmi les 64 sages-femmes confrontées aux difficultés psychosociales non connues auparavant, 76,6 % (49/64) avaient identifié une vulnérabilité sociale, 54,7 % (35/64) une vulnérabilité psychique et quatre sages-femmes avaient été confrontées à des patientes présentant des addictions sévères.

Si une de ces difficultés était repérée, 95,9 % (70/73) des sages-femmes libérales orientaient les femmes vers la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Tableau V : Complications maternelles dépistées

	Total (n=73)	Allier (n=14)	Haute Loire (n=15)	Puy de Dôme (n=44)	p-value
Complications maternelles					
Au moins une complication					
oui	57 (78,1)	14 (100)	12 (80,0)	31 (70,5)	0,06
non	16 (21,9)	0	3 (20,0)	13 (29,5)	
Autre(s)					
oui	7 (9,6)	0	2 (13,3)	5 (11,4)	0,55
non	66 (90,4)	14 (100)	13 (86,7)	39 (88,6)	
Psychose du post-partum					
oui	5 (6,8)	1 (7,1)	0	4 (9,1)	0,68
non	68 (93,2)	13 (92,9)	15 (100)	40 (90,9)	
Complication cicatrice périnéale					
oui	32 (43,8)	7 (50,0)	7 (46,7)	18 (40,9)	0,81
non	41 (56,2)	7 (50,0)	8 (53,3)	26 (59,1)	
Anémie					
oui	2 (2,7)	0	1 (6,7)	1 (2,3)	0,64
non	71 (97,3)	14 (100)	14 (93,3)	43 (97,7)	
Complication cicatrice césarienne					
oui	23 (31,5)	7 (50,0)	4 (26,7)	12 (27,3)	0,28
non	50 (68,5)	7 (50,0)	11 (73,3)	32 (72,7)	
Mastite					
oui	13 (17,8)	4 (28,6)	1 (6,7)	8 (18,2)	0,29
non	60 (82,2)	10 (71,4)	14 (93,3)	36 (81,8)	
Complication thromboembolique					
oui	7 (9,6)	1 (7,1)	1 (6,7)	5 (11,4)	1,00
non	66 (90,4)	13 (92,9)	14 (93,3)	39 (88,6)	
Pyélonéphrite					
oui	3 (4,1)	1 (7,1)	0	2 (4,5)	0,77
non	70 (95,9)	13 (92,9)	15 (100)	42 (95,5)	
Endométrite					
oui	18 (24,7)	8 (57,1)	1 (6,7)	9 (20,5)	0,005^{AB}
non	55 (75,3)	6 (42,9)	14 (93,3)	35 (79,5)	
Complication hémorragique					
oui	11 (15,1)	3 (21,4)	1 (6,7)	7 (15,9)	0,53
non	62 (84,9)	11 (78,6)	14 (93,3)	37 (84,1)	

Les données sont présentées par les effectifs (pourcentage associés).

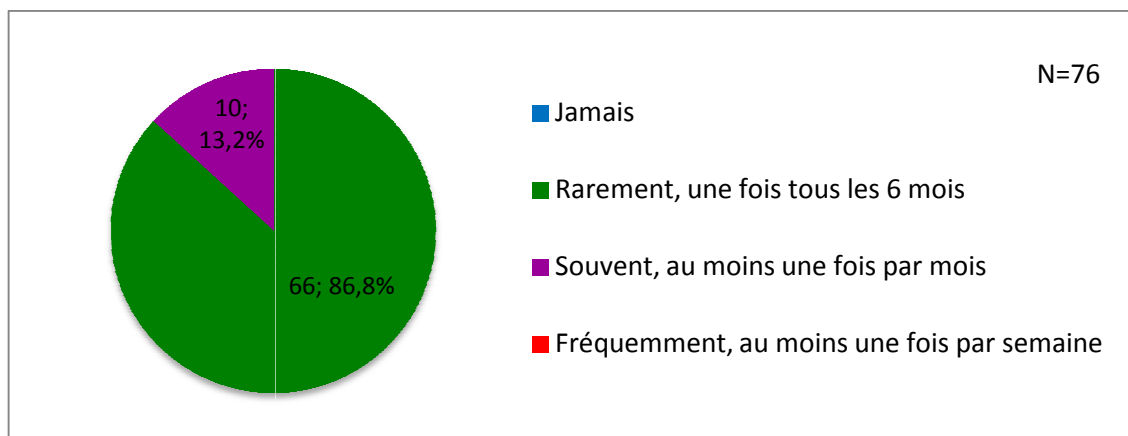
A : différence significative entre Allier et Haute Loire ;

B : différence significative entre Allier et Puy de Dôme ;

C : différence significative entre Haute Loire et Puy de Dôme.

3.3. Complications néonatales

Figure 14 : Fréquence d'orientation des nouveau-nés vers un pédiatre ou médecin généraliste



Suite à leur visite à domicile, 86,8 % des sages-femmes (66/76) orientaient « rarement » les nouveau-nés vers un médecin généraliste ou un pédiatre et 13,2 % (10/76) orientaient « souvent » les nouveau-nés (figure 14).

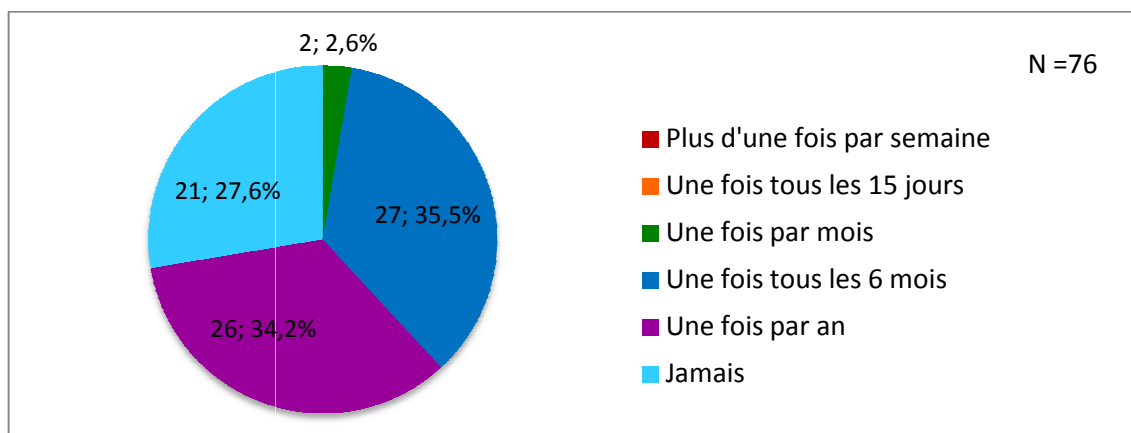
Tableau VI : Fréquence d'orientation des nouveau-nés vers un médecin

	Total (n=73)	Allier (n=14)	Haute Loire (n=15)	Puy de Dôme (n=44)	p-value
Fréquence d'orientation					
Fréquemment	0	0	0	0	0,80
Souvent	10 (13,7)	2 (14,8)	1 (6,7)	7 (15,9)	
Rarement	63 (86,3)	12 (85,7)	14 (93,3)	37 (84,1)	
Jamais	0	0	0	0	

Les données sont présentées par les effectifs (pourcentage associés).

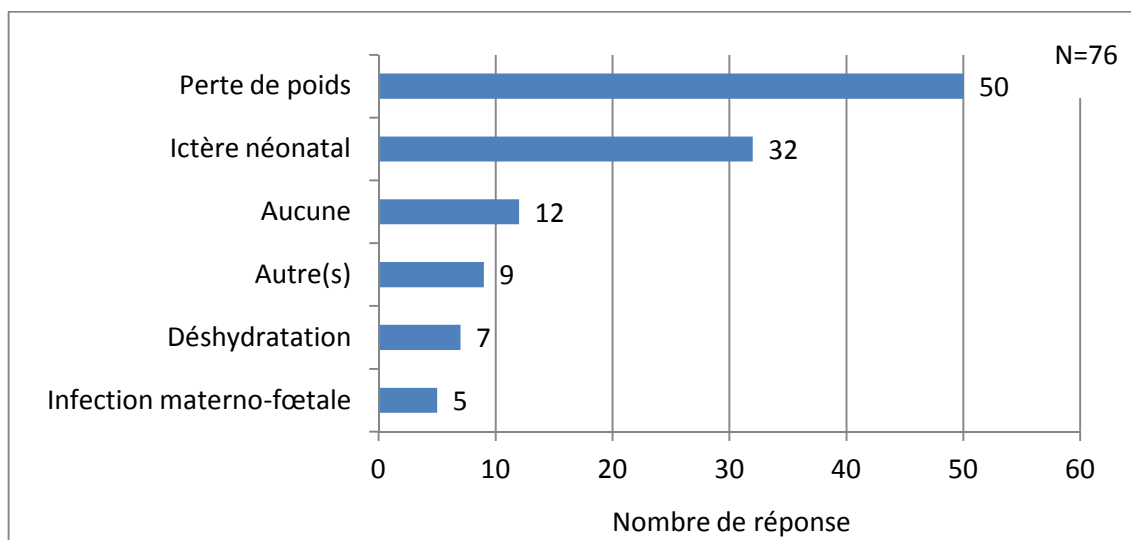
Selon le test exact de Fisher, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la fréquence d'orientation du nouveau-né vers un médecin généraliste ou un pédiatre dans les trois départements de l'Allier, de la Haute Loire et du Puy de Dôme (p=0.80).

Figure 15 : Fréquence du contrôle de l'ictère néonatal par examens complémentaires



Près d'un tiers des sages-femmes (27/76) contrôlaient l'ictère néonatal par examens complémentaires (bilirubinomètre transcutané, bilirubinémie sanguine) une fois tous les six mois en moyenne. Pour un tiers (26/76) une fois par an et 27,6 % (21/76) n'étaient jamais amenées à le contrôler (figure 15).

Figure 16 : Les complications néonatales dépistées nécessitant la ré-hospitalisation ou une consultation aux urgences



Dans la figure 16, les neuf autres complications étaient l'occlusion (3/76), l'éruption cutanée (1/76), l'intolérance aux protéines de lait de vache (1/76), la fracture de clavicule (1/76), la pâleur et les marbrures (1/76), du sang dans les selles (1/76) et un souffle au cœur (1/76).

Dans le cadre du suivi PRADO, 15,8 % des sages-femmes interrogées (12/76) n'avaient jamais dépisté de complication néonatale nécessitant la ré-hospitalisation ou une consultation aux urgences.

Tableau VII : Complications néonatales dépistées

	Total (n=73)	Allier (n=14)	Haute Loire (n=15)	Puy de Dôme (n=44)	p-value
Complications néonatales					
Au moins une complication					
oui	61 (83,6)	14 (100)	13 (86,7)	34 (77,3)	0,16
non	12 (16,4)	0	2 (13,3)	10 (22,7)	
Autre(s)					
oui	8 (11,0)	3 (21,4)	1 (6,7)	4 (9,1)	0,50
non	65 (89,0)	11 (78,6)	14 (93,3)	40 (90,9)	
Perte de poids					
oui	48 (65,7)	12 (85,7)	8 (53,3)	28 (63,6)	0,18
non	25 (34,3)	2 (14,3)	7 (46,7)	16 (36,4)	
Déshydratation					
oui	7 (9,6)	2 (14,3)	3 (20,0)	2 (4,5)	0,13
non	66 (90,4)	12 (85,7)	12 (80,0)	42 (95,5)	
Infection materno-foetale					
oui	12 (16,4)	4 (28,6)	3 (20,0)	5 (11,4)	0,24
non	61 (83,6)	10 (71,4)	12 (80,0)	39 (88,6)	
Ictère néonatal					
oui	32 (43,8)	7 (50,0)	9 (60,0)	16 (36,4)	0,25
non	41 (56,2)	7 (50,0)	6 (40,0)	28 (63,6)	

Les données sont présentées par les effectifs (pourcentage associés).

A : différence significative entre Allier et Haute Loire ;

B : différence significative entre Allier et Puy de Dôme ;

C : différence significative entre Haute Loire et Puy de Dôme.

4. Intérêts du dispositif PRADO

4.1. Les avantages pour la profession et le suivi de la patiente

Les sages-femmes libérales étaient 97,4 % (74/76) à trouver au moins un avantage au dispositif PRADO.

Pour 88,1 % des personnes interrogées (67/76), le dispositif PRADO était un outil favorisant la rencontre avec une sage-femme libérale, pour 82,9 % (63/76) il permettait une meilleure reconnaissance des différentes compétences des sages-femmes et 73,7 % (56/76) pensaient qu'il permettait le développement de l'activité et/ou de la patientèle.

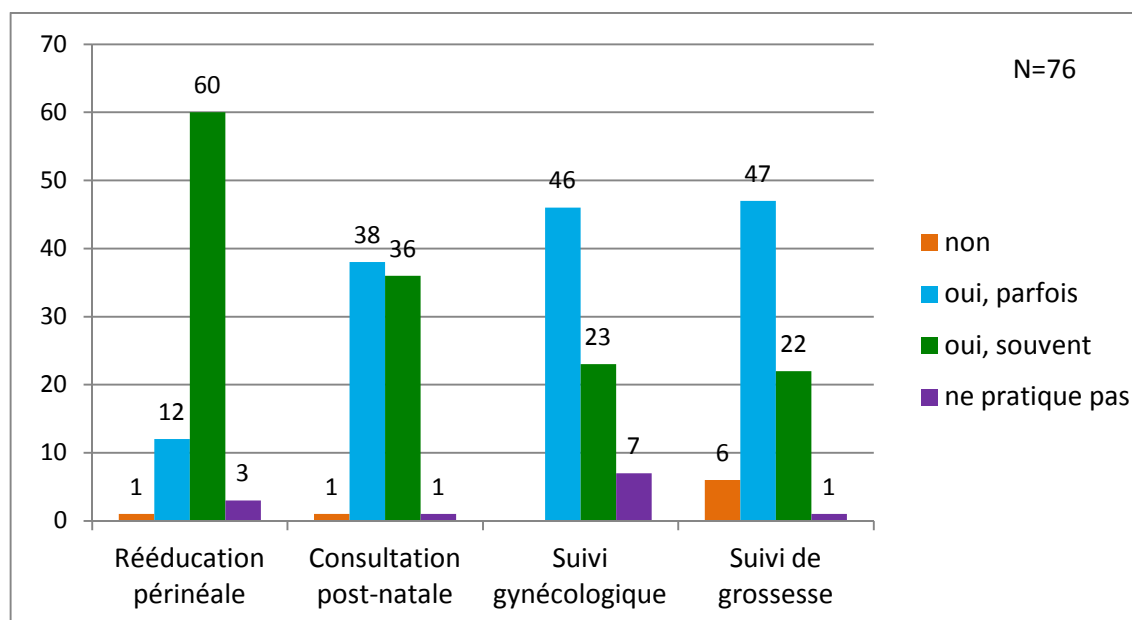
Parmi les autres avantages, cinq sages-femmes libérales avaient écrit que le dispositif PRADO permettait « une continuité de l'accompagnement débuté en prénatal », un « relationnel personnalisé », une « découverte du lieu de vie des patientes » et « voir la femme dans son contexte familial », une « activité professionnelle plus variée » et pour deux sages-femmes « un suivi optimal des patientes ».

Deux sages-femmes ne trouvaient pas d'avantage au dispositif PRADO pour la profession de sage-femme.

Les sages-femmes libérales parlaient de ce programme à leurs patientes au cours des séances de préparation à la naissance et à la parentalité pour 65,8 % (50/76) et lors des consultations de grossesse pour 34,2 % (26/76). Toutes les sages-femmes interrogées informaient les patientes vues en anténatal de l'existence du dispositif PRADO.

4.2. Les avantages pour le champ d'activité

Figure 17 : Evaluation de la fréquence de consultation pour une autre activité libérale suite à la rencontre dans le cadre du PRADO



Suite à leur rencontre dans le cadre du PRADO, 78,9 % des sages-femmes (60/76) pensaient que les femmes venaient « souvent » les revoir pour la rééducation périnéale et 15,8 % (12/76) « parfois » (figure 17).

La moitié des sages-femmes libérales (38/76) trouvaient qu'elles étaient « souvent » amenées à revoir les patientes pour leur consultation postnatale et l'autre moitié (36/76) « parfois » (figure 17).

Pour le suivi gynécologique, 60,5 % des sages-femmes (46/76) étaient amenées à revoir « parfois » les femmes pour leur suivi, pour 30,3 % des sages-femmes (23/76) « souvent » (figure 17).

Concernant le suivi de grossesse ultérieure, 61,8 % des sages-femmes (47/76) revoyaient « parfois » les femmes pour leur grossesse, 28,9 % (22/76) étaient amenées à revoir « souvent » les femmes (figure 17).

5. La part du PRADO dans l'activité libérale

5.1. Nombre moyen de patientes vues par mois

Les sages-femmes avaient déclaré voir en moyenne $9,5 \pm 5,7$ patientes soit une moyenne de neuf à dix patientes par mois dans le cadre du dispositif PRADO.

Le nombre moyen de patientes vues par mois allait de deux à 30 patientes selon les sages-femmes libérales.

Tableau VIII : Nombre moyen de patientes vues par mois dans le cadre du PRADO

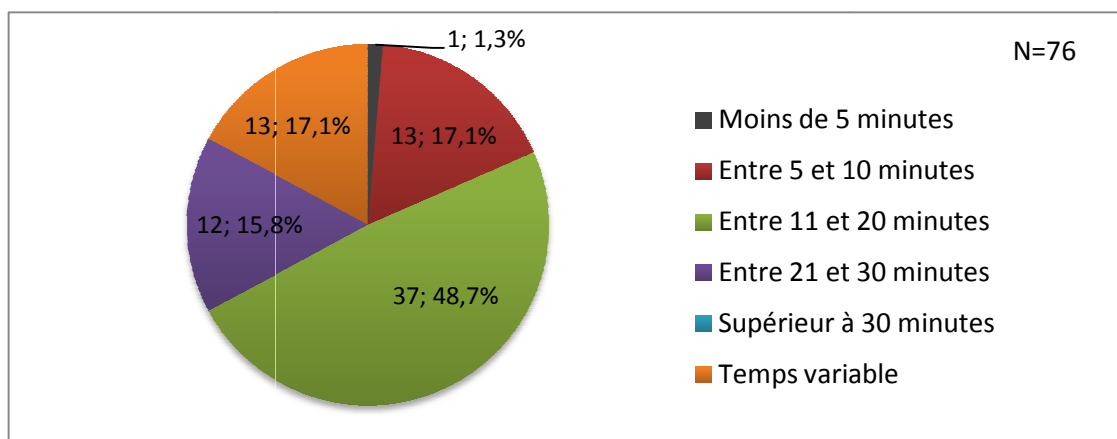
	Total (n=73)	Allier (n=14)	Haute Loire (n=15)	Puy de Dôme (n=44)	p-value
Nombre moyen de patientes vues par mois	9,5 ± 5,7	11,8 ± 7,9	9,1 ± 3,9	9,3 ± 5,3	0,66

Les données sont présentées par la moyenne ± écart-type.

Selon le test de Kruskal-Wallis, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le nombre moyen de patientes vues par mois dans les départements de l'Allier, de la Haute Loire et du Puy de Dôme ($p=0.66$).

5.2. Temps moyen de trajet cabinet – domicile

Figure 18 : Temps moyen de trajet cabinet – domicile de la patiente



Près de la moitié des sages-femmes libérales a répondu que le temps moyen de trajet entre le cabinet et le domicile de la patiente était de 11 à 20 minutes (37/76).

Tableau IX : Temps moyen de trajet cabinet-domicile de la patiente

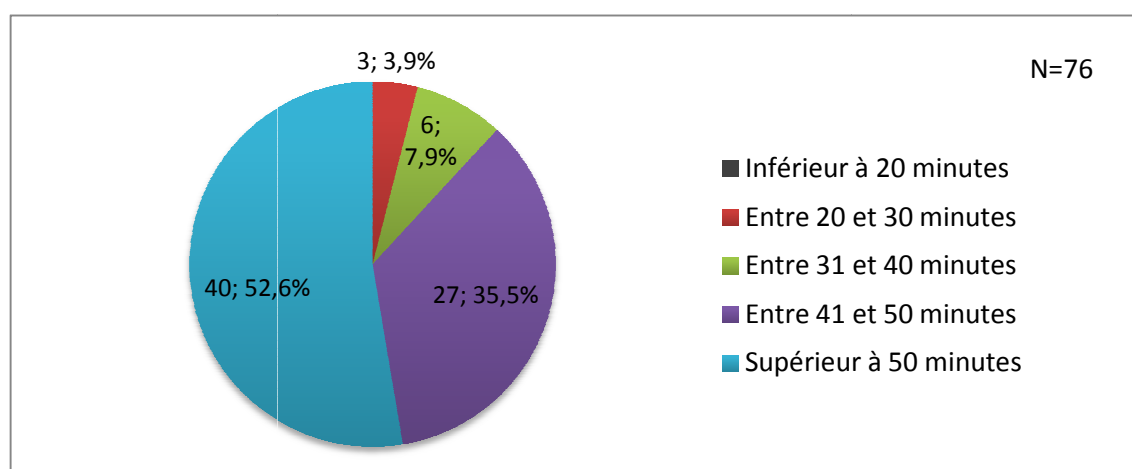
	Total (n=73)	Allier (n=14)	Haute Loire (n=15)	Puy de Dôme (n=44)	p-value
Temps moyen de trajet cabinet – domicile					
< 5 min	1 (1,4)	1 (7,1)	0	0	0,57
Entre 5 et 10 min	13 (17,8)	4 (28,6)	1 (6,7)	8 (18,2)	
Entre 11 et 20 min	37 (50,7)	6 (42,9)	10 (66,7)	21 (47,7)	
Entre 21 et 30 min	11 (15,0)	1 (7,1)	2 (13,3)	8 (18,2)	
> 30 min	0	0	0	0	
Variable	11 (15,1)	2 (14,3)	2 (13,3)	7 (15,9)	

Les données sont présentées par les effectifs (pourcentage associés).

Selon le test exact de Fisher, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les temps moyens de trajets cabinet-domicile dans les trois départements de l'Allier, de la Haute Loire et du Puy de Dôme (p=0.57).

5.3. Durée moyenne des visites à domicile

Figure 19 : Durée moyenne des visites au domicile de la patiente



Pour plus de la moitié des sages-femmes (40/76), les visites duraient plus de 50 minutes (figure 19).

Tableau X : Durée moyenne des visites au domicile de la patiente

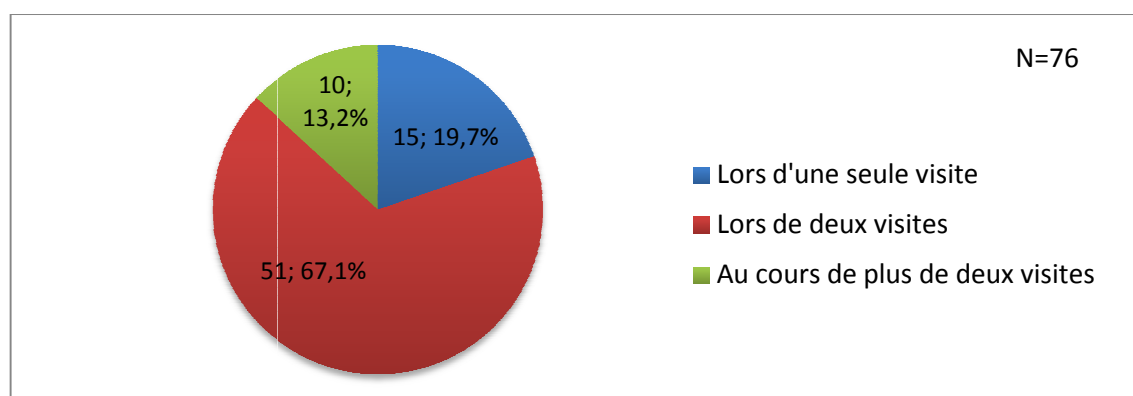
	Total (n=73)	Allier (n=14)	Haute Loire (n=15)	Puy de Dôme (n=44)	p-value
Durée moyenne des visites					
Inférieur à 20 min	0	0	0	0	
Entre 20 et 30 min	3 (4,1)	3 (21,4)	0	0	
Entre 31 et 40 min	6 (8,2)	0	1 (6,7)	5 (11,4)	0,10
Entre 41 et 50 min	27 (37,0)	4 (28,6)	6 (40,0)	17 (38,6)	
Supérieur à 50 min	37 (50,7)	7 (50,0)	8 (53,3)	22 (50,0)	

Les données sont présentées par les effectifs (pourcentage associés).

Selon le test exact de Fisher, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la durée moyenne des visites dans les trois départements de l'Allier, de la Haute Loire et du Puy de Dôme (p=0.10).

5.4. Nombre de visite à domicile dans le cadre du suivi PRADO

Figure 20 : Nombre de visite par patiente



Selon la figure 20, on peut voir que 67,1 % des sages-femmes (51/76) se rendaient au domicile des femmes lors deux visites.

Tableaux XI : Nombre de visite au domicile par patiente

	Total (n=73)	Allier (n=14)	Haute Loire (n=15)	Puy de Dôme (n=44)	p-value
Nombre de visite par patientes					
Lors d'une seule visite	15 (20,5)	3 (21,4)	4 (26,7)	8 (18,2)	0,02^B
Lors de deux visites	48 (65,8)	6 (42,9)	8 (53,3)	34 (72,3)	
Au cours de plus de deux visites	10 (13,7)	5 (35,7)	3 (20,0)	2 (4,5)	

Les données sont présentées par les effectifs (pourcentage associés).

A : différence significative entre Allier et Haute Loire ;

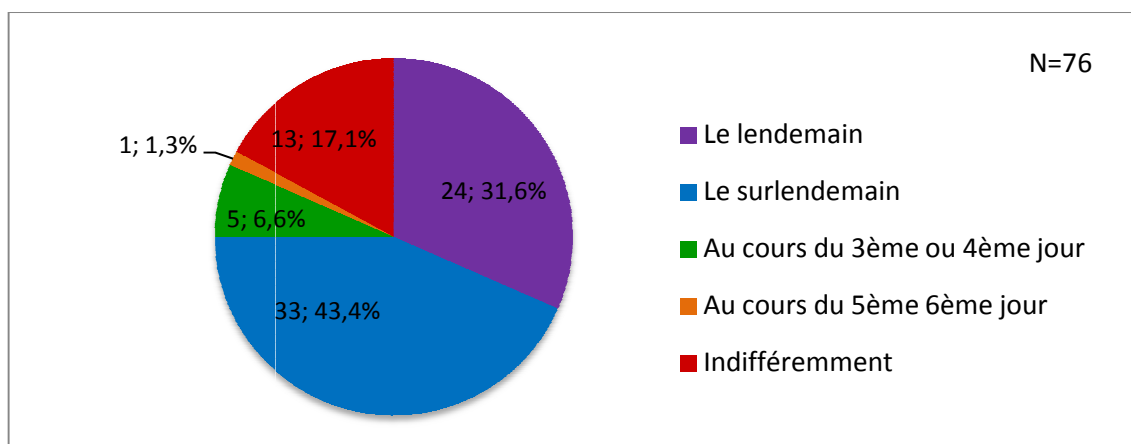
B : différence significative entre Allier et Puy de Dôme ;

C : différence significative entre Haute Loire et Puy de Dôme.

Selon le test exact de Fisher, il existe une différence statistiquement significative du nombre moyen de visite par patiente entre l'Allier et le Puy de Dôme ($p = 0.007$). Selon le test exact de Fisher, il n'existe pas de différence statistiquement significative du nombre moyen de visite par patiente entre l'Allier et la Haute Loire ($p = 0.71$) et entre la Haute Loire et le Puy de Dôme ($p = 0.10$).

5.5. Jour de la visite suite à la sortie de maternité

Figure 21 : Jour de la visite suite à la sortie de maternité



La majorité des sages-femmes programmaient la visite des patientes le lendemain (24/76) ou le surlendemain de leur sortie de maternité (33/76) (figure 21).

5.6. Consultation au cabinet dans les deux premiers mois

Suite à la prise en charge à domicile dans le cadre du PRADO, 44,7 % des sages-femmes (34/76) avaient répondu revoir « rarement » la patiente et/ou son enfant en consultation au cabinet dans les deux premiers mois du post-partum.

Pour 40,8 % des sages-femmes (31/76), elles étaient « souvent » amenées à revoir la patiente et/ou l'enfant, 11,8 % (9/76) « très fréquemment » et deux avaient répondu ne « jamais » revoir les patientes.

6. Suggestions et remarques des sages-femmes libérales

Cette dernière question était ouverte ainsi 19 sages-femmes ont apporté une réponse.

▪ **Rapport avec les centres hospitaliers**

Une sage-femme libérale a rapporté des difficultés pour la mise en place du dispositif PRADO avec la maternité I de type 2 du Cantal, « blocage hospitalier ».

Deux sages-femmes libérales rencontraient des difficultés pour la mise en place du dispositif avec la maternité A de type 2b dans l'Allier. La mère et l'enfant étaient revus en consultation au centre hospitalier et les deux sages-femmes libérales avaient ainsi le sentiment de ne pas avoir la possibilité de voir les patientes à domicile et d'être « évincées ».

▪ **Les patientes**

Concernant les patientes, une sage-femme rapportait la nécessité « de rencontrer les patientes en prénatal, le suivi PRADO est plus facile, la confiance est déjà là ». Ainsi deux sages-femmes ont déclaré ne suivre en PRADO que leurs patientes ou des patientes déjà rencontrées en anténatal. Une sage-femme justifiait ce choix par une « efficacité des conseils et de la prise en charge bien meilleur si la patiente est connue en prénatal » et pour la deuxième « je suis trop occupée pour faire plus ».

▪ **La visite PRADO**

A propos du temps de visite, une sage-femme rapportait que « le temps passé avec chaque patiente à domicile est à ajuster en fonction des demandes et du nombre d'enfant ». Une autre sage-femme ajoutait que « la prise en charge est vraiment différente selon les personnes » et qu'il faut « s'adapter à leur propre demande ».

▪ **Les transmissions**

Concernant les transmissions, une sage-femme ne les trouvait « pas réellement adaptées » au suivi à domicile et suggérait « une synthèse d'une page ».

- **La qualité de soins**

Une sage-femme trouvait « le dispositif très bénéfique pour le soutien de l'allaitement maternel ».

Deux sages-femmes décrivaient le dispositif PRADO comme une « activité intéressante et diversifiée », permettant « la continuité des soins » et « la chance de voir la femme, le couple et leur bébé dans leur cadre de vie », « d'être en phase avec leur vécu et leurs problématiques ».

Dans leurs réponses, était retrouvée la notion « d'écoute », de « confort », de « sécurité » et de « qualité de soins ».

- **Ressentis des patientes**

Une sage-femme rapportait « je suis ravie de ce dispositif, mes patientes aussi, elles me le disent très souvent » et une autre sage-femme témoignait « on est généralement très bien accueillis ».

- **La rémunération**

Une sage-femme a écrit « ce protocole est nécessaire pour les patientes, intéressant pour les sages-femmes mais très mal rémunéré ».

- **Conseillère CPAM**

Une sage-femme souhaiterait qu'il y ait « une transparence de la part de la CPAM de quelle patiente est adressée à quelle sage-femme » avec un « listing » indiquant le choix de la patiente, celui du conseiller ou un autre critère de choix retenu.

Une autre sage-femme suggérait que les conseillers de la CPAM aient à disposition « une carte du département pour orienter la patiente vers la sage-femme la plus proche ».

Deux sages-femmes trouvaient « une grande différence de nombre de PRADO par sages-femmes de même secteur » avec « des périodes sans contact de la part de la CPAM ».

Discussion

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. Les points forts

Cette étude présente un recul de trois ans vis-à-vis de la mise en place du dispositif PRADO ce qui permet de se rendre compte si les difficultés rencontrées à la mise en place du dispositif sont présentes dans les départements d'Auvergne. Grâce à l'étude on a pu mettre en avant l'impact du suivi PRADO sur l'exercice libéral et son champ d'activités.

Le taux de réponses de 74 % pour cette étude est supérieur à celui des autres études menées auparavant sur le sujet. Ce taux de participation permet la multiplication des points de vue avec une bonne validité interne. De plus, les sages-femmes libérales ont répondu à l'ensemble des questions et tous les questionnaires reçus étaient exploitables.

Cette étude permet d'apporter des axes de réflexion afin de corriger des difficultés rencontrées dans la mise en place du suivi PRADO. En effet, c'est un sujet peu étudié du fait de son récent développement. De même, les politiques de santé s'orientent vers des retours à domicile plus précoces avec un dispositif PRADO plus systématique, ce qui place la sage-femme en tant que professionnel de premier recours des suites de couches à domicile.

Le choix du recueil de données sous la forme d'un questionnaire a permis d'évaluer la satisfaction des sages-femmes libérales à la fois sur le plan quantitatif et le plan qualitatif. La question ouverte à la fin du questionnaire complète certains points abordés dans les questions et apporte de nouvelles pistes ainsi que des propositions d'action.

La première partie du questionnaire qui décrit les caractéristiques de la population de l'étude permet de faire un état des lieux sur les caractéristiques des sages-femmes libérales exerçant dans les quatre départements d'Auvergne.

1.2. Les points faibles

L'échantillon de sages-femmes libérales est trop restreint pour que les résultats de l'étude soient généralisés au niveau national et à l'ensemble de la profession.

Des difficultés ont été rencontrées lors de la relance des questionnaires car le retour des réponses étant anonyme, on ne connaissait pas quelles sages-femmes n'avaient pas répondu. Toutes les sages-femmes ont alors été recontactées par e-mail que ce soit celles qui avaient déjà répondu ou non dans l'objectif de recueillir un nombre plus important de réponses.

Une question concernant les informations contenues dans les dossiers de transmission donnés par les maternités aurait pu nuancer la question numéro 11 qui aborde la disponibilité des transmissions pour chaque établissement. Cela aurait permis de connaître les informations médicales jugées nécessaires pour des transmissions à la fois complètes et concises par les sages-femmes libérales.

De même, il aurait été pertinent de nuancer la question numéro 24 qui porte sur la fréquence de consultation pour une autre activité libérale, en différenciant bien les patientes déjà vues en anténatal par la sage-femme libérale et celles vues uniquement dans le cadre du suivi PRADO.

Il y a une disparité entre le nombre de sages-femmes libérales exerçant dans chaque département en Auvergne. On observe une sous-représentation dans le département du Cantal où seulement trois sages-femmes sur les cinq installées en libéral ont répondu. Les réponses ne concernent qu'une des deux maternités du Cantal, celle de type 2, aucune réponse pour la maternité de type 1.

2. Les difficultés du dispositif PRADO

2.1. Difficultés concernant les transmissions

L'absence de transmission rencontrée par 51,3 % des sages-femmes interrogées (39/76) et le problème des transmissions incomplètes citées par 42,1 % d'entre elles (32/76), représentent deux difficultés majeures dans l'application du dispositif PRADO.

Les transmissions de la maternité E de type 3 dans le Puy de Dôme sont globalement toujours données aux sages-femmes libérales. En effet, 59 sages-femmes rapportent avoir « toujours » des transmissions sur les 62 personnes en lien avec la maternité.

De même, pour les transmissions de la maternité C de type 2b dans l'Allier puisque la majorité des sages-femmes ont répondu avoir « toujours » des transmissions.

Pour les deux maternités de type 1 dans le Puy de Dôme et la maternité A de type 2b dans l'Allier, les avis sont plutôt partagés, des améliorations seraient donc à apporter au support de transmission actuellement mis en place.

Sur 56 sages-femmes libérales, 36 ont rapporté avoir « irrégulièrement » des transmissions de la part de la maternité F de type 2 dans le Puy de Dôme et 13 « toujours ». Il faudrait s'assurer que le support de transmission soit complet et régulièrement donné aux sages-femmes libérales.

Pour la maternité B de type 2a dans l'Allier, il semble qu'il y ait un défaut de transmission puisque trois sages-femmes sur cinq considèrent ne « jamais » avoir de transmission. Il en est de même pour la maternité I de type 2 dans le département du Cantal où deux sages-femmes ont déclaré ne « jamais » avoir de transmission et une « irrégulièrement ».

Concernant les échanges avec la maternité H de type 2 dans le département de la Haute Loire, les réponses s'orientent vers une quasi absence de transmission puisque 12 sages-femmes sur les 16 concernées déclarent ne « jamais » avoir de transmission.

Dans les recommandations sur l'organisation du suivi en post-partum de la HAS de 2014, il est recommandé d'établir une feuille de liaison entre maternité et professionnel référent du suivi où sont notifiés à la fois les éléments médicaux et non médicaux nécessaire à la surveillance de la mère et son nouveau-né. Cette recommandation s'applique dans le cadre de la continuité des soins et permet de

sécuriser la prise en charge (20). Le support de transmission se doit d'être donné par chaque maternité au professionnel qui assure le suivi à la sortie de la maternité or certaines maternités en Auvergne ne mettent pas à disposition les informations nécessaires à la prise en charge ultérieure.

Les réponses des sages-femmes libérales montrent qu'elles sont satisfaites des échanges avec le conseiller de la CPAM.

Des problèmes sont tout de même soulevés comme la réponse qui est demandée dans l'heure suivant l'appel du conseiller. Ce délai est jugé trop court et difficile à respecter pour les sages-femmes libérales. De plus, faute d'avoir une réponse dans l'heure les conseillères contactent parfois une autre sage-femme.

Même si elles sont 80,3 % (61/76) à penser que le libre choix de la sage-femme libérale est respecté. Dans les remarques, une sage-femme rapporte ne pas avoir été contactée malgré la demande de la patiente ou pour une autre sage-femme que le choix de la sage-femme libérale a été influencé par le conseiller.

En comparaison avec l'étude menée dans le Sud Finistère par Mathilde Lemoigne auprès de 19 sages-femmes libérales, on retrouve également dans les difficultés le manque de transmission (62). Deux tiers des sages-femmes sont satisfaites des transmissions médicales mais la quasi-totalité souhaiterait que des améliorations soient apportées. Vis-à-vis du rôle du conseiller de la CPAM comme dans notre étude la grande majorité des sages-femmes sont satisfaites des échanges.

On observe des similitudes avec l'étude menée dans la Seine Maritime et l'Eure de Clément Bellamy auprès de 36 sages-femmes libérales (63). Pour 26 sages-femmes, le recueil d'informations concernant la mère et le nouveau-né constituait une difficulté. Pour 15 sages-femmes le défaut de transmission venait des maternités et pour neuf à la fois de la maternité et du conseiller de la CPAM. Les échanges avec le conseiller convenaient à la majorité comme retrouvés dans notre étude.

2.2. Difficultés concernant les patientes

La patiente non connue en prénatal représente la deuxième difficulté rencontrée par les sages-femmes libérales après l'absence de transmission.

Certaines sages-femmes n'acceptent que les suivis PRADO pour les patientes qu'elles ont déjà rencontré en prénatal. La rencontre de la patiente au cours de la grossesse permet au professionnel d'instaurer une relation de confiance comme citée par une sage-femme et une meilleure prise en charge lors du retour à domicile. Le fait que les sages-femmes ne connaissent pas la patiente pendant la période prénatale est une raison de refus de suivi PRADO citée par 20 % des sages-femmes de l'étude (11/55). Par contre, il n'est pas possible de savoir si ce refus est uniquement motivé, dans ce cas, par un choix professionnel (pour ne voir que les patientes vues en anténatal) ou lié également à un planning complet. On peut se demander si les sages-femmes donnent simplement la priorité aux patientes vues en anténatal ou refusent de principe, les visites pour les patientes non vues pendant la grossesse ?

Deux revues de la littérature (65-66) ont comparé le suivi de la grossesse réalisé par la même catégorie professionnelle (sage-femme ou groupe restreint de sages-femmes ou gynécologue-obstétricien) au suivi réalisé par un groupe varié de professionnels (médecins généralistes et sages-femmes). La littérature est en faveur d'un avantage du suivi assuré par un groupe restreint de professionnels avec qui la femme enceinte se sent en confiance (grade A). En effet, en ce qui concerne le suivi des femmes présentant une grossesse physiologique, il faut promouvoir ce suivi par un groupe restreint de professionnels autant que possible avec idéalement un suivi réalisé par la même personne (67). Dans tous les cas, un accompagnement personnalisé qui privilégie la complémentarité des divers acteurs de santé est indispensable afin d'assurer la continuité des soins et d'éviter les problèmes survenant dans le post-partum.

Les difficultés face aux patientes non connues en anténatal avaient déjà été mises en avant dans l'étude menée dans le Sud Finistère en 2013 (62). Huit sages-femmes sur les 16 rencontrant des difficultés, soit la moitié, évoquaient les patientes non suivies en anténatal.

En comparaison avec l'étude menée en 2016 dans la Seine Maritime et l'Eure, dans nos deux études on retrouve comme difficultés la patiente absente de son domicile, les coordonnées incorrectes et la difficulté pour trouver le domicile de la patiente (63).

Le motif de la patiente trop éloignée du cabinet constitue une difficulté pour 19,7 % (15/76) des sages-femmes de l'étude et un motif de refus pour 49,1 % (27/55). Certaines patientes sont plus isolées et leur domicile est éloigné d'un cabinet libéral. De plus certaines zones en Auvergne sont dites « sous dotées », il semble donc plus difficile d'assurer le suivi PRADO pour les sages-femmes libérales. Dans ces cas où la patiente n'a pas la possibilité d'avoir une sage-femme libérale de proximité, un lien pourrait être établi avec une sage-femme territoriale de PMI afin de faciliter la prise en charge des patientes isolées ou pour lesquelles les sages-femmes libérales ne peuvent se déplacer du fait d'une distance trop importante entre cabinet et domicile. La collaboration entre sage-femme libérale et les services de PMI semble indispensable.

Le dispositif conventionnel de régulation démographique doit être revu en 2017, il faut espérer que les incitations à s'installer en zones dites « sous dotées » soient plus efficaces, afin d'assurer une meilleure répartition de l'offre de soin sur l'ensemble du territoire. Il est également de la responsabilité de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'assurer des dispositifs incitatifs en collaboration avec l'URPS des sages-femmes.

2.3. Difficultés d'organisation

L'organisation du planning au quotidien est une difficulté pour 40,8 % (31/76) des sages-femmes libérales. Parmi les autres difficultés d'organisation, il y a l'appel de la patiente imprévu le week-end et les jours fériés.

Ce sont 72,4 % (55/76) des sages-femmes interrogées qui sont amenées à refuser des patientes éligibles au PRADO mais pour la grande majorité soit 64,5 % (49/76) que rarement. Des difficultés concernant l'organisation à savoir le planning de rendez-vous complet, la distance cabinet-domicile et l'absence pour congés ou formation sont les raisons les plus souvent citées à ce refus.

Le suivi PRADO demande une certaine réactivité concernant la prise de rendez-vous où la visite à domicile peut s'avérer nécessaire le lendemain ou le surlendemain de la sortie de maternité notamment pour les primipares. Il paraît difficile pour les sages-femmes libérales de répondre à toutes les demandes.

Dans l'étude menée en Seine Maritime et dans l'Eure, sur le plan organisationnel les difficultés rapportées par ordre d'importance sont le refus de patiente faute de disponibilité, les délais trop courts entre l'appel du conseiller et la date de la visite et enfin les visites PRADO à assurer le week-end et les jours fériés (63).

Egalement des similitudes avec l'étude dans le Sud Finistère, où le refus de patiente en dehors de la patiente non connue en prénatal est corrélé à l'indisponibilité des sages-femmes et à la surcharge de travail (62).

Les sages-femmes ne sont appelées que quelques jours avant la sortie de maternité, il est ainsi difficile d'anticiper le planning de rendez-vous. La question des week-ends et jours fériés semble poser problème mais suivant le jour de sortie de la patiente et son enfant, cette visite à domicile peut être nécessaire un jour de week-end ou un jour férié.

Dans le cahier des charges pour le suivi post-partum de la mère et l'enfant, il est précisé que « le suivi doit pouvoir être assuré 7 jours sur 7 » (20). Ainsi les sages-femmes libérales qui acceptent de participer au PRADO devraient être disponibles les week-ends et jours fériés si le suivi le nécessite.

3. Complications maternelles et néonatales dépistées dans le suivi PRADO

3.1. Complications maternelles

- **Les complications les plus souvent rencontrées**

Dans cette étude menée en Auvergne, les trois principales complications maternelles sont la complication de la cicatrice de césarienne, la complication de la cicatrice périnéale et l'endométrite.

En comparaison avec l'étude menée dans le Sud Finistère en 2013, les principales complications étaient l'hypertension artérielle, la dépression du post-partum et l'infection urinaire (62).

Dans nos résultats, 17 sages-femmes soit 22,4 % n'ont rencontré aucune complication maternelle dans le cadre du suivi PRADO et 77,6 % (59/76) des sages-femmes libérales ont rencontré au moins une complication. Cependant, il semblerait que les compétences des sages-femmes leur permettent de gérer ces complications puisqu'elles ne sont majoritairement amenées à orienter les patientes vers un médecin généraliste ou un gynécologue que rarement.

Grâce au dispositif PRADO, les complications sont dépistées précocement et prises en charge par la sage-femme libérale ce qui évite l'aggravation de ces complications et les cas de ré-hospitalisations.

Seules quatre sages-femmes libérales exerçant dans le Puy de Dôme sont amenées à orienter souvent leurs patientes vers un médecin généraliste ou un gynécologue. On peut se demander si ces sages-femmes rencontrent davantage de patientes qui ont accouché en maternité de type 3 et qui pourraient présenter, plus fréquemment, une pathologie ?

- **Les difficultés psychosociales**

Les sages-femmes libérales sont 84,2 % (64/76) à avoir rencontré des difficultés psychosociales non connues avant le suivi PRADO. Ce sont majoritairement des vulnérabilités sociales mais 54,7 % (35/64) des sages-femmes rencontrent une vulnérabilité psychique.

Le lien avec la PMI semble connu et mis en place dans ces cas de figures puisque la quasi-totalité des sages-femmes libérales interrogées oriente vers la PMI lorsqu'une difficulté psychosociale est dépistée.

3.2. Complications néonatales

▪ Les complications les plus souvent rencontrées

Concernant les complications néonatales, les plus souvent dépistées sont l'ictère et la perte de poids. L'étude menée dans le Sud Finistère en 2013 rapportait également ces deux complications majoritairement rencontrées (62).

Les complications néonatales citées comme les plus fréquentes dans les recommandations de la HAS de 2014 sont l'ictère et les problèmes d'alimentation à l'origine de déshydratation et de dénutrition (20).

A noter que dans l'étude, 12 sages-femmes soit 15,8 % ne rencontrent aucune complication néonatale dans le cadre du suivi PRADO.

▪ Évaluation de l'impact sur le recours aux soins pour le nouveau-né

Dans la présentation PRADO à la convention annuelle du 29 mai 2013 une étude entre les nouveau-nés ayant bénéficié du dispositif PRADO et ceux pour lesquels le PRADO était refusé montre que « le suivi des nouveau-nés par le pédiatre et par le médecin généraliste en nombre de consultation est quasi identique pour les deux groupes (PRADO vs refus PRADO) » (68).

Les nouveau-nés autorisés à sortir de maternité avec un accompagnement PRADO sont identifiés comme à bas risque pédiatrique et pour lesquels le taux de complication est faible. Dans nos résultats, on peut voir que les sages-femmes libérales sont amenées à orienter les nouveau-nés vers un pédiatre ou un médecin généraliste pour la grande majorité que rarement.

Dans l'étude, les sages-femmes qui orientent souvent les nouveau-nés vers un médecin généraliste ou pédiatre sont représentées dans les trois départements de l'Allier, de la Haute Loire et du Puy de Dôme.

▪ **Dépistage de l'ictère néonatal**

En Auvergne, les sages-femmes libérales ont rapporté ne contrôler l'ictère néonatal par examens complémentaires, bilirubinomètre transcutané (BTC) ou bilirubinémie sanguine (BS), qu'une fois tous les six mois en moyenne pour un tiers et une fois par an en moyenne pour un autre tiers. 21 sages-femmes, soit 27,6 % ne contrôlent jamais l'ictère néonatal par examens complémentaires et assurent une observation clinique des nouveau-nés.

Selon les recommandations de la HAS après une durée de séjour standard le paramètre de surveillance du risque d'ictère est la coloration et si besoin un BTC ou BS (20). Les mesures par BTC ou BS ne sont quant à elles préconisées que dans les cas de sortie précoce or dans notre étude nous tenions compte uniquement des suivis nouveau-nés après un séjour standard à la maternité.

Dans l'étude de Claire-Bénédicte Peugeot en 2012 sur le dépistage de l'ictère néonatal par les sages-femmes libérales lors des sorties précoces, 52 sages-femmes libérales sur 56 utilisent la méthode visuelle pour évaluer le risque d'ictère soit 92,9 % (69). 17 sages-femmes libérales sur 56 utilisent d'autres méthodes qui sont le dosage de la bilirubinémie, l'utilisation de réglette, le renvoi à la maternité pour une mesure de la bilirubinémie transcutanée ou encore l'observation du comportement de l'enfant. Une part importante des sages-femmes libérales interrogées explique que leur surveillance passe avant tout par l'observation clinique du nouveau-né et beaucoup n'ont pas de BTC car il est trop onéreux.

Dans les recommandations de 2014 de la HAS, les modalités de suivi relatives à l'ictère doivent permettre une surveillance de la coloration et une évaluation clinique de l'enfant notamment son tonus, son éveil, son poids et s'assurer d'une prise alimentaire suffisante avec l'observation d'une tétée (20). La surveillance à domicile permet non seulement d'évaluer l'absence d'ictère mais également un soutien pour l'allaitement maternel en prévention d'une déshydratation source d'aggravation de l'hyperbilirubinémie.

▪ **Comparaison entre la mère et le nouveau-né**

Toutes les sages-femmes sont amenées à orienter au moins une fois par an les nouveau-nés vers un médecin et elles sont 14,5 % (11/76) à ne jamais être amenées à adresser leur patiente à un médecin généraliste ou gynécologue.

Dans l'étude, 80,3 % (61/76) des sages-femmes sont amenées à orienter que rarement les patientes vers un médecin et ce taux est comparable à celui des nouveau-nés puisque 86,8 % (66/76) orientent rarement vers un médecin généraliste ou pédiatre.

Les quatre sages-femmes qui étaient amenées à orienter souvent leurs patientes vers un médecin exercent dans le département du Puy de Dôme. Concernant l'orientation des nouveau-nés, les sages-femmes qui orientaient souvent les nouveau-nés vers un médecin étaient représentées dans les trois départements.

4. Intérêts du dispositif PRADO pour les patientes et les sages-femmes

Le dispositif PRADO semble présenter un avantage pour la profession puisqu'il permet une meilleure reconnaissance des différentes compétences des sages-femmes. Il présente également des avantages pour l'activité libérale, puisque c'est un outil qui favoriserait la rencontre avec une sage-femme et qu'il contribuerait au développement de la patientèle et de l'activité libérale en la diversifiant.

Les sages-femmes voient d'autres avantages à ce dispositif en faveur des femmes puisque la mise en place du PRADO permet une continuité de l'accompagnement débuté en prénatal et un suivi optimal des patientes comme cité par deux sages-femmes. Elles ont rapporté adapter leurs visites aux demandes des parents. En effet, ces visites représentent un temps d'écoute et de soutien pour l'allaitement maternel et plus généralement pour la parentalité.

Il présente également un tout autre intérêt qui est de rendre visite à la patiente à son domicile et ainsi découvrir son environnement de vie et rencontrer le couple dans son contexte familial.

Dans l'étude menée dans le Sud Finistère, le ressenti des sages-femmes suite à la mise en place du PRADO avait été recueilli (62). Les sages-femmes favorables au dispositif rapportaient qu'il permettait une meilleure prise en charge des patientes, facilitait l'accès aux soins par une sage-femme et permettait de rassurer les patientes.

Dans le mémoire de fin d'étude de Coralie Briday en 2013, l'étude menée auprès de 17 patientes montre que neuf d'entre elles n'avaient jamais pris contact avec une sage-femme libérale avant le suivi PRADO (70). Les femmes interrogées ont apprécié avoir l'avis d'une personne extérieure. L'étude a également montré que la sage-femme libérale peut se rendre plus disponible que la sage-femme du milieu hospitalier pour répondre aux questions. En effet, elle représente un intervenant supplémentaire que les patientes peuvent joindre en plus de la maternité ou la PMI.

Si on analyse l'influence du dispositif PRADO sur le champ d'activité en libéral, on peut voir que les femmes reviennent souvent en consultation au cabinet libéral pour la rééducation périnéale. Toutefois il est à noter que parmi les actes qui étaient cotés en SF en 2014, 46 % d'entre eux étaient des actes de rééducation périnéale, dans la deuxième étude du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes sur le marché du travail des sages-femmes (71).

Concernant le suivi gynécologique et le suivi de grossesse, les femmes consultent moins souvent la sage-femme libérale vue en suivi PRADO. Toutefois, le fait que certaines sages-femmes libérales soient récemment installées et que les compétences en matière du suivi gynécologique soient récentes (depuis 2009) peuvent expliquer ce faible impact dans l'étude menée en Auvergne.

5. La place du PRADO dans l'activité des sages-femmes libérales

▪ Nombre moyen de patientes vues en PRADO par mois

Les sages-femmes libérales en Auvergne voient en moyenne neuf à dix patientes par mois pour des suivis PRADO.

En comparaison avec l'étude en Seine Maritime et Eure, les sages-femmes libérales voient majoritairement moins de 15 patientes par mois (63).

Ce nombre moyen de patientes vues en visite à domicile nous montre que le dispositif PRADO ne représente qu'une part dans le champ d'activités des sages-femmes libérales.

▪ Temps moyen de trajet cabinet-domicile

Les sages-femmes rendent en moyenne visite à domicile dans un secteur proche du cabinet puisque près de la moitié des sages-femmes ont un temps moyen de trajet cabinet-domicile entre 11 et 20 minutes. On peut s'interroger sur la signification réelle de ce chiffre : signifie-t-il que les patientes ont accès à une sage-femme libérale dans un périmètre géographique proche ou à l'inverse signifie-t-il que les patientes trop éloignées d'un cabinet libéral ne bénéficient pas d'un accès au dispositif PRADO ?

Dans l'étude en Seine Maritime et Eure, c'est la distance qui avait été évaluée et un peu plus de la moitié des sages-femmes réalisaient des visites à domicile sur un périmètre de 11 à 20 km (63).

▪ Durée moyenne des visites

Un peu plus de la moitié des sages-femmes libérales en Auvergne ont déclaré que la durée moyenne des visites était supérieure à 50 minutes et pour 35,5 % (27/76) entre 41 et 50 minutes.

On trouve des durées moyennes de visites similaires dans l'étude menée en Seine Maritime et Eure puisque pour 19 sages-femmes sur 36 la durée était de 45 minutes et pour 13 sages-femmes d'une heure (63).

Les temps de visite à domicile sont relativement longs et globalement supérieurs à 40 min. En effet, la visite comprend l'examen médical à la fois de la mère et de son enfant et au-delà de la consultation, il s'agit d'un temps d'écoute, de conseils et d'échange entre les parents et la sage-femme libérale.

▪ **Nombre de visite à domicile**

Dans le Puy de Dôme, 72,3 % (34/44) des sages-femmes prévoient deux visites dans le cadre du PRADO. A l'inverse seulement 4,5 % (2/44) se rendent plus de deux fois au domicile de la patiente.

Dans les départements de l'Allier et de la Haute Loire, même si les sages-femmes prévoient plutôt deux visites cela ne concerne que près de la moitié d'entre elles.

La deuxième visite, non obligatoire, doit être planifiée selon l'appréciation de la sage-femme libérale en charge du suivi de la mère et de l'enfant en tenant compte des paramètres médicaux à surveiller et/ou en fonction des besoins exprimés par le couple (20).

▪ **Jour de visites après la sortie de maternité**

La majorité des sages-femmes libérales rendent visite aux patientes le lendemain ou le surlendemain suivant la sortie de maternité, pour autant la HAS recommande qu'« une première visite doit être systématiquement réalisée dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie » (20). Cette visite à 48 heures n'est donc pas obligatoire et devrait être ajustée au besoin médical de la patiente et/ou de son enfant. On peut être amené à se demander si la visite à 48 heures est une nécessité médicale ou si ce délai est lié à une interprétation des recommandations ?

En comparaison, en Seine Maritime et Eure, les sages-femmes réalisaient généralement la première visite dans les 48 heures suivant la sortie de maternité (63). De plus, il avait été demandé aux sages-femmes si elles connaissaient les recommandations de la HAS de 2014 et elles étaient 14 sur 36 à avoir répondu ne pas les connaître.

6. Les projets d'action

6.1. Assurer des meilleures transmissions pour les sages-femmes

Chaque maternité en Auvergne a son propre support de transmission. Au vu des réponses, il semblerait que les maternités ne donnent pas toutes des transmissions écrites aux sages-femmes libérales réalisant le suivi PRADO.

Les transmissions permettent d'assurer la continuité des soins. La HAS recommande la mise en place d'une feuille de liaison maternité-sages-femmes libérales. En effet, il est difficile de mettre en place des transmissions orales entre sages-femmes hospitalières et libérales. Il faudrait alors s'assurer qu'un support de transmission écrit soit systématiquement remis à la patiente à l'attention de la sage-femme libérale.

Pour autant, si ce support de transmission écrite est bien indispensable et obligatoire, il est difficile d'imposer un même modèle à tous les établissements d'Auvergne, de ce fait deux propositions sont faites.

Les maternités utilisant le dossier informatisé ICOS du Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne, pourraient généraliser l'édition d'un document de transmission à partir des données colligées dans ce dossier. Cela permettrait une transmission complète sans alourdir l'activité administrative des sages-femmes hospitalières. Une synthèse du dossier informatisé ICOS reprenant les informations administratives et médicales, sur les antécédents, la grossesse, l'accouchement, les suites de couche et le nouveau-né, pourrait être mis sous enveloppe qui serait donnée à la patiente avant sa sortie de maternité.

Une autre alternative serait la diffusion de la fiche de liaison maternité et suivi en post-partum immédiat proposée par la HAS dans le protocole PRADO (annexe II). Celle-ci a été élaborée par la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Cette fiche de liaison reprend les informations médicales concernant à la fois l'état de santé de la mère et celui de son enfant (20).

Un compte rendu du suivi réalisé par la sage-femme libérale pourrait être mis en place afin de permettre aux maternités d'avoir un retour d'information. Cette feuille de retour vers la maternité renforce la collaboration ville-hôpital et améliore la qualité de la prise en charge.

6.2. Une meilleure coordination des acteurs de santé

- Veiller au respect du libre choix de la sage-femme libérale.

Il faudrait favoriser la programmation d'un rendez-vous avec une sage-femme connue en anténatal ou choisie par la patiente avant la naissance. Les parents pourraient être impliqués et participer activement au choix du professionnel de santé. Grâce à un premier contact en anténatal entre patiente et sage-femme libérale l'organisation des sorties de maternité serait améliorée.

L'information dispensée en anténatal par les CPAM devrait être davantage développée. En effet, il s'agit d'un engagement conventionnel peu appliqué actuellement. Cette information dispensée via le compte Ameli.fr pourrait être améliorée car bien que la préinscription en prénatal au dispositif PRADO sur le compte Ameli.fr soit possible, elle semble peu connue et appliquée par les patientes.

- Veiller au respect de la sage-femme libérale de proximité.

Les conseillères de la CPAM devraient proposer une liste non-exhaustive de sages-femmes libérales en fonction du lieu de domicile de la patiente.

L'annuaire de santé (72) qui permet aux patients de trouver un praticien de proximité et de connaître s'il est conventionné devrait être mieux diffusé pour être connu de tous.

6.3. Apporter des améliorations à l'organisation du dispositif

Les résultats de l'étude pourraient être communiqués à la Commission Paritaire Régionale (CPR) et aux CPAM de chaque département pour les informer du ressenti des sages-femmes libérales concernant le dispositif PRADO.

Il faudrait évaluer l'opportunité d'un système d'astreinte les week-ends et les jours fériés par les sages-femmes libérales qui le désirent. La conduite de cette évaluation pourrait être proposée à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des sages-femmes qui semble être l'organisme représentatif le plus adéquat pour l'évaluer. Puisqu'il a été créé par la loi Hôpital Santé Patients Territoire (HPST) de 2009, pour assurer la représentation des professionnels de santé libéraux en contribuant à

l'organisation de l'offre de santé régionale. Les URPS (73) participent à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins et de l'exercice professionnel, et plus particulièrement ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice, en collaboration avec l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Conclusion

On accorde de plus en plus, une place pleine et entière à la sage-femme libérale dans le suivi des accouchées. La réduction de la durée moyenne des séjours en maternité ne peut se concevoir sans un accompagnement médical lors du retour à domicile. Les compétences des sages-femmes leurs permettent d'assurer le double suivi à la fois maternel et pédiatrique dans cette période. Le dispositif PRADO est présent dans la Convention nationale des sages-femmes libérales. C'est un moyen de répondre à la demande exprimée par la plupart des patientes pour un accompagnement personnalisé lors du retour à domicile.

Il permet aux patientes de mieux connaître les compétences médicales des sages-femmes, leur rôle dans la prévention et le dépistage des pathologies. Il donne la possibilité d'améliorer le suivi des parents et de leur enfant au retour de la maternité, à une période où ceux-ci se sentent vulnérables et d'améliorer la continuité des soins en ayant un interlocuteur privilégié qui travaillera en collaboration avec les autres professionnels de santé ou du secteur psycho-social.

De plus, compte tenu qu'il existe encore beaucoup de femmes ne bénéficiant pas d'un suivi gynécologique de prévention, on peut souhaiter que le dispositif PRADO puisse dans l'avenir permettre d'améliorer ces chiffres de santé publique, ainsi que le recours à une contraception adaptée.

Cependant il y a un défaut de liaison entre les maternités et les sages-femmes libérales en charge du suivi PRADO avec des transmissions qui restent incomplètes ou parfois absentes. Ainsi faute de transmission et d'une relation de confiance préalablement établie avec la patiente en anténatal, les sages-femmes se retrouvent en difficulté face à ces patientes non connues. Le contact anténatal avec une sage-femme libérale devrait être favorisé afin d'accompagner les futures mères tout au long de la grossesse et de préparer bien en amont la prise en charge postnatale dans les meilleures conditions possibles.

Il reste difficile de satisfaire l'offre PRADO sur l'ensemble du territoire d'Auvergne du fait de l'inégale répartition des sages-femmes. Ces dernières sont amenées à refuser des patientes éligibles faute de disponibilité ou d'une distance trop

importante entre cabinet et domicile de la patiente. De plus, les temps de visite sont bien souvent supérieurs à 40 minutes et les sages-femmes doivent tenir compte de ce temps dans la gestion du planning de rendez-vous conjointement aux autres activités libérales.

Il est important de considérer ce dispositif au sein d'un travail en réseau, avec la PMI, les pédiatres, les gynécologues et autres professionnels de santé pour assurer une prise en charge sécurisée et optimale du couple mère-enfant.

Une expérimentation de ce dispositif étendue aux sorties précoces, a débuté en octobre 2015 dans une trentaine de maternités et s'inscrit dans le cadre des recommandations de la HAS de mars 2014. Il serait intéressant de réaliser une étude et d'interroger les sages-femmes libérales qui ont participé à cette adaptation du dispositif PRADO aux sorties précoces de maternité.

Références bibliographiques

1. Organisation de Coopération et de Développement Economiques. Panorama de la santé 2015 [Internet]. Éditions OCDE ; 2015 [cité 16 nov 2015]. Disponible sur: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015_health_glance-2015-fr
2. Organisation de Coopération et de Développement Economiques. Les statistiques de l'OCDE révèlent des dépenses de santé sans précédent [Internet]. OCDE.org. 2003 [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/lesstatistiquesdelocderevelentdesdepensesdesantesansprecedent.htm>
3. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La naissance : caractéristiques des accouchements. Drees. 2016.
4. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique : sortie de maternité après accouchement [Internet]. HAS; 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
5. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Enquête nationale périnatale 2010 [Internet]. 2011 [cité 16 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>
6. Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 98-899 oct 9, 1998.
7. Or Z, Renaud T. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseign Théorie Économique Exp Étrangères Doc Trav Paris Fr Inst Rech Doc En Économie Santé [Internet]. 2009 [cité 16 nov 2015]; Disponible sur: <ftp://80.15.59.223/array1/Partage/Y-%20Anciens%20AP/K%82vin%20FERET/Affaire%20publiques/semestre%20printemps/questions%20sociales/T2A.pdf>
8. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2015 - Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre [Internet]. 2016 [cité 26 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1581

9. Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2016 : À nouveau en baisse, la fécondité atteint 1,93 enfant par femme en 2016 [Internet] insee.fr. 2017 [cité 24 avr 2017]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
10. Cour des Comptes, Chambres Régionales et Territoriales des Comptes. Les Maternités cahier 2 : Analyses Régionales. Décembre 2014 : 80.
11. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Financement des établissements de santé [Internet]. 2014 [cité 16 nov 2015]. Disponible sur:
<http://www.sante.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-sante,6619.html>
12. Le Lay K, Launois R, Chemali N. La tarification à l'activité (T2A) ou la recherche de l'efficacité comme impératif déontologique à l'hôpital. *Lett Infect.* 2006;21(2):62–72.
13. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Satisfaction des usagers des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Etudes Résultats.* sept 2008;(660):1-6.
14. Arrêté du 06 juin 2001 paru au Journal Officiel du 12 juin 2001 modifiant la NGAP. [internet] [legifrance.gouv](http://legifrance.gouv.fr) Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000406159
15. Union Nationale des Associations Familiales. Enquête périnatalité « Regards de femmes sur leur maternité ». Paris: UNAF; 2010.
16. Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution en 2003. 2010.
17. Blondel B, Kermarrec M. La situation périnatale en France en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. 2011.
18. Collectif inter associatif autour de la naissance. Sortie de maternité et bien-être des femmes [Internet]. *Ciane.* [cité 16 nov 2015]. Disponible sur:
<http://ciane.net/2012/11/sortie-de-maternite-et-bien-etre-des-femmes/>
19. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009326.pub2/abstract>

20. Haute Autorité de Santé. Argumentaire scientifique - Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [internet]. 2014 [cité 26 sept 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1728879
21. Demontgolfier I. Bien gérer les sorties précoces de maternité [Internet]. 2008 [cité 27 mai 2016]. Disponible sur: http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1264
22. Vautrin E, Fontaine A, Lanba P, Guérin V, Engelmann P. Durée du séjour en maternité après un accouchement normal : des points de vue divergents. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 8 mars 2008 ; 29(1) : 94.
23. Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Garthus-Niegel K, Eskild A. Postnatal care : a cross-cultural and historical perspective. Archives of Women Mental Health. 2010 ; 13 : 459-66.
24. Morvay R. Having A Baby in Hungary [Internet]. 2014 [cité 18 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.budapest-moms.com/wp-content/uploads/2014/01/Having-A-Baby-in-Hungary-2014.pdf>.
25. Post-natal Care in Hungary [Internet]. Angloinfo. [cite 18 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.angloinfo.com/how-to/hungary/healthcare/pregnancy-birth/post-natal-care>
26. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.
27. Cour des Comptes, Chambres Régionales et Territoriales des Comptes. Chapitre VI - Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. 2011.
28. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. Legifrance.gouv.fr. Janvier 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078>
29. Code de la santé publique - Article L4151-3. Code de la santé publique.
30. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Legifrance.gouv.fr. Juillet 2009. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>

&categorieLien=id

31. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. Legifrance.gouv.fr. Janvier 2016. Disponible sur:
[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641& categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id)
32. Arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes libérales. JORF n°0063, 14 mars 2012 : 4651.
33. Commission nationale de la naissance, et de la santé de l'enfant. Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité. 2013.
34. Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes. Référentiels métier et compétences des sages-femmes. 2010.
35. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Effectifs des sages-femmes par mode d'exercice, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge. [Internet]. Drees. 2016 [cité 8 janv 2017]. Disponible sur:
<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
36. Ordre des sages-femmes. Evolution du nombre de sages-femmes 2010 à 2014 [Internet]. [cité 8 nov 2015]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/demographie_et_statistiques/evolution_de_leffectif_de_2010_a_2014/index.htm
37. Cavillon M. La profession de sage-femme: constat démographique et projections d'effectifs [internet]. Mars 2012 [cité 6 févr 2016];(791). Disponible sur:
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/12518>
38. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? 2014 oct.
39. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La profession de sage-femme : constat démographique et projections (...) [Internet]. Dress. 2012 [cité 16 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-profession-de-sage-femme-constat-demographique-et,10809.html>
40. Agence Régionale de Santé. Arrêté n° 2012-272 Relatif à la détermination des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des sages femmes libérales. ARS. 2012

41. Code de la santé publique - Article R1434-4 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000022237753&dateTexte=&categorieLien=cid>
42. Conseil départemental du Puy-de-Dôme. Protection Maternelle et Infantile (PMI) [Internet]. 2016 [cité 28 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.puy-de-dome.fr/social/enfance-jeunesse/protection-maternelle-et-infantile-pmi.html>
43. Jacquet-Francillon S. Les soins postnataux : place du Prado, place de la PMI, quelle coordination ? Vocation Sage-Femme. mai 2016 ; 15 (120) : 41-43.
44. Vayer L. Du Prado à une prise en charge globale, de l'anténatal au postnatal. Vocation sage-femme. Janvier 2013 ; 12(100) : 14-16
45. Assurance Maladie. PRADO, observatoire sage-femme [Internet]. 2015 [cité 16 nov 2015]. Disponible sur:
http://www.unssf.org/uploads/PRADO_Observatoire%20SF_%20adh%C3%A9rents.pdf
46. Collectif interassociatif autour de la naissance. Le Prado: quelques éléments de clarification [Internet]. Ciane. 2012 [cité 16 nov 2015]. Disponible sur:
<http://ciane.net/2012/10/duree-des-sejour-a-la-maternite-retour-precoce-a-domicile-de-quoi-parle-t-on/>
47. Haroche A. Le projet d'aide au retour à domicile des parturientes est-il bien sage ? Vocation Sage-Femme. Février 2012 ; 11(94) : 4.
48. Assurance Maladie. Les Programmes de Retour A Domicile (PRADO) [Internet]. 2016 [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-ariege/vous-informer/les-programmes-de-retour-a-domicile-prado/prado-maternite_ariege.php
49. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. PRADO PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile des patients hospitalisés - Le champ maternité [Internet]. 2012 [cité 15 nov 2015]. Disponible sur:
http://www.cpam40.com/infoslettre/documents/iL40_PRADO_SF_DIAPORAMA_02_2012-2.pdf

50. Assurance Maladie. Retour à domicile après hospitalisation - Suivi à domicile de la mère et de son nouveau-né dans le cadre d'une durée de séjour standard en maternité. [Internet] 2015. Disponible sur :
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/PRADO_MATER_MEMO_MATERNITE_SAGE_FEMME.pdf
51. Assurance Maladie. La maternité [Internet]. ameli.fr. 2016 [cité 16 nov 2016]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/la-maternite/remplir-la-feuille-de-soins_ariège.php
52. Décision du 10 septembre 2015 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie [Internet] Legifrance.gouv.fr. Novembre 2015. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031531935&fastPos=8&fastReqId=354885340&categorieLien=id&oldAction=rechTexteactu>
53. Assurance Maladie. Nomenclature générale des actes professionnels - NGAP [Internet]. ameli.fr. 2016 [cité 24 avr 2017]. Disponible sur:
http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/ngap_tarn.php
54. Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes. PRADO : la mise au point de l'UNSSF [Internet]. 2011 [cité 8 oct 2016]. Disponible sur:
<http://www.unssf.org/index.php?mact=CGBlog,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=72&cntnt01returnid=32&cntnt01returnid=32>
55. Puech F. Le PRADO, un programme pavé de bonnes intentions. Revue Médecine Périnatale. 2012;1-2.
56. Ordre des sages-femmes - Conseil National CP réponse Syngof [Internet]. [cité 16 nov 2015]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/menu/communiqués_de_presse/cp_reponse_syngof/index.htm
57. Assurance Maladie. Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation : une montée en charge réussie sur le volet maternité, une meilleure coordination ville-hôpital sur l'orthopédie et l'insuffisance cardiaque [Internet]. 2013. Disponible sur:
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/23102013_DP_Point_de_situ

ation_Prado.pdf

58. Fédération Hospitalière de France. Enquête FHP sur le dispositif PRADO. 2012.
59. Lenoir P. Le programme d'accompagnement du retour d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) : enquête de satisfaction auprès des accouchées de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) de Limoges [Mémoire]. [Limoges] : Université de Limoges ; 2015.
60. Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes. Le Programme d'Accompagnement du retour à Domicile, PRADO maternité [Internet]. 2017 [cité 8 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.onssf.org/le-prado-maternite/>
61. Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes. Enquête satisfaction PRADO [Internet]. 2012 [cité 30 nov 2015]. Disponible sur: http://www.unssf.org/uploads/prado_enquete_adherents_2012.pdf
62. Le Moigne M. Le PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile (PRADO), volet maternité : perception et évaluation par les sages-femmes libérales : enquête menée auprès de 19 sages-femmes libérales du Sud Finistère d'octobre à novembre 2013 [Mémoire]. [Brest] : Université de Bretagne Occidentale ; 2014.
63. Bellamy C. 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 [Mémoire]. [Rouen] Université de Rouen Normandie ; 2016.
64. Gillet E. Prado, les transmissions patinent. Prof Sage-Femme. mars 2015 ; (213): 32-4.
65. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. Cochrane Dabatase. 1998.
66. Waldenstrom U, Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1998 ; 105 (11) :1160-70.
67. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. 2005.

68. Assurance Maladie. Présentation PRADO, le programme de retour à domicile. Convention annuelle FHP-MCO. 2013.
69. Peugeot C-B. Dépistage de l'ictère néonatal par les sages-femmes libérales lors des sorties précoces. Gynécologie et Obstétrique [Mémoire]. [Grenoble] : Université Joseph Fourier ; 2012.
70. Briday C. PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile [Mémoire]. [Lyon Sud] : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2013.
71. Ordre des sages-femmes. Deuxième étude sur le marché du travail des sages-femmes : modérer la croissance excessive des actives et des disparités inter régionales. Août 2016.
72. L'Assurance Maladie. Annuaire santé d'ameli.fr : trouver un médecin, un hôpital... [Internet]. Ameli.fr [cité 14 avr 2017]. Disponible sur : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>
73. Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé | Legifrance [Internet]. Legifrance.gouv.fr. 2010 [cité 24 avr il 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/6/2/SASS1013497D/jo/texte>

Annexe I

Prado, le service de retour à domicile

C'est un service d'accompagnement personnalisé pris en charge par l'Assurance Maladie. Dès que l'équipe médicale fixe ma date de sortie, tout est organisé avec son accord pour que je puisse rentrer chez moi dans les meilleures conditions.

Comment en bénéficier ?

- 1 Je reçois la visite de mon conseiller de l'Assurance Maladie à la maternité le lendemain de la naissance de mon enfant.
- 2 J'indique le nom de ma sage-femme habituelle ou à défaut, j'en choisis une dans la liste des professionnels de santé de mon département.
- 3 Je complète le bulletin d'adhésion à Prado.
- 4 Le conseiller prend contact avec ma sage-femme et planifie la première visite à mon domicile.

Un service

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



Je suis accompagnée
**après mon
accouchement**



0203 5649494 • 04 326 025 073 1 8 0 4 4 6 4



Prado Le service de retour à domicile

Mon bébé est né

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

L'Assurance Maladie me propose des offres et des services pour m'accompagner à chaque étape de ma vie.

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



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

Je bénéficie d'un

accompagnement personnalisé

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

Le conseiller de l'Assurance Maladie :

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

Le conseiller m'accompagne sur les aspects administratifs. Pour toute question d'ordre médical, bien sûr, seuls les professionnels de santé qui me suivent sont habilités à me répondre.

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



Bon à savoir

En cas de difficultés passagères, la Caf peut me proposer un service d'aide et d'accompagnement à domicile.
Pour en savoir plus > caf.fr

Pour mon bébé, ma sage-femme :

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

Pour moi, ma sage-femme :

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



Je retrouve les informations détaillées sur les premiers vaccins de mon bébé et me renseigne sur les premiers pas de mon enfant sur ameil-sante.fr



Annexe II

Annexe à la recommandation : Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés

Fiche de liaison : maternité → suivi en post-partum immédiat.

Ce document a été élaboré par la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. Son champ d'application cible toutes les femmes (cf. « Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité », juin 2013). Quel que soit le mode d'accompagnement choisi par la femme, l'établissement lui remet cette fiche de liaison reprenant les informations médicales concernant son état de santé et celui de son enfant. La femme le remet au professionnel en charge du suivi en post-partum afin d'assurer la continuité des soins (des copies sont également remises aux autres acteurs du suivi).

Nom, prénom et signature de la personne ayant rempli la fiche :

Téléphone :

Accord de la patiente (signature) :

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

Fiche de liaison Maternité ↔ suivi en post partum immédiat

A l'attention du professionnel de santé effectuant le suivi

Coordonnées :

Demande initiale : 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 : *Allyette*

Date de naissance : / /

Adresse :

Code poste :

Etage :

Tel(s) :

vit seule vit en couple

Structure sociale :

SS+Mutuelle Sécurité Sociale CMU AME Absence de couverture

Suivi anténatal :

Sage-femme Généraliste Gynécologue

Nom, prénom :

Tél :

* Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro suivant :

Annexe à la recommandation : Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés

	Inutile	Non souhaitée	Fait	A faire
Prescription de contraception				
Vaccination anti-coqueluche				
Vaccination anti-rubéole				
Immunoglobulines anti-D				

ANTECEDENTS

Gestité : Parité : RAU :
 Groupe, Rhésus :
 Toxoplasmose : date et résultat de la dernière sérologie :
 Antécédents médicaux ou obstétricaux particuliers :

GROSSESSE

Grossesse normale Pathologie maternelle (préciser) :
 Pathologie fœtale (préciser) :

ACCOUCHEMENT

le : / à : h Terme :
 Voie basse spontanée Forceps / Ventouse/ Césarienne pour :
 Complications (préciser le cas échéant) : de la délivrance d'anesthésie autre

Points à surveiller :

- Déchirure simple / compliquée Episiotomie
- Périnée complet Cicatrice de césarienne avec complication
- Evolution des fils résorbables Fils / agrafes à retirer à **J**
- Hématome Hémorroïdes invalidantes

PERIODE POSTNATALE EN MATERNITE

Physiologique Pathologique (préciser) :
 Date et dernier taux d'hémoglobine connu :
 Traitement en cours : antibiotiques anticoagulant autres (préciser) :

NOUVEAU-NE (cf. carnet de santé)

Nom, prénom : M F
 Poids le plus bas : date :
 Jumeaux, prénom de 12 : M F
 Poids le plus bas : date :
 Alimentation : Sein Mixte Préparation pour nourrisson
 Guttrite : fait à faire (joindre buvard avec n°acct + enveloppe)
 Dépistage de la surdité : fait à proposer
Points à surveiller :
 Alimentation Ictère Infection
 Prise de poids Autre (préciser)

SORTIE le / / à **J**

Accompagnements proposés :

- Sage-femme libérale Médecin généraliste
- Puéricultrice (PMU) Pédiatre
- TSF Soutien à l'allaitement (préciser) :
- Psychologue Autre (préciser) :

* - Les informations contenues dans les documents ci-joints sont destinées à l'usage EXCLUSIF du destinataire indiqué ci-dessus. Si vous recevez cette communication par erreur, merci de ne pas la divulguer, la reproduire ou la distribuer et de nous contacter au numéro suivant : _____

Annexe III

LETTRE D'INFORMATION

Évaluation du dispositif PRADO, sortie standard de maternité

Investigateurs :

- BRUN Aurélie, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- sous la direction de Madame TARRAGA Elisabeth, sage-femme libérale.

Madame, Monsieur, _____

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée « Évaluation du dispositif PRADO, sortie standard de maternité, au sein de la pratique des sages-femmes libérales en Auvergne ».

Cette étude sur le dispositif PRADO s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études sage-femme. Elle est sous la responsabilité de Madame TARRAGA Elisabeth, sage-femme libérale.

1. Pourquoi cette étude

Depuis son application, le dispositif PRADO a su répondre à la satisfaction des femmes mais les enquêtes déjà menées n'abordent pas le vécu des sages-femmes libérales.

La sage-femme doit être le professionnel de premier recours en périnatalité, ce programme vient l'illustrer à nouveau.

L'évaluation du dispositif PRADO auprès des sages-femmes libérales constitue une aide à la réflexion pour la détermination d'axe d'amélioration.

2. L'étude en pratique

Il s'agit d'une étude transversale, observationnelle à visée descriptive.

Le mode de recueil est un questionnaire en ligne diffusé par mail (la liste de diffusion est issue des coordonnées disponibles sur le site du conseil national de l'ordre des sages-femmes libérales).

3. Confidentialité et sécurité des données

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Conformément aux dispositions de cette dernière, l'étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Informatique et Libertés (CIL).

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude.

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- BRUN Aurélie, étudiante sage-femme

ANNEXE IV

QUESTIONNAIRE SUR LE DISPOSITIF PRADO

I- Questions vous concernant

1- Vous êtes ?

- Une femme
- Un homme

2- Quel est votre âge ? (nombre) __ ans

3- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état ? _ _ _ _ _

4- Depuis quelle année exercez-vous en libéral ? _ _ _ _ _

5- Quel est votre mode d'exercice ?

- Libéral exclusif
- Mixte : libéral / salarié établissement public
- Mixte : libéral / salarié établissement privé

6- Vous travaillez ?

- En association
- En collaboration
- Seul(e)

7- Partagez-vous votre activité libérale entre plusieurs cabinets ?

- oui
- non

8- Dans quel département se situe votre / vos cabinet(s) ?

- Allier (03)
- Puy de Dôme (63)
- Cantal (15)
- Haute Loire (43)

9- Avec quelle(s) maternité(s) travaillez- vous en Auvergne ?

(Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Maternité CH Vichy | <input type="checkbox"/> Maternité CH Issoire |
| <input type="checkbox"/> Maternité CH Moulins | <input type="checkbox"/> Maternité CH Thiers |
| <input type="checkbox"/> Maternité CH Montluçon | <input type="checkbox"/> Maternité CH Puy en Velay |
| <input type="checkbox"/> Maternité CHU Clermont-Ferrand, Estaing | <input type="checkbox"/> Maternité CH Aurillac |
| <input type="checkbox"/> Maternité privée La Chataigneraie | <input type="checkbox"/> Maternité CH Saint-Flour |

II- Transmissions

10- De manière générale, trouvez-vous que la feuille de transmission soit utile?

- Oui
 Non

11- Avez-vous des transmissions écrites de la part de ...

	Non concerné	Toujours	Irrégulièrement	Jamais
Maternité du CH Vichy				
Maternité du CH Moulins				
Maternité du CH Montluçon				
Maternité du CHU Clermont-Fd				
Maternité privée La Chataigneraie				
Maternité du CH Issoire				
Maternité du CH Thiers				
Maternité du CH Puy-en-Velay				
Maternité du CH Aurillac				
Maternité du CH Saint-Flour				

12- De manière générale, quelle est votre satisfaction concernant les échanges avec la conseillère de la CPAM ?

- Très satisfaite
 Plutôt satisfaite
 Plutôt insatisfaite
 Très insatisfaite

13- De manière générale, pensez-vous que le libre choix de la sage-femme libérale soit respecté ?

- Oui
- Non

III- Difficultés rencontrées

14- Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans le cadre du dispositif PRADO ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Pas de difficulté particulière
- Absence de transmissions
- Transmissions incomplètes
- Patiente non connue en prénatal
- Domicile de la patiente trop éloigné du cabinet
- Domicile de la patiente mal identifié, mal renseigné
- Coordonnées de la patiente erronées
- Appel de la patiente imprévu le week-end
- Organisation du planning au quotidien
- Autre (s) :

15- Vous arrive-t-il de refuser des patientes éligibles au PRADO ?

- Oui, très fréquemment.
- Oui, souvent.
- Oui, rarement.
- Non, jamais.

15 bis- Si oui, pourquoi ?

- Planning complet
- Patiente non connue en prénatal
- Distance domicile/cabinet
- Autre :

16- Suite à votre visite à domicile, vous arrive-t-il de réorienter la patiente vers un médecin généraliste ou un gynécologue ?

- Jamais
- Rarement, une fois tous les 6 mois.
- Souvent, au moins une fois par mois.
- Fréquemment, au moins une fois par semaine.

17- Avez-vous déjà dépisté une ou des complication(s) chez la mère nécessitant une ré-hospitalisation ou une consultation aux urgences ?

- Complication hémorragique
- Endométrite
- Pyélonéphrite
- Complication thromboembolique
- Mastite
- Complication de la cicatrice de césarienne
- Anémie
- Complication cicatrice périnéale
- Psychose du post-partum
- Autre(s) :

18- Vous arrive-t-il d'être confronté(e) à des difficultés psychosociales non identifiées auparavant ? (Plusieurs réponses possibles)

- Vulnérabilité psychique
- Vulnérabilité sociale
- Addiction sévère
- Autre :
- Non aucune

18 bis - Si vous détectez l'une de ces difficultés, orientez-vous les femmes vers la Protection Maternelle et Infantile ?

- Oui
- Non

19- Suite à votre visite à domicile, vous arrive-t-il de réorienter l'enfant vers un médecin généraliste ou un pédiatre ?

- Jamais
- Rarement, une fois tous les 6 mois.
- Souvent, au moins une fois par mois.
- Fréquemment, au moins une fois par semaine.

20- En moyenne, vous êtes amené(e) à contrôler l'ictère néonatal par examens complémentaires (flash, bilirubinémie sanguine) ?

- Plus d'une fois par semaine
- Une fois tous les 15 jours
- Une fois par mois
- Une fois tous les 6 mois
- Une fois par an
- Jamais

21- Avez-vous déjà dépisté une ou des complication(s) chez le nouveau-né nécessitant la ré-hospitalisation ou une consultation aux urgences pédiatriques ?

- Ictère néonatal
- Infection materno-fœtale
- Déshydratation
- Perte de poids
- Autre(s) :

IV- Intérêts du dispositif PRADO

22- Quels sont les avantages du dispositif PRADO pour la profession de sage-femme ? (Plusieurs réponses possibles)

- Une meilleure reconnaissance des différentes compétences des sages-femmes.
- Un outil favorisant la rencontre avec une sage-femme libérale.
- Le développement de l'activité / de la patientèle du cabinet.
- Pas d'avantage pour la profession

Autre (s) :

23- Parlez-vous à vos patientes de ce programme en anténatal ?

- Oui, au cours des consultations de grossesse.
- Oui, en préparation à la naissance.
- Non, jamais.

24- Suite à votre rencontre dans le cadre du PRADO, les femmes viennent-elles vous revoir pour :

	Oui, souvent	Oui, parfois	Non, jamais	Vous ne le/la pratiquez pas.
La rééducation périnéale				
Le suivi gynécologique				
Le suivi de grossesse				
La visite post-natale				

V- Temps de travail

25- Par mois, combien de patientes sont vues dans le cadre du PRADO, en moyenne ? _ _ _

26- Quel est le temps moyen du trajet cabinet - domicile patiente ?

- Inférieur à 5 minutes
- Entre 5 et 10 minutes
- Entre 11 et 20 minutes
- Entre 21 et 30 minutes
- Supérieur à 30 minutes
- Très variable

27- Quelle est la durée d'une visite à domicile, en moyenne ?

- Inférieur à 20 minutes
- Entre 20 et 30 minutes
- Entre 31 et 40 minutes
- Entre 41 et 50 minutes
- Supérieure à 50 minutes

28- De manière générale, dans le cadre du dispositif PRADO combien de fois voyez-vous les patientes ?

- Lors d'une seule visite
- Lors de deux visites
- Au cours de plus de deux visites

29- De manière générale, dans le cadre du dispositif PRADO vous vous rendez au domicile de la patiente ?

- Le lendemain de la sortie de maternité
- Le surlendemain de la sortie de maternité
- Au cours du 3^{ème} ou 4^{ème} jour suivant la sortie de maternité
- Au cours du 5^{ème} ou 6^{ème} jour suivant la sortie de maternité
- Indifféremment

30- Suite à la prise en charge à domicile, vous arrive-t-il de revoir la patiente et/ou son nouveau-né en consultation au cabinet, dans les deux premiers mois du post-partum ?

- Oui, très fréquemment
- Oui, souvent
- Oui, rarement
- Non, jamais

31- Souhaitez-vous rajouter un commentaire, un avis supplémentaire ?

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

Résumé

Introduction : Dans une enquête de la DREES menée en 2006, les femmes ont pu exprimer leurs souhaits d'un meilleur accompagnement lors du retour à domicile. L'Assurance Maladie a mis en place le dispositif PRADO, volet maternité, pour unifier et généraliser le suivi des femmes et de leurs nouveau-nés. Cette étude a porté sur une évaluation du dispositif PRADO, sortie standard, par les sages-femmes libérales.

Population et méthode : Une étude transversale, observationnelle à visée descriptive a été réalisée du 16 novembre 2016 au 27 janvier 2017. 76 sages-femmes libérales exerçant en Auvergne et participant au dispositif PRADO ont répondu à un questionnaire en ligne.

Résultats : La majorité des sages-femmes libérales (90,8 %) ont déjà rencontré au moins une difficulté dans le cadre du dispositif. L'absence de transmission (51,3 %) et les transmissions incomplètes (42,1 %) représentent deux difficultés majeures. Elles sont 97,4 % à trouver au moins un avantage au dispositif qui favoriserait la rencontre avec une sage-femme libérale et permettrait une meilleure reconnaissance de leurs compétences.

Discussion : Le dispositif PRADO donne la possibilité d'améliorer le suivi et la continuité des soins à la sortie de la maternité pour les parents et leur enfant. Cependant, il y a un défaut de liaison entre les maternités et les sages-femmes libérales. Ainsi faute de transmission et d'une relation de confiance établie avec la patiente en anténatal, les sages-femmes se retrouvent en difficulté face à ces patientes non connues.

Mots-clés : PRADO – Sages-femmes libérales - Postnatal

Abstract

Introduction: In a DREES survey conducted in 2006, women were able to express their wishes for better support during the return home. The Assurance Maladie has set up the PRADO system, maternity part, to unify and generalize the follow-up of women and their newborns following their maternity stay. This study focused on an evaluation of the PRADO system, standard output, by independent midwives.

Population and method: A cross-sectional, observational and descriptive study was carried out from November 16, 2016 to January 27, 2017. 76 professional midwives practicing in Auvergne and participating in PRADO responded to an on-line questionnaire.

Results: The majority of independent midwives (90.8%) have already encountered at least one difficulty as part of the system. The absence of transmission (51.3 %) and incomplete transmissions (42.1 %) represent two major difficulties. 97.4 % find at least one advantage to the system that would favor the meeting with an independent midwife and would allow a better acknowledgement of their skills.

Discussion: The PRADO provides the opportunity to improve follow-up and continuity of care after leaving the maternity hospital for parents and their children. However, there is a lack of link between maternity and independent midwives. Thus, due to a lack of transmission and a previously established relationship of trust with the antenatal patient, midwives find themselves in difficulty with these unknown patients.

Keywords: PRADO System - Independent Midwives - Postnatal