



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

L'Université Claude Bernard-Lyon 1

UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud-Charles Mérieux

SITE DE FORMATION MAIEUTIQUE DE BOURG EN BRESSE

Evaluation du PRADO et du retour précoce à domicile **après l'accouchement**

Etude qualitative auprès de 11 sages-femmes libérales
exerçant dans les départements de l'Ain et du Rhône

Mémoire présenté et soutenu par

Lorène DURET

Née le 01 mai 1996

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme

ROYER Marie-Pierre,
Sage-Femme Libérale, Villeurbanne

Directrice de mémoire

MOREL Françoise,
Site de Formation Maïeutique de Bourg en Bresse

Sage-femme enseignante

Promotion 2014-2021

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

L'Université Claude Bernard-Lyon 1

UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud-Charles Mérieux

SITE DE FORMATION MAIEUTIQUE DE BOURG EN BRESSE

Evaluation du PRADO et du retour précoce à domicile **après l'accouchement**

Etude qualitative auprès de 11 sages-femmes libérales
exerçant dans les départements de l'Ain et du Rhône

Mémoire présenté et soutenu par

Lorène DURET

Née le 01 mai 1996

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme

ROYER Marie-Pierre,
Sage-Femme Libérale, Villeurbanne

Directrice de mémoire

MOREL Françoise,
Site de Formation Maïeutique de Bourg en Bresse

Sage-femme enseignante

Promotion 2014-2021

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements,

A Mme MOREL Françoise, sage-femme enseignante à l'école de Bourg en Bresse et guidante de ce mémoire, pour son écoute, ses encouragements et sa disponibilité au cours de ces trois dernières années

A toute l'équipe administrative et pédagogique de l'école de Bourg en Bresse, pour le savoir transmis, leur présence et leurs conseils si précieux durant ces six années et plus particulièrement à Mme BONHOURE Paola pour la relecture de ce mémoire et Mme GUICHARDAN Sylvie pour son soutien

A Mme ROYER Marie-Pierre, sage-femme libérale et présidente de l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes, pour avoir accepté de relire ce mémoire, pour l'intérêt porté à ce travail, sa disponibilité et ses conseils

Aux sages-femmes libérales qui ont pris de leur temps pour participer à ce travail pour leur confiance et l'intérêt porté à mon travail

A toutes les sages-femmes rencontrées lors de ma formation qui m'ont permis d'être la sage-femme que je suis aujourd'hui. Et tout particulièrement à Véronique Gonnet pour son affection, sa beauté intérieure et son professionnalisme à l'image de ce que représente la sage-femme pour moi

A ma famille, mes parents, mes deux frères, ma cousine Laetitia, ma grand-mère « Mamet » pour leur aide et soutien indispensables tout au long de ces études, et pour continuer de croire en moi chaque jour

A Quentin pour son amour, son écoute ainsi que la sérénité et le bonheur qu'il a apporté dans ma vie (sans oublier la mise en page !)

A ma promotion et à Marie, Emilie, Ludivine, Hafsa, Aurélie, Taïs, Elise, Clarisse, Charlotte et Chloé pour notre amitié, leurs présences bienveillantes et les beaux souvenirs de ces années de formation

A Marie & Kevin, Justine, Camille, Clémentine, Babeth, Evelyne, Cristèle et Violaine pour leurs présences dans la joie et les moments difficiles, leurs soutiens et tous ces moments partagés

A toute l'équipe médicale qui m'a suivie, pour m'avoir permise de traverser les embuches de fin de cursus et d'être la personne que je suis ainsi qu'aux camarades rencontrés.

GLOSSAIRE

ARA	Auvergne Rhône-Alpes
ARS	Agence Régionale de Santé
AVB	Accouchement par Voie Basse
C	Consultation
CASSF	Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNEM	Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
DMP	Dossier Médical Partagé
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSP	Dispositif sorties précoces
EPP	Entretien prénatal précoce
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IDF	Indemnités de Frais de Déplacement
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales

MOOC	Massive Open Online Course
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
ONSSF	Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNP	Préparation à la Naissance et à la Parentalité
PRADO	PRogramme d'Accompagnement au retour à DOmicile
SFL	Sage-Femme Libérale
SISRA	Système d'Information Santé en auvergne-Rhône-Alpes
SP	séance de Suivi Postnatal
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNSSF	Union Nationale et Syndicales des Sages-Femmes
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
V	Visite

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
MATERIEL ET METHODE.....	7
1. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE	9
2. POPULATION	9
2.1 Critères d'inclusion	9
2.2 Critères d'exclusion	9
2.3 Population concernée	9
2.4 Mode de recrutement.....	9
3. MATERIEL	10
3.1 Elaboration de la grille d'entretien	10
3.2 Déroulement des entretiens	11
3.3 Méthode d'analyse	11
RESULTATS.....	13
1. IMPRESSIONS GENERALES	17
1.1 Vécu et ressenti personnels.....	17
1.2 Les apports du programme	17
1.3 La généralisation aux sorties précoces	19
1.4 L'impact du PRADO et des retours précoces.....	19
2. ORGANISATION	21
2.1 Disponibilité des sages-femmes libérales	21
2.2 Les cotations.....	22
3. LA PATIENTELE	25
3.1 Composition	25
3.2 Le secteur d'habitation	26
4. LES VISITES	27
4.1 Recueil des données médicales.....	27
4.2 Moyens de contact.....	28
4.3 Répartition des patientes aux sages-femmes libérales	29
4.4 Gestion des visites	29
4.5 Déplacement et stationnement.....	30
4.6 Déroulement des visites	31
4.7 Les réorientations.....	32
5. LE RESEAU	34

5.1	<i>Création</i>	34
5.2	<i>Constitution</i>	34
5.3	<i>Relation au sein du réseau</i>	35
6.	LA FORMATION	38
6.1	<i>Manière de se former</i>	38
6.2	<i>Formations complémentaires effectuées</i>	38
6.3	<i>Problématiques soulevées vis-à-vis des formations</i>	39
	DISCUSSION	41
1.	LIMITES, BIAIS ET FORCES.....	43
1.1	<i>Points forts de l'étude</i>	43
1.2	<i>Limites et biais de l'étude</i>	44
2.	ANALYSES ET PROPOSITIONS	45
2.1	<i>Vers un suivi plus global et sécurisé</i>	45
2.2	<i>Les cotations</i>	49
2.3	<i>Organisation</i>	51
2.4	<i><u>Le réseau</u>: le lien ville hôpital-maternité</i>	51
2.5	<i>La formation</i>	55
	CONCLUSION	59
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	61
	ANNEXES	65

INTRODUCTION

Le PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile (PRADO), est un dispositif permettant aux femmes qui le souhaitent de quitter la maternité dès que l'hospitalisation n'est plus nécessaire et de disposer en relais, d'une prise en charge mère-bébé, à domicile, par une sage-femme libérale (SFL). (1) (2)

Expérimenté en 2010, puis généralisé courant 2012, le PRADO repose sur plusieurs constatations établies par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) des Travailleurs sociaux à la suite d'une enquête menée auprès des usagères des maternités par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) fin 2006. (3) Cette enquête souligne le sentiment des femmes d'être moins bien aidées à domicile après l'accouchement face à l'objectif économique d'une durée de séjour toujours plus courte et d'une volonté de diminution du recours à l'Hospitalisation à Domicile (HAD).

Ce programme est régi à l'origine par la Convention Nationale des sages-femmes du 11 octobre 2007 qui détermine les liens entre les SFL et l'Assurance Maladie.(4)(5) Au départ réservé au couple qui le souhaitait, il est redéfini en mars 2014 suite à la publication par la Haute Autorité de Santé (HAS) des recommandations sur la « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés ». (6)

Le PRADO standard permet aux femmes, qui ont accouché d'un unique enfant en bonne santé, à bas risque médical, psychique et social de rentrer chez elles au minimum dans les 72 à 96 heures (J3 ou J4, J0 correspondant au jour de l'accouchement) après un accouchement par voie basse ou dans les 96 à 120 heures (J4 ou J5) après une césarienne tout en conservant un suivi à domicile par une SFL. La notion de bas risque repose sur quatre critères définis par l'HAS (Annexe I).

En général, les patientes bénéficient de deux visites dont la première a lieu si possible dans les 48 heures qui suivent la sortie. La deuxième est recommandée et dépend de l'appréciation du professionnel et/ou de la demande du couple comme toutes les visites supplémentaires possibles jusqu'au premier mois de l'enfant. (7)

Ce service était à l'origine présenté par un conseiller de l'Assurance Maladie qui passait en suites de couches voir chaque nouvelle accouchée pour lui expliquer le fonctionnement du système et recueillir son accord. Il était ensuite chargé de contacter la SFL, connaissant déjà la patiente ou celle du secteur dans le cas contraire, qui passerait à domicile. Progressivement, cet accompagnement administratif par la Caisse d'Assurance Maladie s'est vu réduit aux sorties précoces jusqu'à même ne plus exister, aujourd'hui, dans certaines maternités, celles-ci s'étant retirées du programme en mai 2020.(8)

N'ayant pas fait l'unanimité lors de sa mise en place à la fois chez les SFL et les sociétés savantes de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie (9) (10) (11), il a su conquérir avec le temps la satisfaction de tous et plus particulièrement celle des patientes (94% de ses utilisatrices satisfaites en 2017) qui apprécient la prise en charge personnalisée à domicile et le recommandent à 99%. (12) En 2019, plus de 400 000 femmes ont bénéficié de la mesure soit un peu plus de la moitié des femmes ayant accouché. (8)

Du côté des SFL, l'enquête de satisfaction PRADO menée par l'Union Nationale et Syndicales des Sages-Femmes (UNSSF) auprès de ses adhérents, six mois après la généralisation du programme (du 31 août au 12 septembre 2012), souligne plutôt un taux d'acceptation honorable avec une participation ou une volonté à sa mise en place pour 69% des sages-femmes répondantes. Elles mettent en valeur l'intérêt porté aux patientes mais également la reconnaissance apportée à leur profession et leurs compétences (13) même si elles font valoir quelques imperfections dans l'organisation et le non-respect de certains engagements notamment sur les cotations.

Cependant, face à une volonté de réduire toujours plus le nombre de lits en maternité pour des raisons économiques imposées par le Ministère de la Santé, la notion de PRADO précoce voit le jour en mars 2015.(14) Les sorties précoces désignent alors toutes sorties au cours des 48 premières heures (J2) suivant un accouchement par voie basse et des 96 premières heures (J3) suivant un accouchement par césarienne. A la différence des sorties en PRADO standard, la SFL acceptant la prise en charge précoce s'engage obligatoirement à réaliser la

première visite dans les 24 heures suivant le retour à la maison et à revenir au minimum une deuxième fois.

Généralisé en 2018, le PRADO précoce est officialisé le 29 mai 2018 par la signature, après multiples négociations, de l'Avenant 4 à la Convention Nationale des sages-femmes par l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes (ONSSF), l'UNSSF et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). Paru au Journal Officiel le 10 août 2018, cet avenant a pour principal objectif de réaffirmer la place de la sage-femme dans la prise en charge de la santé gésésique et périnatale des femmes. (15) (16)

Face à une augmentation croissante des sorties précoces au moment de la réalisation des entretiens pour ce travail de mémoire au dernier trimestre 2018, au développement de l'activité libérale et à l'importance de la prise en charge du retour à domicile, il semble intéressant d'évaluer à cet instant le programme par les professionnels au centre du dispositif, à savoir les SFL. Ainsi, nous pouvons nous demander **quels sont les freins et facteurs favorisants rencontrés par les SFL dans le cadre du PRADO au moment de la mise en œuvre des sorties précoces ?**

L'enquête qualitative menée auprès des SFL de l'Ain et du Rhône va essayer de répondre à cette problématique.

L'étude a pour objectif principal d'identifier les points forts et les difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales dans l'exercice du PRADO à l'heure des retours précoces afin de dégager des pistes d'amélioration pour répondre à leurs attentes et leurs besoins.

MATERIEL ET METHODE

1. Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative observationnelle déclarative multicentrique. Elle a été réalisée sous forme d'entretiens semi-directifs afin de laisser une entière liberté d'expression aux professionnels, sans orienter leurs réponses et prendre en compte également leur discours non verbal.

2. Population

L'étude a été réalisée auprès de SFL exerçant dans le département de l'Ain et du Rhône. Le choix de ces deux départements repose sur la volonté d'avoir une diversité de population avec des sages-femmes urbaines et d'autres plus rurales qui pourraient être confrontées à des problématiques différentes.

2.1 Critères d'inclusion

Etaient incluses l'ensemble des SFL inscrites au Conseil Départemental de l'Ordre, résidant dans le département de l'Ain ou du Rhône et pratiquant le PRADO.

2.2 Critères d'exclusion

Etaient exclues les sages-femmes hospitalières ou territoriales ainsi que les SFL ne résidant pas dans le département de l'Ain ou du Rhône et/ou ne pratiquant pas le PRADO.

2.3 Population concernée

Les coordonnées des SFL ont été récupérées sur le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes dans la rubrique annuaire des SFL. Elles étaient 70 dans le département de l'Ain et 259 pour le département du Rhône en date du 06 septembre 2018 (date du début de cette enquête).

2.4 Mode de recrutement

Les SFL ont été sélectionnées aléatoirement selon la proximité des cabinets de SFL interrogées avec nos lieux de stage ou résidence dans l'annuaire du Conseil National de l'Ordre aux pages de l'Ain et du Rhône.

Quinze SFL ont été contactées dans un premier temps par courrier électronique. Du fait d'un faible taux de réponses (trois seulement), les douze sages-femmes n'ayant pas répondu au courrier électronique ont été relancées par contact téléphonique cinq jours plus tard. Quatre SFL ont alors donné une réponse positive mais une n'a pas abouti à un rendez-vous.

En parallèle, dix-sept SFL ont été contactées directement par téléphone. Sept SFL ont répondu. Seulement cinq entretiens ont eu lieu. Une SFL a été exclue de l'étude puisqu'elle ne pratiquait pas le PRADO et une réponse n'a pas abouti à un rendez-vous.

La plupart du temps un message vocal était laissé aux SFL sur leur répondeur afin de leur expliquer le principe de l'étude. Celles-ci nous recontactaient par SMS ou appel téléphonique pour convenir d'un rendez-vous si elles acceptaient de participer.

Au total, onze entretiens ont pu être conduits menant à une saturation des informations recueillies. (ANNEXE II)

3. Matériel

3.1 Elaboration de la grille d'entretien

Les entretiens ont été réalisés à partir d'une grille d'entretien disponible en Annexe III.

Pour réaliser cette grille d'entretien, une enquête exploratoire a été effectuée auparavant. Elle comprenait notamment une revue de la littérature ainsi que des discussions sur le sujet auprès des professionnels participant à ce programme, non incluses dans l'étude car cela aurait constitué un biais.

L'ensemble de ces recherches exploratoires ont permis de faire émerger les grands thèmes importants à aborder lors des entretiens : le recrutement de la patientèle, l'organisation, le système de cotation, les difficultés rencontrées, les avantages et inconvénients du programme, le besoin en formation et le réseau professionnel.

La grille d'entretien était composée tout d'abord de renseignements généraux pour établir un profil de la SFL. Puis, nous interrogeons le professionnel sur leurs

dernières expériences PRADO. Enfin, si des axes n'avaient pas été abordés, nous pouvions poser des questions plus précises afin d'aborder la totalité des thèmes recherchés

3.2 Déroutement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur une période de deux mois environ, entre le 18 septembre et le 15 novembre 2018. Après avoir obtenu l'accord des SFL contactées pour participer à l'étude, nous avons convenu d'une date de rendez-vous. Cette date était fixée en fonction de leur disponibilité et non de l'ordre dans lequel elles avaient été contactées.

Sur les onze rendez-vous obtenus, huit se sont déroulés à leur cabinet, deux au domicile même de la SFL et un dans un café car la sage-femme ne disposait pas de cabinet. Les entretiens se sont arrêtés lorsque nous sommes arrivés à saturation des données.

Au début de chaque entretien, nous rappelions le sujet du mémoire. Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide de l'option dictaphone d'un téléphone après accord du professionnel.

L'anonymat des professionnels participant a été respecté. En effet, leur nom a été remplacé par «Entretien n°...», numéro attribué en fonction de l'ordre dans lequel les entretiens ont eu lieu.

Puis, chaque enregistrement a été retranscrit intégralement à l'aide du logiciel «otranscribe» en respectant le vocabulaire parfois familier, les hésitations de la personne interrogée et le discours non verbal.

3.3 Méthode d'analyse

La méthode utilisée pour traiter les données est l'analyse thématique. Une première analyse verticale de chaque entretien a été réalisée permettant de faire émerger différents thèmes et sous-thèmes créant ainsi une grille d'analyse. Chaque entretien a donc été découpé en plusieurs unités de sens.

Puis, grâce à une analyse horizontale, les unités de sens des différents entretiens ont été classées dans les thèmes et sous thèmes précédemment trouvés.

Enfin, une analyse interprétative a permis d'expliquer l'articulation des thèmes entre eux et d'organiser les résultats. (ANNEXE IV)

RESULTATS

Au total, onze entretiens ont été réalisés entre le 18 septembre 2018 et le 15 novembre 2018. Leurs durées étaient comprises entre 26 minutes et 1 heures 30 minutes environ.

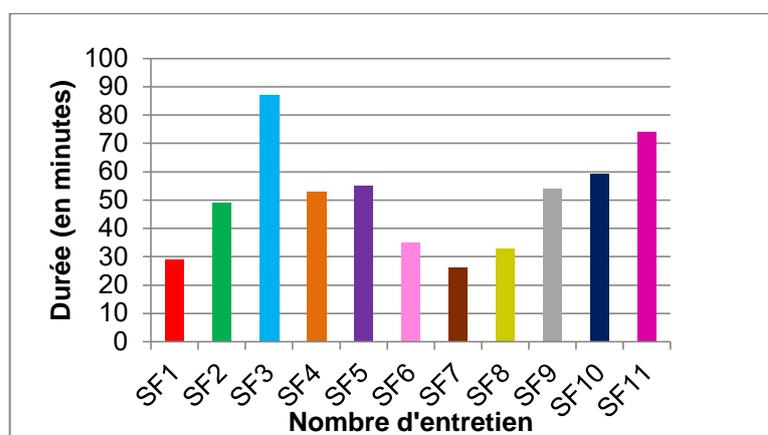


Figure 1: *Durée des entretiens en minutes*

Le tableau 1 représente la population étudiée. Trois sages-femmes ont exercé directement en libéral après leur diplôme mais une a associé pendant deux ans un exercice hospitalier à son exercice libéral. Les huit autres se sont installées en libéral dans un deuxième temps. Deux sages-femmes ont moins de cinq ans d'expérience et trois sont diplômées depuis plus de quinze ans.

Numéro d'anonymat	Sexe	Année de diplôme	Durée entre l'année de diplôme et l'année d'installation en libéral	Exercice(s) antérieur(s) à la pratique libérale	Années d'expérience
SF1	Femme	2001	7 ans	Hospitalier	5-15
SF2	Femme	2013	Immédiat mais 2 ans si prise en compte uniquement de la pratique libérale	Mi-temps libéral/hospitalier	5-15
SF3	Femme	2017	Immédiat		<5
SF4	Femme	1991	17 ans	Hospitalier et enseignement	>15
SF5	Homme	2006	6 ans	Hospitalier, Etranger, Intérim	5-12
SF6	Femme	1981	26 ans	Hospitalier	>15
SF7	Femme	2006	9 ans	Hospitalier, Etranger	5-15
SF8	Femme	2006	10 ans	Hospitalier	5-15
SF9	Femme	2016	Immédiat		<5
SF10	Femme	1983	25 ans	Hospitalier et PMI	>15
SF11	Femme	2004	10 ans	Hospitalier	5-15

Tableau 1: *Caractéristiques de la population étudiée*

Nous allons vous présenter les résultats de cette étude à travers les différentes thématiques qui ont émergées lors de l'analyse des entretiens. Au terme de onze entretiens, nous avons décidé d'arrêter l'étude en raison de la saturation des données. En effet, à partir de l'entretien n°7, il n'y a plus eu de nouvelles thématiques abordées

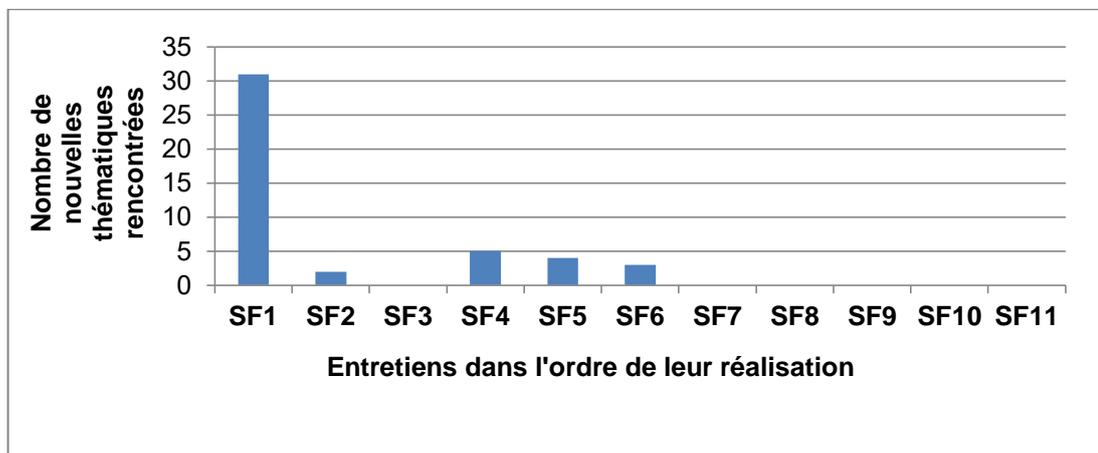


Figure 2: Histogramme représentant l'arrivée à saturation des thématiques identifiées au cours des entretiens

A travers cet histogramme, nous pouvons observer quarante thèmes identifiés lors de ces entretiens. Ces thèmes sont regroupés en huit parties développés ci-dessous.

1. IMPRESSIONS GENERALES

1.1 Vécu et ressenti personnels

Le ressenti premier des professionnels par rapport au programme est très **positif** (SF2, SF3, SF5, SF6, SF7, SF9, SF11). Les SFL trouvent qu'il s'agit d'un **bon programme** (SF3). Cette partie de leur activité leur est **plaisante** (SF2, SF7). Elles le définissent comme un « ... **travail intéressant à responsabilité**» (SF1) et **nécessaire** (SF8).

SF7 «Les patientes, on les suit depuis le début, c'est génial ! C'est l'accomplissement [...], c'est gratifiant»

SF11 «J'aime bien, c'est une relation particulière [...]. Je trouve que c'est un honneur pour moi que les femmes me fassent venir chez elle, qu'elles m'ouvrent leur porte et qu'elles me laissent manipuler leur bébé et tout cela ...».

Cependant, elles soulignent aussi que ce n'est **pas toujours simple**. Deux sages-femmes ont déjà ressenti de la **peur** (SF3, SF9) le plus souvent au début de leur pratique libérale (SF2, SF5, SF9) car elles avaient **moins confiance** en elles (SF2) et surtout parce qu'elles devaient se débrouiller seules et **être sûres de leurs compétences** (SF3, SF8). Une sage-femme a même éprouvé du **stress** (SF2), des **doutes** ou de l'**inquiétude** tandis qu'une autre «...s'est [déjà] sentie **impuissante face à la sensation de solitude des mères ...**»(SF6) et face leur propre **sensation de solitude** (SF4)

SF9 « Le plus dur à gérer quand on commence à faire du PRADO c'est de savoir "Qu'est-ce que je fais ?, Est-ce que j'envoie?, Est-ce que la revoit?, Est-ce que je peux lui prescrire ce genre de chose ou pas?"».

SF6 « Si elle ne répond pas et elle ne donne pas de nouvelles, on peut rien faire. Il y en a quelques-unes pour qui je me suis inquiétée. Après pas de contact, pas de contact ... on ne peut pas sauver le monde c'est ça qui est frustrant».

1.2 Les apports du programme

Pour les SFL, ce programme est source **d'enrichissement personnel** (SF3, SF2, SF4, SF10) car il donne la possibilité de développer ses champs de compétence. En second lieu, il accroît **la reconnaissance de la profession** (SF2, SF3, SF8) par la population. Ainsi l'exercice libéral se développe grâce à l'arrivée de nouvelles patientes (SF1, SF6, SF8, SF9) qui découvrent toutes les compétences, souvent méconnues, des SFL (SF2, SF5, SF8, SF10). Par ailleurs, la mise en place

du PRADO a **renforcé la prévention (SF7)**, en repérant des mamans à risque auxquelles nous n'aurions pas forcément proposé un suivi à domicile (SF6).

SF3 «On apprend énormément des patientes ... c'est quelque chose de riche»

SF8 «C'est intéressant pour un cabinet de sage-femme libérale parce que finalement, ça amène les femmes à se diriger vers les sages-femmes libérales, à prendre contact et savoir que l'on existe, savoir ce que l'on fait»

Parallèlement, les nouvelles mamans découvrent un système leur donnant la possibilité d'avoir un **accompagnement global et individuel à domicile (SF1, SF2, SF3, SF6)**. En effet, la majorité des patientes ont déjà eu un contact en anténatal avec la SFL passant pour le PRADO et ont donc développé une relation personnalisée et de confiance (SF4) avec un **unique intervenant** adapté à leur besoin (SF1). Il **apporte une proximité et une pertinence** qui abaisse le sentiment de solitude qu'elles peuvent éprouver en quittant la maternité, les **rassure** et les **recadre (SF5)** ce qui est plus que nécessaire lorsqu'elles sont totalement perdues face à la **multitude de discours parfois discordants** entendus à la maternité (SF2, SF6, SF11).

SF2 «Cette proximité avec nos patientes, nous permet de comprendre pas mal de choses sur leur vécu. On assure alors un suivi global avec des conseils pertinents et une logique de soins»

SF1 «Moi les dames, elles sont dix fois mieux. Elles sont déjà dans leur environnement (...) tu n'es pas à l'hôpital, tu n'es pas malade ... Cela fonctionne mieux et elles ont une direction par rapport [à la maternité] où elles ont trop d'intervenants qui racontent des choses différentes... Elles se livrent plus»

SF2 «Le souci c'est qu'à la maternité, elles sont très strictes dans ce qu'elles disent, elles disent un peu la même chose à toutes les mamans (...) qui sont hyper flippées car c'est pas du tout adapté car elles ne les connaissaient pas et du coup les mamans elles sont perdues sur les avis contraires»

Les hôpitaux et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) sont aussi gagnants. Les premiers voient **ses urgences se désengorger (SF2)** pour des soins et conseils pouvant être apportés par la SFL et la seconde est **satisfaite des économies** que cette prise en charge lui apporte (SF5).

SF4 «C'est positif pour tout le monde: pour nous, pour les couples, pour l'hôpital et puis la sécu ...»

SF5 «...et puis il ne faut pas se leurrer on [la sécurité sociale] ne coûte pas cher et on leur fait des économies»

1.3 La généralisation aux sorties précoces

Quatre sages-femmes trouvent que **la généralisation aux sorties précoces** du programme PRADO **est bien** (SF2, SF4, SF10) voir très bien (SF1). Une sage-femme **le pratiquait déjà avant** avec certaines de ses patientes (SF2).

SF1 «[C'est] autant mieux qu'elles sortent à J2, même les primipares qui allaitent. On la suit tous les matins, on l'appelle, on lui envoie des textos, en tout cas j'ai jamais ressenti une dame qui était toute seule qui voulait repartir»

Pour trois sages-femmes, son **extension aux sorties précoces a été «foireuse»** (SF10) parce qu'elles estiment ne pas avoir été correctement prévenues par l'Assurance Maladie des modifications (SF6) d'un programme «... pas très clair (...) et pas si bien cadré» (SF6, SF8, SF9). De plus, le point négatif souligné a été le **manque d'information auprès des patientes** sur son existence et surtout pour les femmes non suivies en libéral (SF2, SF4, SF6).

SF2 «Il faut déjà [qu'on] puisse leur donner l'information comme quoi ça existe. Donc soit en consultation (...) soit nous en préparation»

SF5 «Le développement du précoce impacte les sorties à J3 parce que si la sécu est pas passée, les autres elles ne passent pas [voir les sorties standards]. Ça c'est un problème à mon avis. C'est à nous de dire cela, de s'assurer que chaque patiente à l'information. Parce que le PRADO, le PRADO c'est la prise en charge de la suite de couches»

SF9 «C'est un peu l'inconnu sur ce qui a été mis en place récemment.»

1.4 L'impact du PRADO et des retours précoces

La «**grande disponibilité**» demandée aux SFL (SF7), notamment «*les samedis et les dimanches (...) jours fériés compris*»(SF1), mais aussi la possibilité d'être contactées à n'importe quel moment du jour ou de la nuit, sont contraignantes et gênantes pour certaines sages-femmes (SF1, SF5, SF8). Toujours dans l'attente d'un appel, elles ne peuvent pas avoir l'esprit serein quand elles ont fini leur journée et sont en famille. Cet **impact** sur la vie personnelle est **majorée avec les sorties précoces** qui demandent une permanence les week-ends et une disponibilité de dernières minutes (SF1, SF6). Si cette obligation d'être libre 7 jours sur 7 se pérennise, elle **serait susceptible de remettre en question le suivi des sorties précoces par les SFL** (SF1).

SF2 «Pour l'instant, ce n'est pas lourd car ça fait que cinq ans que j'exerce et que je suis encore bien passionnée par mon métier. Mais je pense qu'à la longue ... mais ça va peut-être commencer à peser »

SF1 « J'ai commencé à travailler les week-ends alors qu'avant je le faisais jamais et cela juste après le PRADO précoce. Tous les week-ends j'y ai le droit. Ce qui me pose problème c'est la pérennisation si persistance: je me suis dit que oui [continuer à faire les week-ends] mais si ça devenait pérenne non »

SF6 «Bon quand on est en libéral, on n'a pas forcément fait cela pour être de garde tous les week-ends.»

Il a également un impact sur la vie professionnelle. Effectivement, la **programmation des visites est difficile** d'après les SFL car elles savent au **dernier moment** combien elles auront de PRADO à faire (**SF1**, **SF2**, **SF3**, **SF8**). De ce fait, parfois, elles se doivent **d'annuler des rendez-vous de consultations** à la dernière minute pour pouvoir être disponibles pour les visites. Au contraire d'autre fois, «... [Elles bloquent] beaucoup de créneau PRADO, et finalement, [elles ont] une, deux, trois annulations et donc du coup [elles ont] des trous qui se rajoutent» (**SF9**). D'autre part, l'obligation de passer dans les 24 heures qui suivent une sortie précoce peut créer une sensation d'oppression (**SF8**). **La généralisation aux sorties précoces questionnent** également beaucoup **sur la réorganisation nécessaire** et sur l'accompagnement des femmes notamment en matière d'allaitement maternel (**SF6**, **SF7**, **SF8**).

SF2 «La charge de travail est gérable mais ça me bloque pour l'évolution, notamment pour mettre en place des consultations d'urgence»

SF8 «Je pense que ça peut être un peu pénible parce que du coup on se dégage du temps pour ça mais on est jamais sûr que l'on va en avoir du coup on se retrouve avec des trous. Tu [t'] organises, tu bloques des choses et tu te retrouves à réorganiser toute ta journée, non c'est vrai que c'est assez pénible»

SF1 «Ce qui est très difficile c'est que ... jeudi ou vendredi, je vais savoir si je travaille ce week-end donc c'est du dernier moment. Au début, ça ne me faisait rien et ça maintenant c'est lourd. Je trouve que c'est de "l'ubérisation"»

2. ORGANISATION

2.1 Disponibilité des sages-femmes libérales

Au cours de cinq entretiens, il nous a été confié que le PRADO demande **une grande adaptabilité** (SF3, SF4, SF6, SF7, SF9). Sur l'ensemble des onze entretiens, trois SFL se rendent **disponibles 7 jours sur 7** (SF1, SF2, SF9) et cinq SFL ont une **activité modulable sur les week-ends**.

SF3 *«Il ne faut pas être assis sur ses horaires, il faut être très flexible»*

SF5 *«Cela fait partie de notre boulot de bosser aussi le week-end. On est un service public, on est quand même "payé" par la sécu, il y a quand même un service à rendre. Donc j'estime qu'il faut se rendre disponible pour le week-end»*

SF11 *« J'ai surtout changé de "boulot", je me suis lancée dans le libéral plus pour avoir mes week-ends et prendre du temps avec ma famille. Du coup, quand j'ai commencé à déborder de patiente, je me suis dit écoute laisse tomber»*

Dans certains secteurs, pour parer à ce souci de week-end, **un système d'astreinte** a été mis en place. Cependant, la moitié des sages-femmes nous disent **ne pas vouloir participer** (SF1, SF2, SF5, SF6, SF7, SF9) pour différents motifs. Plusieurs sages-femmes travaillant en collaboration **s'organisent déjà avec leur(s) collaboratrice(s)** et ne sont donc pas intéressées (SF5, SF6, SF9). De même à l'occasion de leurs vacances, elles s'entraident par quartier ou affinité (SF2, SF5).

SF1 *«J'envisage une collaboratrice pour faire les week-ends mais je trouverai personne pour faire que des week-ends et ça va pas aller non plus car ma patiente je la connais et je ne vais pas lui envoyer quelqu'un d'inconnu donc je trouve cela compliqué pour elle et pour moi. On est prisonnier de cela»*

SF2 *«S'il y a quelque chose de personnel qui nous bloque, elles savent [les patientes] que c'est ma collègue qui peut y aller»*

SF9 *«Au cabinet, il n'y aura personne mais s'il y a des astreintes à tenir en domicile, on ira»*

La **disponibilité quotidienne** est aussi mise en valeur par le fait que trois SFL **donnent leur numéro de téléphone portable** qu'elles ont **toujours sur elles** (SF4, SF6, SF9). Nous pourrions penser qu'elles sont donc sans cesse dérangées mais c'est **plutôt le contraire**: *«certaines n'osent pas appeler, je ne voulais pas vous déranger [nous disent-elles]»* (et dans ce cas, elles contactent leur médecin traitant) (SF2). Dans les rares situations où les SFL ont eu affaire à **un acharnement**

téléphonique, il s'agissait toujours du **même type de patiente (SF5)** et un **recadrage suffisait** à y mettre fin (SF3).

SF5 *La plupart des gens ont quand même la décence de ne pas appeler le week-end.»*

SF11 *«Je crois que ça fait partie du boulot. Je crois que quand on est sage-femme, on est sage-femme à plein temps malheureusement»*

2.2 Les cotations

Il est important de rappeler que les entretiens ont lieu sur le deuxième semestre de l'année 2018 soit avant les modifications apportées aux mesures tarifaires par l'Avenant 4 de la Convention entré en vigueur en février 2019. Vous retrouverez en ANNEXE IV une fiche résumé-explicative sur les cotations avant et après cette date. A noter que J0 correspond toujours au jour de l'accouchement.

Avant J7, pour la première visite, le fonctionnement est à peu près unanime. Elles cotent **un forfait journalier de surveillance (SF16.5)** pour une sortie standard et utilise la cotation SF12 pour une sortie précoce (SF6).

Pour la deuxième visite, la manière de coter est variable d'une sage-femme à l'autre malgré la réglementation. Six sages-femmes libérales interrogées **cotent juste une visite (V) (SF2, SF4, SF5, SF6, SF7, SF8)** car coter en plus une consultation (C) pour l'enfant **augmente la charge administrative et demande aux patientes d'avancer les frais (SF2)**.

Pour une sage-femme, ce **schéma de cotation** est **suffisant** si elle vient juste pour une pesée, quelques conseils et l'examen des seins (SF5). Par contre, une autre sage-femme se permet de **rajouter une consultation (C)** à la visite (V) **s'il s'agit d'un allaitement maternel ou d'une deuxième visite (SF4)**.

D'autre part, une sage-femme *«**modifie la date de la deuxième visite pour pouvoir coter le deuxième SF16.5 car même si on est à J8 (...) on y restera quand même une heure et c'est justifié**» (SF8)*.

SF6 *«Je ne fais pas la double consultation mère + enfant (C+V), je suis peut-être con»*

Après J12, une sage-femme utilise ses deux cotations de **séance de suivi post natal (SP)** (SF5).

Les sages-femmes libérales ont un **avis mitigé** sur ce système de cotation. Cinq sages-femmes émettent un **avis positif** et le décrivent comme **logique** (SF9), pas compliqué (SF11) et **adapté** par rapport au temps passé (SF1) en comparaison à l'avant généralisation du PRADO où les visites à domicile valaient 17€ et qu'il n'existait pas de supplément pour le week-end, les kilomètres parcourus (indemnités forfaitaires kilométriques) et les visites de sorties précoces (SF5).

SF6 « Moi je trouve que par rapport au temps passé, franchement on n'a pas quoi se plaindre »

SF8 « C'est quand même intéressant, il ne faut pas se leurrer. Et nous, on habite en ville en plus du coup nos PRADOS ils s'enchainent ce n'est pas comme une sage-femme libérale qui va faire des kilomètres (...) [et] qui va passer une heure et demi dans sa voiture ... Je n'ai pas le sentiment d'être lésée »

Cependant, beaucoup de **dysfonctionnements** ressortent des entretiens. Trois sages-femmes (SF2, SF3, SF4) trouvent que cette **organisation tarifaire** est trop **réductrice** (SF5) notamment en terme de temps passé et de valeur financière (SF10). Par exemple, elles **n'arrivent jamais à utiliser le deuxième SF16.5** car il n'est valable déjà que sept jours à partir de la date d'accouchement et que, dans presque la totalité des cas, **leur deuxième visite a lieu plutôt entre J11-J15** (SF2, SF3, SF4, SF5, SF7, SF8). Elles cotent donc un V+/-C qui est **moins rentable** (SF2) d'autant qu'une visite après J7 **peut être aussi longue** qu'une visite dans les premiers jours (SF9).

SF2 « La première visite est très très bien payée et la deuxième d'un coup on retombe à une consultation C alors que [parfois] on [les] voit autant de temps »

SF9 « On oublie de prendre en compte que ce n'est pas forcément la première visite la plus longue. Le baby blues est rarement vu à la première visite, souvent à la deuxième voir à la troisième et c'est là que la maman elle craque et qu'elle a besoin d'un long moment d'entretien pour qu'on en discute, qu'on la rassure et bah voilà ce n'est pas forcément la première visite qui va nous prendre le plus de temps et là ce n'est pas pris en compte »

Au-delà de J12, il n'y a plus de prise en charge 100% maternité pour le bébé, ce qui met **mal à l'aise** une sage-femme (SF7) car dans ce cas, elle doit demander aux patientes d'**avancer les frais**. Comme le souligne une sage-femme, **le fait de coter à partir du jour de la naissance (J0)** et non de la sortie **peut donc être délétère** (SF6).

SF2 «Je ne cote pas de consultation C pour les enfants car cela fait des papiers en plus et avancer les soins aux mamans ... Et déjà que les bébés sont pas toujours sur les cartes vitales donc faire une feuille de soin, faire avancer le soin à la maman alors que l'on a dit clairement que c'était tout pris en charge, elles ne comprennent pas»

SF6 «Je pense que c'est bien. Le seul truc qui me gêne, c'est que ce soit côté à partir du moment de la naissance et non de la sortie»

Egalement, **des actes** se rajoutent parfois aux consultations mais non **pas de cotations** comme par exemple les vaccins ou la prise en charge de l'allaitement maternel (**SF4**, **SF9**, **SF10**).

SF4 «On n'a pas de consultations spécifiques" allaitement" donc (...) les cotations ne sont pas du tout adaptées quand il y a des crevasses»

SF9 «Il y a le problème des actes qui vont se rajouter aux consultations : le nombre de dames qui vont nous demander que l'on fasse leur vaccin, le nombre de papa qui vont nous demander que l'on fasse un vaccin»

Enfin, elles soulignent un **manque d'information** sur les cotations en formation initiale (**SF11**) et par la suite, **de communication** des modifications des mesures tarifaires par la CPAM (**SF3**)

SF11 «Moi, en effet, quand je me suis lancée dans le libéral et que j'ai fait mes remplacements d'été, je leur ai dit "j'y connais rien aux cotations"»

La mise en place des **sorties précoces** a rajouté une **problématique administrative** aux SFL. Il s'agit de la question de **la feuille PRADO sortie précoce** que doivent remplir trimestriellement les SFL avec les coordonnées des patientes quand celles-ci sont sorties avant J3 pour un AVB et avant J4 pour une césarienne **afin d'obtenir la majoration "sorties précoces"**. (**SF6**, **SF11**). Une sage-femme a l'impression que la CPAM n'a jamais reçu sa feuille (**SF1**). Une autre, la trouve floue et déplore le fait qu'elle n'est pas eue de retour par la CPAM concernant sa bonne réception (**SF9**).

SF1 «je me suis aperçue qu'il n'avait pas reçu mes feuilles de toute l'année, qu'il m'avait pas payé, ils ont dû rechercher mes PRADOS précoces, c'est super nul, il devrait l'inclure dans le boîtier ou on pourrait cocher PRADO précoce»

SF1 « [Pour] le PRADO précoce, il faut juste faire une feuille qui est insupportable ! Je le fais un coup sur deux»

SF9 «Moi, j'ai envoyé ma première feuille PRADO précoce le mois dernier et pas de réponse ... C'est totalement l'inconnu, donc moi très honnêtement je ne compte pas sur ce forfait parce que ce n'est pas ça qui va radicalement changer mon salaire à la fin du mois»

3. LA PATIENTELE

3.1 Composition

La majorité des SFL voit **essentiellement des patientes connues** en anténatal (SF3, SF5, SF7, SF8, SF9, SF11). Deux nous confient avoir fait ce choix car ainsi elles estiment **prendre moins de risque** (SF4, SF7) et s'assurent un certain **confort** (SF8).

Malgré quelques réticences au début pour l'une d'elles (SF10), **trois SFL** suivent des **patientes inconnues** (SF9, SF10, SF11). Cela ne leur pose **pas plus de difficultés** (SF2, SF5, SF8). Cependant, elles soulignent que **ces visites** sont tout de même moins faciles car **plus longues et lourdes** (SF1, SF4, SF5) puisqu'il faut faire connaissance avec le couple (SF8), instaurer un climat de confiance (SF7) et recueillir toutes les informations médicales nécessaires (SF9) pour assurer un suivi de qualité d'autant plus si le contexte social est complexe (SF10).

SF7 «Moi je trouve cela super confortable justement de connaître les patientes avant car on est tout de suite alerter par les signes quand ça ne va pas. Si tu ne connais pas ta patiente et tu n'as pas eu toutes les alarmes ou clignotants disant "attention c'est une situation à risque" où elle a besoin d'être accompagnée»

SF11 «Je considère que ce n'est pas grave parce que la patiente, je lui pose des questions. C'est un peu comme les épreuves où tu es sage-femme et tu découvres ton dossier à la dernière minute et on te demande de faire le soin alors que ton dossier tu le connaissais pas avant. Et du coup pour moi, c'est la même chose!»

Cependant, **pour les sorties précoces**, les sages-femmes interrogées sont plus **strictes**. Elles acceptent d'effectuer les visites anticipées **uniquement** si elles **ont vue au moins une fois en anténatal** la patiente (SF4, SF10). Cette condition demande que les patientes soient d'avantage informées au troisième trimestre de la grossesse, et notamment celles suivies à l'hôpital, pour qu'elles se mettent en lien avec une SFL pratiquant les sorties précoces.

SF10 «Au début, j'ai refusé parce que ce n'était pas ...moi je les prends que quand je les connais c'est important»

Toutefois, les SFL interrogées aimeraient que des éléments du programme soient **revus** notamment sur **le cadrage** des visites (SF2). Par exemple, elles émettent une défiance à proposer une sortie précoce aux primipares souvent pleines de craintes et de questionnements (SF2, SF6, SF7, SF8, SF10) ou aux femmes se retrouvant seules à la maison, le conjoint ayant repris le travail, dans une période

connue pour présenter un risque plus important de vulnérabilités notamment psychologiques (SF10).

Enfin, pour une sage-femme, les maternités font **sortir trop facilement certaines patientes** en PRADO alors qu'elles **présentent des risques** (hypertension artérielle, diabète ...) (SF3). Ainsi, une sage-femme insiste sur le fait que **la sélection des patientes est complexe** et demande de bien s'assurer que la patiente souhaitant sortir de manière précoce **remplisse bien tous les critères définis** (SF10).

SF10 «Parfois le mari est pas là car il travaille et moi je dis ça non, c'est pas de la bienveillance, c'est mettre les mamans et les bébés en difficulté d'emblée ... C'est pas une critique mais voilà ... je crois que c'est l'anti hôpital !C'est humanisé le suivi et c'est se dire oui cette maman elle est en capacité de rentrer en précoce parce que le conjoint sera là parce que il y a un étayage mais quand c'est une femme toute seule avec deux enfants bah non je trouve que c'est une connerie»

SF8 « [Je ne comprends pas] celles qui ne sortent pas (...) pour des bricoles. Parfois, c'est pour des allaitements maternels alors qu'on pourrait très bien nous aussi gérer à la maison (...). (...) pour des choses qui nous paraissent minimum»

SF10 «C'est plutôt cela qui fait peur, le côté psycho car nous on gère le côté médical, je veux dire tu es à l'aise avec ça. Mais quand tu vois une nana qui fait que pleurer qui donne le bib comme ça, qu'est-ce que tu

3.2 Le secteur d'habitation

Le périmètre de travail des SFL est **découpé en deux groupes** caractérisés par le fait qu'elles travaillent soit dans **un secteur urbain** soit dans un **secteur rural**.

Pour une sage-femme dont le cabinet est situé en plein **centre-ville** (SF1), ses visites à domicile **se limitent à son arrondissement**. Alors que pour les SFL exerçant **en milieu rural**, la zone de visite est beaucoup **plus vaste** (SF2, SF6, SF7).

SF6 «On va un peu dans la montagne à droite, à gauche»

SF7 «Moi je me dis "la patiente elle est venue me voir, elle a fait l'effort de venir pour les cours de préparation ici, je fais l'effort d'aller à son domicile!»

Il est important de préciser que pour une SFL **la question du respect du secteur** est très importante notamment quand plusieurs SFL se trouvent sur la même commune (SF11).

SF11 «C'est un truc assez important que j'ai découvert en arrivant, de bien respecter en effet "le territoire"»

4. LES VISITES

4.1 Recueil des données médicales

A l'époque de la réalisation des entretiens, l'agent de la sécurité sociale était encore chargé de recueillir les informations auprès de la patiente et des sages-femmes hospitalières pour les transmettre aux SFL assurant le suivi à domicile. Souvent, il **oubliait** de transmettre **les coordonnées** géographiques de la patiente **ou des données médicales**.

Avec la disparition de l'agent de la CPAM et **la mise en place des sorties précoces** suivies du contexte COVID, **ce manque de transmission persiste voir s'aggrave** selon les sages-femmes interrogées car souvent aucun relais n'est fait par un professionnel de santé, les patientes contactant elle-même leur sage-femme. (SF2, SF3).

SF3 «[Par rapport au travail avec la sécurité sociale] *Ce n'est pas des grosses difficultés, c'est des petits trucs mais à force cela fait boule de neige et il faut être patient J'aimerais bien qu'ils fassent leur travail correctement*»

SF9 «*Une fois, je suis arrivée à une visite, il fallait enlever les agrafes. Je n'étais pas au courant que c'était une césarienne*»

SF10 «*Une fois, je n'ai pas trouvé la patiente. J'informe la mat et la nénette du PRADO en disant bah voilà, je devais aller voir cette dame ... et là on revérifie les numéros de téléphone, les adresses et puis ce n'étaient pas les bonnes!*»

D'autre part, une sage-femme **déplore la rareté** de plus en plus importante **des courriers de sortie** (SF9, SF11). Au contraire, une autre note **des progrès sur la rédaction et la transmission** de ceux-ci (SF6) surtout dans certaines maternités (SF2). Certaines préfèrent **regarder le courrier de sortie secondairement** et se faire d'abord un avis en interrogeant et écoutant la patiente (SF4).

SF2 «*Les courriers sont vachement mieux fait qu'avant*»

SF9 «*Les courriers de sortie sont de plus en plus rares. Ça se compte sur les doigts de la main ... ou les courriers de sortie que l'on reçoit par la poste, on les a trois semaines après avoir vu notre patiente donc ça n'a pas d'intérêt*»

SF2 «*Moi j'aime bien qu'elles m'expliquent. Je ne regarde pas le courrier au début, j'aime bien qu'elles m'expliquent ... qu'elles ne soient pas rattachées à un texte*»

4.2 Moyens de contact

Deux moments nécessitent un contact pendant le séjour.

Le premier est celui à la **maternité** quand la patiente doit **choisir la SFL** qui passera à la maison. Soit, elle a déjà une SFL qu'elle prévientra directement (**SF6**, **SF1**). Soit, elle la choisit dans une liste fournie ou non par la maternité et qui n'est pas toujours à jour.

Le deuxième correspond à **l'échange par SMS (SF5) ou par appel (SF6)** permettant de **définir le moment de passage de la SFL**. Souvent, la patiente est prévenue à la dernière minute c'est-à-dire au plus tard la veille du passage (**SF5**). Une sage-femme nous signale qu'elle demande toujours à ses patientes de l'appeler pour bien confirmer leur sortie de la maternité et ainsi éviter de se rendre à un domicile vide (**SF10**).

SF6 *«Heureusement que dans les services, les sages-femmes le disent [de contacter une SFL] ... Elles ont quand même la liste des sages-femmes libérales»*

SF10 *«[Je demande à ce] qu'elle m'appelle pour bien me confirmer sa sortie et moi je confirmerai l'horaire»*

Pour finir avec la généralisation des sorties précoces, **deux plateformes de contact** ont été créées. A l'Hôpital Femme Mère Enfant à Bron, une **hotline** permet aux SFL d'avoir directement au téléphone une sage-femme hospitalière pour demander un avis ou prévenir d'une réorientation de patientes (**SF11**). Dans la région, une **messagerie sécurisée** réservée aux professions de santé nommée **Systeme d'Information Santé en auvergne-Rhône-Alpes (SISRA)** a vu le jour et permet de transmettre les courriers de sortie ou examens pédiatriques (**SF10**).

SF10 *« Il y a un système avec la CPAM, il y a une messagerie qui s'appelle SISRA et donc tu peux ... alors c'est plus une communication de dossier mais justement quand tu as une facilité de communiquer pas forcément par téléphone»*

SF11 *«Il existe une hotline à l'Hôpital Femme Mère Enfant, si les professionnels ont des questions sur une patiente. Ça c'est vachement bien ... après les autres mater le font pas c'est dommage. Il m'est arrivé deux trois fois d'appeler et de dire voilà j'ai un truc bizarre et sans jugement c'est des sages-femmes qui sont en grossesses pathos qui vont répondre et traiter les dossiers"»*

4.3 Répartition des patientes aux sages-femmes libérales

Une sage-femme pointe du doigt **une discrimination concernant la répartition des patientes PRADO entre SFL** notamment parce que les listings ne sont pas à jour ou que certaines maternités n'en n'ont tout simplement pas (**SF11**).

De plus, à trop vouloir se concentrer sur les sorties précoces, certaines sages-femmes ont **peur que les sorties standards soient oubliées**, plus livrées à elles-mêmes (**SF5, SF6**).

SF6 «C'est un peu le bazar. Je ne comprends pas pourquoi ils ne passent pas toujours pour les autres même s'ils font des sorties précoces [concernant le conseiller de la CPAM]»

SF6 «C'est ce que je trouvais bien justement dans le système PRADO. C'est que l'on touchait aussi des femmes qui n'avaient pas été suivies en libéral donc qui ne connaissaient pas le système libéral»

4.4 Gestion des visites

Le nombre de visite PRADO qu'elles effectuent par semaine est très **variable** (**SF2, SF3, SF5**) et **dépend des périodes** (**SF5**). **En moyenne**, elles se rendent chez **deux à trois patientes par semaine** (**SF6, SF7, SF8**), ont au minimum un domicile par semaine (**SF3**) et au maximum vingt (**SF1**). A noter qu'une sage-femme a remarqué qu'elle avait plus de demandes en été et en décembre (**SF3**).

Parmi ces visites, six sages-femmes pratiquant les sorties précoces sur onze en ont très **peu** qui sont des **retours anticipés** (**SF2, SF6, SF7, SF9, SF10, SF11**) malgré une volonté des patientes (**SF9**), et un souhait de développement de ces sorties par les hôpitaux (**SF10**).

Une sage-femme nous dit par contre que **le nombre de sorties précoces est en augmentation** (**SF1**) de son côté. Cependant, trois sages-femmes émettent des craintes et sont **inquiètes de l'optimalité de la prise en charge à domicile** dans un futur proche **face à l'augmentation des demandes de visite due à l'instauration des sorties précoces** (**SF6**).

SF4 «Ça commence un petit peu [les sorties précoces]»

SF9 «Il y en a beaucoup qui le souhaite [de participer au PRADO] mais au final ce n'est pas possible»

Le moment consacré aux visites PRADO est là encore **différent** d'une sage-femme à l'autre. La **majorité** a des créneaux PRADO **tous les jours** (SF4, SF5, SF8, SF9). L'heure de passage varie: soit elles consacrent une demi-journée aux visites (SF5) soit elles passent sur leur temps de pause entre midi et quatorze heures (SF1) ou après leur journée de consultation entre dix-huit heures et vingt heures (SF2). Une sage-femme a un créneau dédié au PRADO en fin de journée mais uniquement au cabinet (SF1), les patientes devant donc se déplacer.

SF6 «On s'arrange en fonction du jour où elles sortent de la maternité et de nos disponibilité. C'est vrai que ce n'est pas toujours évident, ça c'est le côté un peu pénible parfois c'est un peu compliqué»

D'un point de vue fréquence, les SFL passent en moyenne **deux à trois fois à domicile** (SF1, SF4, SF5, SF6, SF7, SF8, SF9, SF10) selon deux schémas d'organisation (SF6), (SF1, SF5). Soit elles passent une fois par semaine pendant quinze jours. Soit elles se rendent au domicile du couple tous les deux trois jours pendant une semaine. Après, si elles estiment qu'un suivi est encore nécessaire, leur conduite varie: certaines sages-femmes proposent aux mamans de **venir au cabinet** (SF1, SF8) et une sage-femme **oriente la patiente vers la Protection Maternelle Infantile (PMI)** (SF5).

4.5 Déplacement et stationnement

Le moyen de transport utilisé est **la voiture** (SF1, SF2, SF4, SF5). Pour une sage-femme de centre-ville, le **stationnement est un grand problème**. Son caducée a de la valeur mais hors de son secteur de visite. Tous les domiciles visités sont situés en secteur payant. «Depuis le début de l'année, des prunes, j'ai dû en recevoir trois ...». (SF5).

SF5 «Moi, j'avais fait le calcul sachant que les parcmètres c'est plus chers que les parkings souterrains mais cela représente quand même 10% du chiffre d'affaire»

SF5 «Ça c'est un paradoxe car ils veulent apparemment développer la médecine de proximité, le PRADO, les machins ... à côté de cela ils nous empêchent de nous déplacer!»

De plus, le **périmètre** qu'elles sillonnent **influence leur temps de trajet**. Les sages-femmes rurales ont un temps de trajet souvent plus conséquent du fait de l'étendue de leur secteur (SF2, SF4, SF9). A la différence, les sages-femmes

urbaines, ont un secteur plus concentré et donc un temps de trajet plus court (SF5, SF11). Les problématiques engendrées sont donc différentes.

SF2 «Le temps de trajet compte dans mes consultations et me met en retard ... et avec le passage à 80km/h ça c'est bien pénible»

SF9 «Parfois, on se permet de leur dire que c'est un peu loin, on l'a connaît pas la dame, on est pleine, est-ce que vous pouvez essayer de voir quelqu'un d'autre»

SF10 «Mais globalement c'est autour de Bourg, une vingtaine de kilomètres maximum»

4.6 Déroulement des visites

Deux sages-femmes prennent beaucoup de temps (en moyenne une heure et demie) lors de la première consultation. Elle trouve que ce temps est nécessaire car « [elles] se rendent compte que quand [elles] prennent [leur] temps, la deuxième visite est plus simple et plus rapide » (SF4, SF10).

SF4 «Le fait de passer beaucoup de temps le premier jour, la première fois, on gagne son temps pour après. Ça rassure, donc à partir du moment où on rassure, on a moins de risque d'être embêtée»

SF10 «...la première visite j'ai besoin de savoir s'il y a d'autres enfants, comment ça s'est passé, heu... la grossesse, l'accouchement, le retour à la maison (...) Comment s'est passée cette rencontre, si les enfants vont à l'école, si le père a pris son congé. Moi j'ai besoin d'abord de tchatcher de savoir où je mets les pieds et je trouve que c'est toujours très riche»

Une sage-femme a un schéma d'organisation précis: elle s'occupe de la mère en premier, puis du nouveau-né et enfin, elle axe la fin de la visite sur les besoins exprimés par le couple ou qu'elle a ciblés. (SF5).

SF5 «Quand je connais pas la patiente et que je sais qu'elle allaite, je vais aller un peu plus vite sur les premières informations car je sais très bien que ce qui va nous prendre du temps c'est l'allaitement.»

Concernant le matériel, il est très varié d'une praticienne à l'autre. En général, elles possèdent pour la plupart un pèse-bébé (SF1, SF4, SF5, SF6, SF8, SF10, SF11) et un tensiomètre (SF1, SF6, SF8, SF9, SF10, SF11). Aucune sage-femme ne dispose de bladderscan (SF2) car son coût est trop élevé par rapport à l'utilisation qu'elles en font (SF4, SF5).

SF8 «Balance, dynamap ...c'est suffisant»

SF9 «J'étais obligé de lui prescrire un kit de retrait implant [car elle n'avait pas le matériel pour retirer des fils non résorbables de césarienne]. On trouve toujours à se débrouiller avec ce que l'on a au cabinet»

SF10 «Suite à la formation avec les pédiatres, on a chacun un ambu quand même euh pour ventiler ... euh, une petite poire d'aspiration ... voilà»

Concernant les sorties précoces, les besoins supplémentaires concernent le matériel pour le guthrie. En général, il est fourni par la maternité (SF3, SF6). Egalement, l'appareil à l'origine du grand débat actuel est le bilirubinomètre. Une seule sage-femme parmi celles interrogées en possède un (SF1), les dix autres (SF2, SF3, SF4, SF5, SF6, SF7, SF8, SF9, SF10, SF11) trouvent son coût beaucoup trop élevé (environ 3000€) (SF2), n'en ressentent pas le besoin (SF4, SF6, SF8, SF10) et préfèrent faire confiance à leur sens clinique (SF2, SF4, SF7).

SF2 «On n'a pas de flash car ça coûte très cher et il faut les étalonner régulièrement et que ce n'est pas mis dans les protocoles de devoir être équipé»

SF7 «Je n'ai pas de biliflash car aucun intérêt. Parce que je trouve que l'on peut vraiment faire confiance [en] sa clinique et si on a le moindre doute ils sont hospitalisés (...) ce n'est pas qu'une histoire de flash»

SF11 «... mais en effet, cela me pose soucis le fait d'estimer juste au visuel ... c'est bizarre pour moi de dire sur un courrier j'estime qu'il est jaune donc je vous le renvoie»

4.7 Les réorientations

La fréquence de réorientation est faible (SF6, SF7, SF9, SF10, SF11). La moyenne est d'une à deux réhospitalisation par an (SF7).

SF6 «La seule fois où j'ai renvoyé c'était au début quand je n'étais pas encore très très sûre»

Le plus souvent, elle concerne le nouveau-né (SF11). Le motif le plus fréquent de réorientation est l'ictère. Il est évoqué par sept sages-femmes sur onze interrogées (SF1, SF2, SF4, SF6, SF7, SF10, SF11). Or, ce motif, dans les cas de sorties précoces, est la plus grosse angoisse d'une sage-femme (SF6) causée en partie par le fait de ne pas avoir de bilirubinomètre (SF11). Vient ensuite comme motif, les problèmes de prise de poids (SF2, SF3).

SF6 «Mon bébé, il est jaune trois semaines si cliniquement il est bien, je le laisse»

Concernant la mère, la **pathologie médicale la plus rencontrée** est l'**infection du post-partum ou endométrite** (SF1, SF2, SF7). Arrive en deuxième position, un retour vers la maternité pour **des cas d'hémorragie du post-partum** (SF5, SF6) ou de **rétention urinaire** (SF6, SF10). La réorientation pour **décompensation psychiatrique** (psychose puerpérale) est citée par deux sages-femmes (SF4, SF5).

Une sage-femme souligne tout de même que son **taux de renvoi vers la maternité a augmenté depuis la mise en place des sorties précoces** (SF5). Une autre «*attend de voir ce que ça va donner avec les sorties précoces...*», l'**impact** de ces sorties sur la détection, la prise en charge et le **suivi des troubles psychiatriques** (SF10) dont l'apparition est plus fréquente en post-partum à distance de l'accouchement.

Pour la majorité des sages-femmes interrogées, il a été **facile d'effectuer les démarches de réorientation** (SF1, SF2, SF3, SF4, SF7, SF9, SF11). Un **simple coup de téléphone** au service des urgences maternité suffit en général (SF1). A noter tout de même, que trois sages-femmes se sont **heurtées à un manque de confiance des professionnels hospitaliers** sur leur diagnostic et motif de renvoi (SF8, SF9, SF10). Enfin, la principale problématique reste le devenir de l'enfant quand la maman doit être réhospitalisée d'autant plus complexe quand il s'agit d'un allaitement maternel (SF2).

SF5 «*Avant on se démerdait toujours. On n'envoyait pas à l'Hôpital Femme Mère Enfant pour un flash. On appelait la pouponnière (...) et demandait si on pouvait l'envoyer pour un flash. Et maintenant, qu'en plus ils ont tous mis en place la consultation [pédiatrique], il y a aucun souci. C'est bien foutu.*»

SF7 «*C'est super car à Villefranche, il y a possibilité d'appeler (...) en hôpital de jour pédiatrique ... Ils les voient dans la journée ça c'est top*»

SF2 «*Le plus difficile étant l'angoisse des femmes : et si je suis hospitalisée qu'est-ce que je fais de mon bébé*»

5. LE RESEAU

5.1 Création

En reprenant les propos des SFL interrogées, la création de leur réseau s'est passée de deux manières différentes. Soit, cela a été **long et difficile** (SF1, SF7), soit, comme c'est le cas pour trois SFL, **facile** (SF2, SF9, SF10).

SF8 «Moi j'y trouve très dur cela. Ouais ce n'est pas facile à faire son réseau, on se sent un peu seule»

SF10 «Au contraire, c'était facile car j'ai fait trois modes d'exercice: la mat, la PMI et le libéral. Ça j'étais chanceuse car j'avais un réseau»

La manière dont les SFL ont bâti leur réseau est très **variable**. La majorité cite l'importance **des rencontres ou réunions entre professionnels de ville et professionnels hospitaliers** (SF1, SF5, SF6, SF7, SF8, SF10). Toutefois, trois interrogées insistent sur le fait qu'il faut **avoir une démarche participative** (SF8), répondre présentes aux invitations (SF7) et s'investir personnellement (SF5). Viennent ensuite, les **réunions ou assemblées générales d'association** (SF2, SF5, SF7, SF8, SF10, SF11). Quatre SFL nous confient avoir créé leur réseau «*au fur et à mesure [car] le réseau c'est le plus compliqué parce qu'en libéral tu arrives tu es tout seul ...*» (SF2, SF3, SF4, SF7).

SF5 «Avec l'hôpital, quand il y a des réunions, il faut y aller. Il faut s'investir. Quand il y a des réunions, il faut sympathiser avec la cadre, montrer que l'on est présent et que l'on bosse car c'est bien d'avoir un bon lien avec les hôpitaux.»

SF4 «Quand je me suis installée, j'avais une paire, une SFL avec qui j'ai fait du compagnonnage pendant longtemps»

SF6 «... d'autant plus que moi, quand je suis arrivée là, j'avais jamais travaillé dans le coin. Je connaissais personne donc j'ai commencé par les autres sages-femmes libérales puis après je connaissais les gens petit à petit puis les gens vous connaissaient parce que les patientes en parlent.»

SF11 «De bosser dans une petite mater, ça m'a vachement aidé. Si je ne l'avais pas fait, je pense que j'aurai pas bossé

5.2 Constitution

Le réseau d'une SFL peut-être composé d'une **multitude d'acteurs propre à chaque professionnel**. « [Il] est important d'avoir un très très bon réseau ... [et] d'avoir de bons contacts». (SF4)

Pour synthétiser, deux SFL nous disent **connaître au moins une personne dans chaque maternité environnante** ainsi **qu'un professionnel par type de**

spécialité (pédiatre, gynécologue, médecin traitant principalement) (SF1, SF11) avec qui certaines ont mis en place un système de collaboration notamment, pour les prescriptions (SF5, SF7). En effet, «*si tu ne connais pas quelqu'un dans toutes les maternités c'est compliqué*» (SF1). Deux SFL évoquent leur **relation avec la PMI** (SF9, SF11) en cas de contexte social ou psychologique complexe (SF11). Les entretiens ont révélé des liens avec des **entités plus originales** : laboratoires d'analyses médicales (SF11), pharmacovigilance, professions paramédicales et de médecine.

Pour finir, deux sages-femmes (SF3, SF4) invitent à ne pas être seule lors de l'installation car il **est normal d'avoir besoin d'aide**.

SF2 «*J'aimerais développer un réseau avec un laboratoire de ville. Simplement pour faire la bilirubine ... ça c'est ce qui nous bloque le plus sur les ictères précoces (...), on aimerait pouvoir avec le labo avoir des petits tubes pour piquer nos bébés quand on a un doute plutôt que de les renvoyer juste pour un flash*»

SF2 «*J'ai un psychologue avec qui j'échange beaucoup sur certaines de mes patientes. J'ai des orthophonistes pour plus tard (...) [pour travailler] sur des fentes palatines*»

SF7 «*Je fais souvent le lien avec le médecin traitant. Si besoin, il est accessible*»

SF11 «*Je ne suis pas une experte en psy ... alors souvent j'essaye de les orienter vers la PMI*»

5.3 Relation au sein du réseau

Nous soulevons un **avis mitigé** concernant les relations au sein du réseau.

Un **manque d'échange** entre les membres du réseau est notifié par sept sages-femmes interrogées sur onze (SF2, SF3, SF4, SF5, SF6, SF8, SF11). Plus précisément, il est souligné un **investissement variable** selon les secteurs (SF4). Pour une sage-femme, le travail en réseau doit être de plus en plus important car il y a une augmentation du nombre de patientes en difficulté (SF4). Mais pour une autre, il faut prêter attention à la multiplicité des intervenants (SF6) qui peut être néfaste pour la prise en charge globale souhaitée.

SF3 «*Il manque d'échange avec le réseau : il faudrait des réunions chaque année même avec des médecins pour les rencontrer* » «*Il y a un manque de communication avec la médecine de ville. Il manque vraiment du réseau entre professionnels et même dans les maisons médicales*»

Six sages-femmes, soit plus de la moitié des interrogées, n'ont pas de problèmes avec les **spécialistes libéraux** (SF1, SF5, SF6, SF7, SF8, SF11). Cependant, le

travail en réseau avec ceux-ci et plus particulièrement avec les pédiatres ou gynécologues n'est tout de même pas si simple (SF2, SF3, SF5, SF6, SF9, SF10). Ils ont peur que les SFL prennent leur place ou qu'elles prennent en charge seules les pathologies sans réorienter (SF5): «après on sent qu'il faut qu'on gagne leur confiance pour qu'ils soient à l'aise avec le fait de bosser avec nous» (SF2).

SF3 «Les médecins généralistes ont conscience que l'on est plus là en parallèle que pour doubler ou quoi que ce soit»

SF5 «Les médecins, [ils] nous acceptent comme sage-femme. On discute voilà chacun à sa place, chacun a son rôle à jouer. Et quand je l'appelle et que je lui envoie un mail pour lui dire j'ai telle patiente (...), j'ai telle problématique, j'ai besoin de votre avis, est-ce que vous voulez la voir toc il me répond "oui, non je n'ai pas besoin ou je vais la voir, cordialement, merci de votre confiance". Alors quand un médecin il te dit ça et qu'il t'appelle à 20h alors qu'il est débordé de patientes parce que tu lui a envoyé un petit mail, c'est trop bien car c'est tellement rare d'avoir des rapports aussi cordiaux que tu en profites»

SF3 «...Beaucoup dénigrées par les gynécologues et les médecins généralistes surtout les pédiatres. Ils nous voient un peu comme les gynécologues nous ont vu... [pour eux] tu restes une sous merde»

SF9 «On se heurte souvent à 'ah mais qu'est-ce qu'elle vous a donné la sage-femme ? Les coliques ça n'existe pas ! C'est un mythe ! ... ça ça marche pas pour les reflux»

Dans cinq entretiens, il est évoqué que le **réseau entre SFL** est agréable (SF2, SF5, SF9, SF6, SF10). Elles se rencontrent régulièrement autour d'un repas ou lors d'une réunion. Toutefois, il en ressort l'absence de groupe de parole créant un sentiment de solitude (SF8, SF11).

SF8 «Je pense c'est plus nous [SFL] qui nous nous mettons un frein car je suis sûre, je contacterai une de mes collègues sage-femme pour lui demander un avis elle me répondrait»

SF2 «Je vois que l'on se soutient vachement entre SFL ... on se donne un coup de fil»

SF11 «[Par rapport à l'absence de groupe de parole] ...et ça en fait quand je me suis installée ici, je voulais vraiment être avec d'autres sages-femmes pour parler des cas C'est chiant ça manque ouais»

La **coopération avec l'hôpital** est bonne d'après trois SFL (SF2, SF6, SF10). Néanmoins, les relations avec les structures hospitalières sont à revoir sur certains points. En effet, le contact avec l'hôpital est présent mais trop faible **par manque de temps** (SF3). La principale problématique concerne la communication entre le réseau de ville et le réseau hospitalier (, SF3, SF8, SF9, SF11) marquée principalement par une discordance de discours et l'absence de «suivi derrière [après une réorientation] ... j'aurai bien aimé un petit retour»(SF2). Une sage-femme a également la sensation qu'il y a un **manque de confiance de la part du personnel de suites de couches** quand c'est la patiente qui contacte elle-même

une SFL (**SF1**). De plus, une se dit embêtée et ne pas comprendre la disparition de l'hôpital pédiatrique de jour dans la maternité de sa localité (**SF8**).

SF2 « Sur le PRADO, ça va car Bourg c'est bien ficelé. On sait chez qui les envoyer (...). J' [appelle] dans la matinée et là elles nous guident souvent les filles [de l'hôpital pédiatrique de jour] »

SF1 «Elles disent à l'hôpital que je viendrai mais l'hôpital leur dit "vous êtes sûre qu'elle viendra ?"»

SF8«Il y avait l'hôpital de jour (...). Ils les [petits] reprenaient et réévaluaient et je crois qu'il y a plus et ça par contre ça m'embête un peu plus car du coup c'était confortable de se dire qu'il y a avait une session dans la journée où les enfants étaient vus ... je ne comprends pas»

SF10 «Contact plus difficile avec certains professionnels sur l'hôpital et notamment avec la direction générale car elle imposait des méthodes de travail aux sages-femmes libérales alors que nous ne faisons plus parties de l'hôpital, et qu'elle n'avait pas d'ordre à donner»

Toutefois, de **multiples problématiques concernant le mode de travail des services de PMI** sont soulevées. Pour une sage-femme, **leur investissement** n'est pas assez important (**SF2**) et il arrive qu'elle passe à côté de facteurs de risques (**SF4**) ou au contraire qu'elle voit des femmes sans facteurs de risque (sentiment d'intrusivité) (**SF5**). Trois sages-femmes objectivent la difficulté voire **l'impossibilité à joindre** les auxiliaires de puériculture ou les sages-femmes de PMI (**SF3**, **SF5**) et déplorent leur absence au mois d'août (**SF4**). Les entretiens révèlent un souci de répartition du travail récurrent (**SF6**, **SF7**, **SF11**). Par exemple, il arrive souvent que la PMI passe le même jour que la SFL.

SF2 «S'il faut que tu y ailles à 20h chez la patiente tu y vas à 20h. La PMI, tu sens bien qu'à 17h30, elles finissent les trucs et il faut que ce soit fini»

SF6«S'il y a eu un problème avec des puéricultrices qui étaient un peu vexées parce qu'on passait le jour où elles étaient passées»

Enfin, un point est abordé sur **le travail des auxiliaires de puériculture** qui sont, selon une sage-femme «*incompétentes, désagréables, méchantes ce qui rend anxigènes les patients qui m'appellent en pleurs*». (**SF3**)

SF2 «C'est des infirmières puéricultrices donc elles n'ont pas toujours le même avis que toi sage-femme donc c'est un peu difficile»

SF4 «Et là où j'étais fâchée c'est que la puer, elle avait quand même vu le taudis dans lequel il était»

SF7 «C'est pas simple, la PMI sage-femme oui, les puer pas simple»

6. LA FORMATION

6.1 Manière de se former

Deux modes de formation arrivent en tête :

- la **formation personnelle autonome** par le biais de la documentation (**SF1**), du réseau Aurore (**SF2**, **SF8**), des forums (**SF3**) et des réseaux sociaux (**SF7**).
- les **réunions** organisées par différents acteurs comme les associations – de SFL (**SF2**, **SF7**, **SF8**, **SF10**), Galactée (**SF2**) -, le Conseil des sages-femmes, l'hôpital (conférences informatives par les pédiatres et les conseillères en lactation notamment) (**SF10**) ou encore les groupes de parole sur la pratique professionnelle (**SF2**).

SF1 «Surtout en matière de pédiatrie, j'achetais les annales de pédiatrie, j'avais peur de louper des trucs surtout les maladies rares, les trucs que je ne connais pas»

SF2 «Mon expérience personnelle sur l'allaitement a tout changé. Ça a changé ma vision ... et j'accompagne pas du tout mes patientes comme avant»

SF4 «...parce que j'ai fait de l'hospitalier, que les cicatrices de césarienne j'en ai vu à gogo. J'ai fait de la gynéco aussi à gogo donc je suis à l'aise avec ça»

SF5 «... donc j'ai eu un autre mentor du sujet (...) qui était ma bible de l'allaitement et qui m'a appris ce que c'était un allaitement (...) et à envisager la suite d'un allaitement»

SF7 «Facebook et son groupe privé "Echanges entre sages-femmes" [avec] plus de 2000 sages-femmes (...) et moi je trouve cela génial, on peut vraiment poser nos questions, des avis...»

6.2 Formations complémentaires effectuées

Cinq SFL n'ont pas ressenti le besoin de suivre **des formations complémentaires** à leur formation initiale (**SF1**, **SF2**, **SF8**, **SF9**, **SF11**). Par contre, deux SFL ont éprouvés la nécessité car elles apprécient de suivre des formations (**SF6**) ou, s'étant installées tardivement en libéral, elles souhaitent mettre à jour et compléter leurs connaissances (**SF4**).

Les formations complémentaires auxquelles ont participé les SFL interrogées **concernent principalement le nouveau-né** (**SF6**, **SF7**, **SF10**). Avec la mise en place des sorties précoces, la **formation «PRADO précoce»** organisée par les réseaux de périnatalité et les structures hospitalières constitue souvent la dernière formation suivie (**SF5**). Enfin, des SFL ont assisté à des **formations plus atypiques** comme celles sur l'hypnose (**SF6**) ou l'homéopathie (**SF2**).

Toutefois, il est à souligner que plusieurs professionnels **souhaiteraient compléter leur développement continu** sur l'allaitement (SF2), la tabacologie (SF2) ou l'examen clinique du nouveau-né (SF8).

SF5 «Le seul truc que j'ai fait une formation PRADO précoce qui était prise en charge par le DPC [Développement Professionnel Continu]. Moi je l'ai fait à la Croix Rousse.»

SF6 «J'avais refait les suites de couches ... et surtout l'examen du nouveau-né»

SF8 «Je ne dirais pas non sur un examen clinique du nouveau-né et j'aimerais avoir un cours sur le PRADO pour me dire que je ne passe [pas] à côté de quelque chose (...) ça me rassurait, (...) je pense que ça serait intéressant»

6.3 Problématiques soulevées vis-à-vis des formations

En écoutant, les acteurs principaux de ce programme, nous observons que les SFL ont relevé **des dysfonctionnements** du point de vue de la formation.

Principalement, **la formation initiale** est considérée comme **incomplète** notamment sur les sujets concernant le libéral, l'allaitement maternel ou la prise en charge du nouveau-né après la sortie de maternité (SF3, SF4, SF9, SF11). Le manque de stage en libéral, de cours sur le PRADO et les cotations sont aussi soulignés.

L'impossibilité de refaire des stages une fois diplômé (SF6) ou la **difficulté d'accès aux formations et études scientifiques** (SF3) limitent les professionnels dans leur souhait de se mettre à jour et de s'enrichir de nouvelles connaissances.

Les **formations proposées** par les structures hospitalières sont annoncées **trop tardivement** aux SFL (en moyenne quinze jours avant): «*Ils nous fixent la date quinze jours avant, nos rendez-vous sont déjà posés. Ils sont gentils quoi! Il faut nous prévenir à l'avance* » (SF8).

SF3 «Quand tu es à l'école, tu apprends à devenir sage-femme hospitalière, tu n'apprends pas à devenir sage-femme libérale»

SF3 «Difficultés quand tu sors du cursus scolaire, d'avoir accès aux études. Il faut s'abonner et cela coûte cher»

SF9 «... Car tous les cours que l'on a à l'école de Lyon sont sur des pathologies très précises (...) et puis les trucs un petit flou où on ne sait pas ce qu'il a et les choses un petit peu banal dans les premiers jours de vie on ne voit pas »

SF9 «Si j'avais dû me reposer entièrement sur ce que j'avais appris à l'école, dans ma formation, j'aurais été dans les choux»

Enfin, quatre sages-femmes interrogées nous font part de leur **réticence par rapport à l'installation en libéral de jeunes diplômées**. Elles estiment qu'il y a un possible manque de connaissances personnelles et de confiance entraînant souvent un besoin de réassurance auprès de collègues (**SF3**, **SF5**, **SF9**, **SF10**). Toutefois, deux sages-femmes ne semblent pas inquiètes (**SF11**) et ont confiance en leurs connaissances de base qui leur permettent d'assurer un suivi minimum sans risque (**SF7**).

SF5 «Je serais sorti du diplôme, tu m'aurais demandé de faire ça, c'est comme tout ... je pense que je n'aurais pas été assez à l'aise surtout qu'on connaît peu l'après : les pesées de bébés, les machins, mais combien il faut qu'il prenne de poids, ce genre de truc on en sait rien en fait donc c'est vrai finalement je me suis toujours senti tout de suite à l'aise parce que je l'ai fait avec Mme R. Je pense que j'aurais été tout seul ça aurait été chaud»

SF5 «Moi ça me chagrîne toujours un peu[les jeunes diplômés qui font de suite du libéral] car on est censé parler de truc que l'on connaît ou dont on a l'expérience (...) pour moi tu n'es pas assez apte».

SF10 «Moi je dirais, pas de se former mais de se faire aussi accompagner pour avoir des réponses et un accompagnement qui tient la route»

DISCUSSION

1. Limites, biais et forces

1.1 Points forts de l'étude

Tout d'abord, nous pouvons noter qu'il s'agit d'une étude qualitative réalisée grâce à l'analyse d'entretiens non restrictifs. Les SFL pouvaient s'exprimer librement en utilisant leurs propres mots. De plus, s'agissant de questions ouvertes, de nouvelles informations et perspectives non imaginées lors de la création de la grille d'entretien ont pu être apportées à cette étude. Cette enquête non exhaustive semble davantage adaptée pour appréhender le vécu des SFL dans l'exercice de l'accompagnement au retour à domicile à l'aube de la généralisation des sorties précoces.

D'autre part, cette étude traite d'un sujet d'actualité en cette période d'accélération du nombre de sorties précoces du fait de la crise sanitaire de la COVID19 et de l'importance du suivi à domicile en retour de maternité, un des pans des sages-femmes moins connus de la population mais cependant indispensable.

Cette étude a permis également de mettre en lumière certains dysfonctionnements du programme lors de son adaptation aux sorties précoces et la nécessité de repenser l'organisation du suivi global de l'anté au postnatal ainsi que la place de chacun des acteurs.

Ce sujet a été accueilli avec intérêt et curiosité par les SFL qui ont été nombreuses à vouloir s'exprimer et dont le profil varié (sexe, expériences antérieures, localité ...) a enrichi les données apportées.

Enfin, les SFL interrogées étaient volontaires car elles avaient répondu positivement à notre annonce.

Le contact a été facilité par le fait que la totalité des entretiens ont été réalisés en présentiel permettant ainsi un réel échange à type de discussion en toute confiance et sans jugement.

L'entretien en présentiel au cabinet des SFL ou chez elles à un horaire où elles étaient disponibles a permis d'avoir des entretiens de plus longues durées et davantage de richesse et de matière dans les données apportées par les SFL.

1.2 Limites et biais de l'étude

Nous avons émis, préalablement à cette étude, des hypothèses. Celles-ci peuvent présenter un biais de subjectivité et ainsi orienter nos questions.

Notre étude présente un biais de mémoire du fait de la densité de contenu à analyser et du délai entre la réalisation des entretiens (septembre à novembre 2018) et la période d'analyse des résultats (deuxième semestre de l'année 2020) s'étendant sur deux ans.

La superficie du secteur sur laquelle repose l'étude étant restreinte à deux départements, nous ne pouvons généraliser ces données à l'ensemble du territoire.

Nous pouvons noter un biais de sélection. Effectivement, toutes les sages-femmes du département du Rhône et de l'Ain n'ont pas reçu le courrier d'information pour participer à l'étude. Trois échantillons reposant sur trois types de secteurs ont été sélectionnés sur la possibilité d'apporter des problématiques diverses. Ainsi, dans le Rhône l'échantillon était composé de vingt-quatre SFL alors qu'à l'époque des entretiens ce département disposait de deux cent cinquante SFL et pour l'Ain il comportait sept SFL sur les soixante-dix exerçant en libéral à cette époque.

De plus, les sages-femmes ayant reçu la demande de participation avaient systématiquement leur cabinet à proximité de notre lieu de résidence ou de stage durant la période de réalisation des entretiens pour nous permettre d'aller plus facilement à leur rencontre.

D'autre part, nous avons eu trois perdus de vue au cours de cette étude. Il s'agit de SFL ayant accepté de participer à l'étude mais n'ayant plus donné de nouvelles au moment de convenir d'une date de rendez-vous. Nous pouvons supposer que cette impossibilité est due au manque de disponibilités des SFL à court terme du fait de leur pratique libérale, le temps entre le courrier d'information et la réalisation des entretiens s'étendant sur moins de trois mois.

Enfin, il existe aussi un biais de confusion. En effet, souvent les SFL évoquaient les problématiques rencontrées lors des visites à domicile en général et donc concernaient à la fois le retour à la maison mais aussi les suivis anténatals par monitorings à domicile par exemple.

2. Analyses et propositions

A l'issue de l'analyse croisée des entretiens, nous avons pu faire émerger **différentes hypothèses**. Celles-ci permettent d'évaluer le PRADO et le retour précoce à domicile après accouchement en recueillant le vécu des SFL le pratiquant.

L'avis général ressortant est plutôt satisfaisant, mais des dysfonctionnements soulevés par les professionnels peuvent amener à discuter des axes d'amélioration afin d'optimiser la prise en charge des femmes sortant de la maternité.

2.1 Vers un suivi plus global et sécurisé

- Les SFL ont besoin de recul dans le temps pour établir un avis sur les conséquences des sorties précoces dans la gestion de certaines pathologies (psychiatriques, obstétricales ...).

En effet, elles peuvent être amenées à effectuer le retour à domicile d'une patiente qu'elles n'ont jamais rencontrée, celle-ci n'ayant pas pris contact avec une SFL pendant sa grossesse. Or, « *le post-partum est une période capitale dans la vie psychique d'une femme* » qui fait de lui une période plus à risque comme le souligne quelques données du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (CNEMM) : « *le suicide, avec l'hémorragie de la délivrance, est la première cause de mortalité des femmes dans l'année qui suit l'accouchement et 15 à 20% des femmes souffrent de troubles anxio-dépressifs en post partum* ». (17)

Ainsi, pour diminuer le risque de passer à côté de pathologies et notamment de ne pas détecter un trouble psychologique, qui demande une connaissance préalable de la patiente pour remarquer un changement de comportement, il serait obligatoire que toutes les SFL aient rencontré au moins une fois avant le retour à la maison la future mère, et au mieux le couple. Cette rencontre permettrait d'instaurer déjà un climat de confiance mais surtout d'identifier les situations de vulnérabilités médicales, sociales et psychologiques.

Le Plan de Périnatalité de 2005-2007 (18) s'étant penché sur le sujet, recommande que ces questions soient abordées à l'occasion des cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), qui, échelonnés sur plusieurs

semaines, permettent de voir l'évolution comportementale de la femme (19) mais aussi d'utiliser l'Entretien Périnatal Précoce (EPP) à ses fins.

- En outre, avec la généralisation des sorties précoces, les SFL accordent d'autant plus d'importance à l'obligation d'une rencontre anténatale, par le biais de l'EPP ou du bilan périnatal, pour uniformiser, optimiser et sécuriser le suivi en post-natal.

L'EPP est « un entretien, et non une consultation, (...) qui laisse place à un temps d'échange et d'écoute personnalisé entre le couple et le professionnel de santé (...) dont la finalité est de protéger l'enfant à naître en le préservant des difficultés somatiques, psychologiques et sociales d'un ou des parents »(20). Proposé de manière systématique aux femmes enceintes, il s'avère que selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, seules 28,5% des femmes enceintes déclaraient en avoir bénéficié.(3) Le gouvernement a donc décidé en 2020 de l'inscrire dans le parcours de soins de la grossesse en remplaçant dans le livre Ier de la 2^{ème} partie du code de la Santé Publique au 4^{ème} de l'article L.2112-2, les mots « d'un entretien périnatal précoce proposé systématiquement » par « l'entretien périnatal précoce obligatoire » à compter du 1^{er} mai 2020.(21) (22)

Cependant, pouvant être réalisé par n'importe quel professionnel de santé formé, il n'oblige pas la patiente à l'effectuer avec la personne chargée du suivi de grossesse ou du retour à la maison ce qui lui fait perdre son intérêt vis-à-vis du suivi global et de la connaissance du couple pour la détection des facteurs de vulnérabilité.

Toutefois, la création à la NGAP du bilan périnatal suite à la signature d'un nouvel avenant 4 à la Convention Nationale des Sages-Femmes vient répondre à cette problématique. En effet, incluant le contact anténatal en vue de préparer la sortie de maternité, il est réalisé par la SFL qui s'engage à prendre en charge les visites de sortie de maternité permettant enfin un suivi global.(23)

Le projet ville hôpital-maternité porté par l'URPS Sages-femmes ARA et différentes associations de SFL de la Région va encore plus loin en apportant la notion de sage-femme référente.

La notion de sage-femme référente est en cours de négociation conventionnelle par nos instances représentatives, les deux syndicats professionnels à savoir l'UNSSF et l'ONSF. La sage-femme référente serait déclarée par la patiente à la CPAM dès la déclaration de grossesse quel que soit le praticien qui la suit. Identifiée lors de la visite de coordination à la maternité du premier trimestre pour le suivi à l'hôpital ou lors de la première consultation du septième mois par la sage-femme hospitalière dans le cadre d'un suivi en libéral, elle sera inscrite sur le dossier médical informatisé avec pour objectif l'anticipation de la sortie de maternité. A terme, il serait intéressant que la sage-femme référente ait accès au dossier médical de la patiente qui existerait sous la forme d'un dossier maternité informatisé partagé au même titre que le Dossier Médical Partagé (DMP), carnet de santé informatisé et sécurisé accessible sur une plateforme par les professionnels de santé et éventuellement à la patiente afin qu'elle puisse déposer des éléments la concernant qu'elle estime importants et utiles pour les professionnels de la périnatalité. (24)

Actuellement en ARA, les SFL travaillent avec l'outil numérique SARA pour les échanges sécurisés de documents médicaux mais les hôpitaux ont encore du mal à partager et à former leurs équipes à l'utiliser pour la transmission des comptes rendus médicaux.

- Les établissements de santé sont amenés à revoir leurs critères autorisant une sortie précoce afin d'assurer la sécurité de la patiente.

Lors de la généralisation du programme aux sorties précoces, les critères autorisant la sortie ont été revus et complétés par l'HAS afin de définir « la mère et l'enfant à bas risque » pour une sortie dans les 72 premières heures après un AVB et dans les 96 premières heures après une césarienne.

Ainsi, se sont vus rajouter, pour la mère, les critères suivants :

- « absence d'hémorragie de la délivrance sévère »
- « accord de la mère et/ou du couple »

Et les critères suivants pour l'enfant :

- « un terme augmenté à 38 SA »,

- « la spontanéité d'émission des selles »
- « Apgar supérieur ou égal à 7 à 5 minutes de vie ».

A cela s'ajoute l'assurance d'un suivi organisé comme le souligne les trois nouveaux critères : « vitamine K1 donnée », « dépistages néonataux prévus et traçabilité assurée » et « suivi post-partum après la sortie organisée avec une première visite dans les 24 heures suivant la sortie ». (ANNEXE V).

Nous pouvons constater que les critères ajoutés sont essentiellement des critères médicaux et que les critères psychosociaux déjà peu présents (deux sur dix) n'ont pas été revus. Or les sages-femmes interrogées nous ont fait part de leur inquiétude face à ces sorties précoces qui n'approfondissent pas assez le contexte familial et social dans lequel la mère et son enfant sont amenés à rentrer.

Par exemple, le père n'est pas forcément présent auprès de la dyade, mère-nouveau-né, dans les premiers jours qui suivent la sortie car ayant déjà pris tous ses jours de paternité ou exerçant une profession à son compte, il doit retourner au travail. Nonobstant, comme nous l'avons vu précédemment, le post-partum immédiat est une période à risque et les pathologies psychiatriques apparaissent tardivement par rapport au séjour à la maternité. En effet, le blues du post-partum s'exprime entre le troisième jour et le dixième jour après la naissance. La maman, sortie de façon précoce est donc déjà rentrée à domicile. De même, la dépression du post-partum survient en moyenne à six semaines et les cas de psychose puerpérale ont un pic de survenue un mois après la naissance. A noter, qu'un des principaux facteurs de risques est l'absence de soutien social et qu'une connaissance des comportements de la mère est nécessaire pour voir l'évolution de son état psychique. (25)

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) remis le 11 septembre 2018 au premier ministre Edouard Philippe visant à élargir la durée du congé paternité à quatre semaines contre onze jours aujourd'hui prend en compte l'enjeu de protection sanitaire de la mère et de l'enfant. (26)

Confirmé fin septembre 2020 par Emmanuel Macron, cette décision fait écho au rapport sur les « 1000 premiers jours de l'enfant » de la commission présidée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik qui rappelle une nouvelle fois « l'importance de la

présence du père ou second conjoint pour soutenir la mère notamment dans la période périnatale, diminuant ainsi le risque d'épuisement psychique et de dépression chez celle-ci. » (27) (28)

2.2 Les cotations

- Les subtilités administratives alourdissent le travail des SFL et compliquent la facturation.

Et ceci malgré l'existence d'une Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) qui établit la liste et la cotation des actes cliniques obstétricaux pris en charge par l'Assurance Maladie. L'idée de créer un forfait maternité englobant l'ensemble des « consultations maternités » de la période anténatale à la période post-natale pour chaque femme à partir de la déclaration de grossesse simplifierait le travail des SFL. Une fois la déclaration de grossesse prise en compte par la sécurité sociale, le forfait composé de toutes les consultations possibles lors d'une grossesse pourrait apparaître sur la carte vitale de la patiente, la sage-femme n'ayant qu'à cocher l'acte une fois réalisé. Ce système permettrait de supprimer les délais à respecter, comme le forfait journalier de surveillance à domicile pouvant actuellement être coté uniquement entre J1 et J12, J0 correspondant au jour d'accouchement. (ANNEXE VI) (29)

- En effet, du fait d'un manque de souplesse sur la date initiale de cotation J0 correspondant au jour de l'accouchement et au début de la prise en charge PRADO, la réglementation des cotations est préjudiciable pour les SFL notamment pour les sorties tardives du fait d'un ictère ou d'une mauvaise prise pondérale par exemple.

Au cours de nos différents entretiens, plusieurs sages-femmes nous ont fait part de la contrainte à coter les actes en fonction de J0 qui correspond obligatoirement au jour de l'accouchement. En effet, elles disposent de douze jours à compter de la date de naissance pour effectuer deux visites correspondant au forfait journalier SF16.5 d'une valeur de 46€20 hors indemnités kilométriques. (ANNEXE VII et VIII).

Or, il arrive parfois que la mère et l'enfant soit amenés à rester davantage de temps à la maternité. Par exemple, pour cause d'ictère, un nouveau-né doit rester 48 heures supplémentaires sous surveillance après la fin de sa photothérapie. En cas de perte de poids importante, la reprise de poids et l'assurance d'une alimentation fonctionnelle et efficace, surtout en cas d'allaitement maternel, peut nécessiter plusieurs jours. Dans ces cas, la sortie peut s'effectuer entre J6 et J8, la SFL ne disposant au minimum que de quatre jours pour utiliser les deux forfaits de surveillance SF16.5 ce qui majoritairement n'est pas le cas, la deuxième visite ayant lieu très souvent après J12. Toutefois, même si elle est plus tardive par rapport à l'âge de naissance, elle peut nécessiter autant de temps voir davantage. Mais, les douze premiers jours étant passés, elle ne peut utiliser la cotation SF16.5 d'une valeur de 46€20 et devra facturer l'acte comme une simple Visite (V) ayant une valeur de 25€ soit une perte de prêt de 50%.

Egalement, l'absence de réévaluation des cotations en fonction de ces problématiques temporelles peut entraîner à terme une moins bonne prise en charge du couple mère-enfant en post-partum ou même le refus des SFL d'accepter le suivi post-natal de ces patientes alors qu'elles en ont davantage besoin.

Ainsi, il serait souhaitable de revoir la date référente de cotation à partir de la date de départ de maternité et non du jour de naissance afin de donner à tous le même temps pour l'utilisation des deux forfaits de surveillance SF16.5.

D'autre part, depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, le champ de compétences des sages-femmes s'est considérablement élargi autour de la périnatalité notamment sur les compétences liées au suivi post-natal comme le stipule l'article L4151-1 du Code de la santé publique. (30)

L'élargissement du champ de compétences des sages-femmes s'est en partie traduit par une modification de la NGAP. Ainsi, depuis 2012, certains actes ont évolué vers une convergence avec ceux des médecins aboutissant en mars 2016, à l'ouverture d'une Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) aux sages-femmes pour les actes techniques, les actes cliniques restants en NGAP.(29)

Toutefois, malgré l'augmentation du coût de la vie et la nécessité d'une prise en charge toujours plus précoce pour diminuer les coûts des séjours en maternité, le

forfait journalier de surveillance n'a pas connu de revalorisation depuis juillet 2014. Seule modification effective, à l'avenant 4 de la Convention Nationale des Sages-Femmes Titre II article 7.3 sur les valorisations tarifaires, une majoration forfaitaire conventionnelle « Dispositif Sortie Précoce » (DSP) de 25€ dans le cadre d'une sortie précoce et le prolongement à J12 du forfait journalier de surveillance à domicile pour la mère et l'(les) enfant(s). Or, les SFL ont toujours plus de responsabilités lors de ces visites qui présentent de nombreux facteurs de risque et ceux d'autant plus depuis la crise du COVID-19 qui demandent davantage de précautions. Il semble donc nécessaire de repenser cette valorisation des actes. (31)
(15)

2.3 Organisation

- ***Les problématiques rencontrées sont différentes selon si la sage-femme exerce en secteur urbain ou rural.***
- ***Le planning des SFL est maintenant surtout dépendant des visites PRADO les obligeant à être encore plus adaptables et disponibles ce qui est susceptible de remettre en question leur volonté de les pratiquer.***
- ***Les SFL sont inquiètes de l'optimalité de la prise en charge à domicile face à l'augmentation des demandes de visite à domicile et notamment des sorties précoces avec l'organisation actuelle.***
- ***La mise en place des sorties précoces a mis en avant de nouveaux besoins pour assurer un suivi de qualité que ce soit en matière de matériel ou d'organisation en cas de nécessité de réorientation.***

2.4 Le réseau: le lien ville hôpital-maternité

- ***Les défauts d'information et de communication lors de la généralisation du programme aux sorties précoces ont davantage mis en lumière les défauts de coordination ville-hôpital et de positionnement de la SFL mais aussi des différents acteurs (PMI, spécialistes, médecins) dans le parcours de soin.***

La période COVID, entraînant le retrait des agents de la sécurité sociale dans les maternités dont a profité la CPAM pour mettre fin au système PRADO en mai 2020, a accentué cette problématique poussant les SFL à se fédérer pour parer aux problèmes de retour à domicile (matériel, groupes d'échange, soutien psychologique ...) et aux failles d'un réseau trop individualisé manquant de travail d'ensemble. Cette constatation les a poussées à se regrouper afin de repenser la sortie de maternité.

Ainsi dans le Rhône, vingt-cinq SFL ont profité de l'impulsion d'un besoin de structuration du retour à domicile pour élaborer, avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Sages-Femmes Rhône Alpes, un projet de coordination ville hôpital-maternité. (32) Cette union est une organisation locale qui a pour mission principale la mise en place des politiques de santé et des nouveaux modes d'organisation en santé en coordination avec l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Porté par Marie-Pierre Royer, sage-femme libérale présidente de l'URPS Sages-Femmes Auvergne Rhône-Alpes (ARA) et l'association des SFL du Rhône, le projet a pour but de trouver une solution professionnelle pour et par les acteurs du système avec une organisation qui :

- améliore et/ou met en place la communication interprofessionnelle
 - encadre la coordination
 - contractualise les liens avec les différents acteurs (33) avec une charte Ville-Hôpital
- ***Face à la nécessité de travailler davantage en réseau pour assurer le suivi des sorties précoces, le constat fait état***
- ***d'un manque de confiance et d'investissement de la part de professionnels hospitaliers envers les SFL souligné par la baisse des sorties précoces lors du premier confinement COVID et ceci malgré les recommandations,***

- ***d'une méconnaissance à la fois par les patients mais aussi par les professionnels hospitaliers des compétences et actes réalisables par les professionnels de ville,***
- ***et d'un défaut de communication notamment sur la transmission des informations médicales avec par exemple la problématique des comptes rendus incomplets ou absents.***

Composé de trois grands axes de travail que sont la communication, la coordination et la contractualisation, ce projet pourrait apporter des solutions aux problématiques relevées par notre étude.

La création d'une charte contractualisant le lien ville hôpital-maternité serait une solution pour redéfinir le fonctionnement des sorties de maternité orphelin de son programme créé par la sécurité sociale. Elle servirait aussi à rappeler le rôle et la responsabilité de chaque acteur. Accompagnée de la distribution d'un courrier d'information sur les actes et nomenclatures des sages-femmes, elle tendrait peut-être à diminuer les réticences de spécialistes envers les SFL. Cette charte permettrait aussi de définir dans les équipes hospitalières, des référents « sortie précoce » pour avis et réhospitalisation si nécessaire.

Parallèlement, la création d'affiches et de flyers pour les salles d'attente, à la fois des professionnels libéraux et hospitaliers, avec QR code pour un accès direct au site de l'Ordre, par exemple, informerait davantage les femmes sur l'étendue des compétences des SFL que ce soit pour le suivi lors de la grossesse mais aussi en dehors comme les consultations de gynécologie et de contraception.

Avec le retrait de la sécurité sociale du programme, les sages-femmes hospitalières de suites de couches se sont vues soumettre une charge de travail supplémentaire considérable qu'est l'assurance du suivi après sortie de maternité des femmes. En solution d'urgence, le temps du confinement, l'hôpital de Bourg a, par exemple, sollicité l'aide de sages-femmes enseignantes du Site de Formation Maïeutique qui passaient auprès de chaque accouchée et se chargeaient de contacter les SFL assurant le suivi post-natal pour leur transmettre les informations comme nous l'explique Paola Bonheure, sage-

femme enseignante à l'école de Bourg en Bresse au cours d'un échange en septembre 2020.

Cependant cette solution transitoire a montré l'importance d'avoir une personne dédiée à cette activité. Ainsi, la création d'outils de communication dans l'axe de travail sur la coordination du projet ville-hôpital serait une solution.

Dans un premier temps, la création d'un numéro unique par établissement ou d'une adresse mail permettant de contacter une sage-femme « coordinatrice » par secteur géographique qui serait chargée de récupérer les informations médicales sur les accouchées et de les transmettre à une SFL assurant ensuite le relais en ville, déchargerait les sages-femmes hospitalières de cette tâche.

A terme ce poste à part entière, déjà créé par exemple à l'hôpital Femme Mère Enfant à Bron, pourrait se voir compléter d'une application mobile « SF ligne ». Inspirée de celle mis en place par l'URPS Infirmiers, elle mettrait en lien rapidement un patient avec une SFL. Proposée par l'URPS SF, elle est en cours d'étude et de négociations car non souhaitée par les SFL puisqu'actuellement payante. En effet, mise en place par une entreprise privée, « Médicalib », les SFL doivent payer pour y figurer. Or, ces dernières estiment que ce n'est pas à elles de payer pour offrir leurs services aux patientes. Pourtant, celle-ci faciliterait le travail des sages-femmes hospitalières qui posteraient une demande de SFL par le biais de la messagerie SISRA, ces dernières répondant positivement ou négativement selon leur disponibilité et le secteur d'habitation de la patiente. En l'absence de réponse au bout d'un certain temps, un relais téléphonique serait pris par la coordinatrice.

- La composition du réseau est semblable à la personnalité de la SFL et de son expérience antérieure.

- Tout comme les structures hospitalières, les SFL font partie intégrante des réseaux de périnatalité (Aurore, Elena ...) avec qui elles développent de nombreuses études. Toutefois, les SFL doivent en plus se créer leur réseau local de professionnels de santé et s'assurer de sa solidité pour une optimalité de la prise en charge globale.

2.5 La formation

- Les besoins en formation complémentaire correspondent aux défaillances de la formation initiale. Celle-ci doit être davantage orientée sur la pratique libérale, le post-partum et le premier mois du nouveau-né et ce de manière encore plus importante avec la généralisation du programme aux sorties précoces.

La formation initiale en sciences maïeutiques a connu une évolution en mars 2013 par la modification de l'arrêté du 11 décembre 2001 ayant désormais comme objectif principal, « un apprentissage autonome favorisé par une approche centrée sur les besoins des étudiants » permis par un dialogue entre l'équipe pédagogique et les étudiants. (34)

Cette évolution s'est également vue marquée par une ouverture des études sur la pratique libérale jusque-là essentiellement centrée sur la pratique hospitalière. En effet, à ce jour, nous notons un attrait toujours plus important pour l'exercice libéral souligné par le constat du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) « d'un triplement du nombre de sages-femmes exerçant en libéral après 6 mois de diplôme » passant de 3.6% en 2009 à 14% en 2012.(35)

Ainsi, dans le deuxième cycle de formation correspondant au grade Master et permettant l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, cinq semaines de stages doivent être effectuées obligatoirement en libéral sur les cinquante-six semaines d'enseignements cliniques du deuxième cycle.(36) Ces stages en libéral ne représentent environ que 9% de la formation pratique ce qui fait du libéral le domaine de stage le plus minoritaire avant même les stages en néonatalogie/réanimation néonatale qui correspondent 10.7% de l'enseignement clinique.

Toutefois, les futurs diplômés de certaines écoles ont aussi la possibilité d'orienter leur fin de formation pratique, le dernier semestre du diplôme de sciences maïeutiques, selon le mode d'exercice qu'ils souhaitent pratiquer une fois diplômés. Ce parcours personnalisé appelé « stage professionnalisant » qui peut être intégré par le fait de se réaliser dans une même structure en vue d'une embauche, leur

donne la possibilité d'augmenter leur temps de formation pratique en milieu libéral.(37)

D'autre part, certaines sages-femmes interrogées nous ont fait part d'un manque de connaissance et d'assurance sur certains thèmes que sont l'allaitement maternel, la cotation et plus largement l'administratif en libéral, le suivi du nouveau-né après la sortie de maternité et la psycho-périnatalité.

Or, l'organisation des enseignements théoriques sont laissés libre à chaque école à partir des compétences énoncées dans le Référentiel des compétences des Sages-Femmes. Ce référentiel crée en octobre 2007 à l'initiative du Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) avec la participation du CNOSF, constitue une aide pour orienter les cursus de formation initiale et contribue à poser les bases de l'enseignement initial. (38)

Ainsi, même si l'exercice libéral (cotation, administratif, fonctionnement), la prise en charge du nouveau-né après le séjour en maternité tout comme l'allaitement ne constituent pas des modules à part entière dans le programme et qu'aucune indication sur le nombre d'heure recommandé pour l'enseignement théorique n'est définie dans le Programme des études de sages-femmes, nous retrouvons différents points dans les modules d'obstétrique/maïeutique, puériculture/néonatalogie/pédiatrie et santé publique et ce en première et deuxième phase de formation. La pratique de l'examen clinique de la mère et du nouveau-né constitue une compétence à part entière dans le Référentiel Sage-Femme mise en pratique lors des stages de suites de couches et de néonatalogie. De plus, pour le site de formation maïeutique de Bourg, sur le deuxième cycle amenant au diplôme d'état de sage-femme (DFASMa4 et DFASMa5), dix heures de cours sont consacrées à la pratique libérale sur 607,5 heures au total ce qui représente 1.6% de la formation théorique pour le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutique (DFASMa). (39)(41) Ces dix heures englobent les modalités d'installation, l'administratif mais aussi une information sur les spécificités de la pratique libérale (PRADO, suivi allaitement et de poids ...) ce qui semble peu conséquent face à la vastité du domaine.

De ce fait, il serait intéressant de renforcer encore davantage l'enseignement de l'exercice libéral en agrémentant la formation théorique par l'intervention de professionnels libéraux qui pourraient aborder des thèmes à l'origine de nombreux questionnements par les parents au retour de maternité comme les types de lait artificiel, les pleurs du nourrisson, l'immaturation digestive, les troubles en découlant ou encore le sommeil... De plus, le fait que très peu de SFL sont intégrées dans l'équipe des formateurs constitue une vraie faille de la formation universitaire. L'association des étudiantes sages-femmes aurait matière à faire évoluer les choses sur ce point-là en demandant, par exemple, un quota de professionnels libéraux dans l'équipe encadrante.

La formation pratique pourrait elle aussi se voir compléter par des stages plus atypiques. Pour l'allaitement maternel, par exemple, l'accompagnement des mères allaitantes fait déjà partie des objectifs de stage en suites de couches et lors du stage de consultation à Bourg en Bresse pour les étudiants le réalisant en son sein. Ils avaient la possibilité avant la période COVID-19 d'assister et de participer aux tables rondes d'allaitement. Cependant, une journée ou plus de stage obligatoire pour tous les étudiants avec une sage-femme, une puéricultrice ou une auxiliaire de puériculture consultante en lactation renforcerait leurs connaissances et faciliterait l'accompagnement des mamans souhaitant allaiter. La même chose pourrait être envisagée avec un pédiatre pour renforcer les compétences sur la prise en charge du nouveau-né après la sortie de maternité. Toutefois, cela demanderait une grande disponibilité et capacité d'accueil par ses professionnels. La participation à des formations en ligne à type de Massive Open Online Course (MOOC), cours d'enseignement diffusé sur internet, dès le début des études de sages-femmes pourrait être une alternative.

CONCLUSION

Le Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile constitue une activité à part entière de la profession des sages-femmes exerçant en libéral. Il répond au besoin croissant d'un accompagnement relais nécessaire en extrahospitalier face à une réduction toujours plus importante des temps de séjours en maternité pour motif économique principalement.

Notre étude avait pour objectif principal d'identifier, à travers le vécu des SFL, les avantages et les difficultés qu'elles pouvaient rencontrer dans le cadre des visites PRADO au moment de la généralisation du programme aux retours précoces.

Malgré un retour positif et satisfait des professionnels, nous avons pu constater que plusieurs points méritaient encore une amélioration notamment ceux concernant l'organisation, le réseau et la formation et ce d'autant plus avec la généralisation aux sorties précoces. L'épidémie de COVID19, qui a suivi, a accentué ces besoins de développement et structuration du lien ville-hôpital sur laquelle il semble essentiel d'ancrer la réflexion actuelle.

Un travail est donc à poursuivre sur la prise en charge globale des femmes enceintes de l'anté au post-partum dans un souci de sécurisation du suivi notamment d'un point de vue psychique. D'un point de vue organisationnel, une mise à jour des cotations s'avèrent nécessaire face à l'évolution des compétences des SFL et de leurs responsabilités. Pour faciliter l'organisation, il paraît impératif de revoir la coordination entre les différents acteurs de la périnatalité et donc la notion de travail en réseau. Enfin, ouvrir davantage la formation initiale sur la pratique libérale face à une réduction toujours plus importante du temps de séjour à l'hôpital et du besoin de prise en charge à domicile semble plus que nécessaire.

De plus, la loi de santé du 6 janvier 2016 (40) accentue le phénomène de la prise en charge par la médecine de ville en préconisant la création de nouveaux modes de prise en charge accès sur les parcours de soins. Les Communautés professionnels de Territoire de Santé (CPTS), collectifs d'acteurs de santé créés à leur initiative afin de renforcer leur coordination et améliorer la prise en charge de la population de leur

territoire, vont bientôt mailler tout le territoire et les SFL auront toutes leur place dans les parcours de soins des femmes et de leurs nouveau-nés.

Ainsi, à travers cette nécessité d'organisation des suites de couches en amont, c'est en fait tout le parcours de périnatalité qui doit être coordonné, coordination devenue essentielle pour les besoins de prévention mis en avant par le rapport des milles premiers jours de l'enfant. C'est autour de la nouvelle génération de sages-femmes de se saisir des défis initiés actuellement que soit en terme de statut professionnel, de maillage du territoire ou de parcours de soin afin que la situation évolue dans l'intérêt principal des femmes et leur bébé tout comme pour les intervenants. L'enquête nationale périnatale de 2021 devant se dérouler au mois de mars en France métropolitaine viendra évaluer le retentissement des prémises de ces projets de structuration.(41)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ONSSF » Le PRADO maternité [Internet]. [cité 24 nov 2018]. Disponible sur: <https://onssf.org/exercice-liberal/le-prado-maternite/>
2. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. [cité 24 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
3. INSERM, DRESS. Enquête nationale périnatale (Rapport 2016) : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. 2017 oct p. 178.
4. Convention [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/textes-reference/convention/convention>
5. Avenant à la convention nationale des sages-femmes.
6. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés ».
7. Accouchement et retour à domicile [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/accouchement-retour-domicile>
8. Géraldine Magnan. Le PRADO, c'est fini ? févr 2021;(268):33-6.
9. Prado L. COMMUNIQUÉ DE PRESSE. :2.
10. Elisa DERRIEN Marie-Madeleine SABOURET. Le PRADO, un dispositif qui fait débat. févr 2013;(100):10-1.
11. SFMP, CNGOF, SFP, SFN. Le programme PRADO inquiète les professionnels de la naissance communiqué de presse du 07 novembre 2012. déc 2012;(421):40-1.
12. Marie Josée KELLER, Claire AKOUKA. PRADO maternité : quel bilan et quelles perspectives ? Inf Générales. sept 2015;(43):15-6.
13. UNSFF. « Enquête de satisfaction PRADO » enquête menée par l'UNSSF du 31 août au 12 septembre 2012 auprès des adhérentes. janv 2013;(422):36-9.

14. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. « Présentation de l'expérimentation PRADO maternité-sorties précoces » Réunion au CHU Carémeau avec les SFL. 2015.
15. Avis relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes, signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée.
16. ONSSF » Parution au JO de l'avenant 4 à la convention nationale des Sages-femmes [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.onssf.org/actualites-professionnelles/parution-au-jo-de-lavenant-4-a-la-convention-nationale-des-sages-femmes/>
17. CNEMM, Epopé Inserm U953. Les morts maternelles en France. Mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du Comité National d'experts sur la mortalité maternelle 2007-2009 [Internet]. 2013 oct. Disponible sur: www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2015/01/Les_morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMMM.pdf
18. PLAN PERINATALITE. :44.
19. Christine RAINELLI. La sage-femme libérale face à une patiente en difficulté psychologique. déc 2017;(129):12-5.
20. Entretien prénatal précoce obligatoire pour tous les couples et femmes enceintes | Gynéco Online [Internet]. [cité 6 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.gyneco-online.com/sage-femme/entretien-prenatal-precoce-obligatoire-pour-tous-les-couples-et-femmes-enceintes>
21. DemarchesAdministratives.fr. L'entretien prénatal précoce : une obligation [Internet]. <https://demarchesadministratives.fr/demarches/lentretien-prenatal-precoce-obligatoire>. DemarchesAdministratives.fr; 2020 [cité 6 févr 2021]. Disponible sur: <https://demarchesadministratives.fr/demarches/lentretien-prenatal-precoce-obligatoire>
22. Article 62 - LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 (1) - Légifrance [Internet]. [cité 6 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000039675412

23. ONSSF » BILAN PRENATAL_MAJ-08/04/2020 [Internet]. [cité 6 févr 2021]. Disponible sur: https://www.onssf.org/espace-adherent/espace-adherent/bilan-prenatal_maj-08-04-2020/
24. En quoi consiste le dossier médical partagé (DMP)? | service-public.fr [Internet]. [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872>
25. Caroline DEMILY. Psychiatrie et grossesse. Powerpoint présenté à: SSH Psychologie; 2018 nov 27; Site de formation maïeutique Bourg en Bresse.
26. Le congé paternité élargi à quatre semaines ? « Ce rapport n'engage en rien le gouvernement » [Internet]. [cité 6 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.marianne.net/societe/le-conge-paternite-elargi-quatre-semaines-ce-rapport-n-engage-en-rien-le-gouvernement>
27. La durée du congé paternité va être doublée en 2021 [Internet]. [cité 6 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/societe/2867755-20200922-famille-duree-conge-paternite-va-etre-doublee-2021>
28. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1000 premiers jours : là où tout commence [Internet]. 2020 sept [cité 1 févr 2021] p. 130. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
29. ONSSF » Cotations en NGAP [Internet]. [cité 24 nov 2018]. Disponible sur: <https://onssf.org/etre-sage-femme/cotation-des-actes-sages-femmes-ngap/>
30. Article L4151-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930152/
31. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. les sages-femmes : une profession en mutation [Internet]. DICOM; 2016. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf
32. Missions [Internet]. URPS Sages Femmes. [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <https://urps-sf-ara.org/l-urps-sf-ara/missions/>

33. P CURTET, MP ROYER. Coordination ville hôpital-maternité région ARA [Internet]. Commission Cadres Réseau Aurore; 2020 oct 1; Lyon. Disponible sur: <file:///F:/M%C3%A9moire/Projet%20MP%20Royer/pr%C3%A9sentation%20r%C3%A9seau%20AURORE%20Coordination%20Ville%20H%C3%B4pital%2013%20mai%2020%20derni%C3%A8re%20version.pdf>
34. Bulletin Officiel n°2002-2 [Internet]. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.htm>
35. Laurent J. Les jeunes diplômées sages-femmes et l'exercice libéral. :91.
36. Programme détaillé Ma4 Ma5 2018-2020.pdf - MAIEUTIQUE Bourg - Programme détaillé Ma4 Ma5 2018-2020.pdf [Internet]. [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <https://clarolineconnect.univ-lyon1.fr/resource/open/file/2872845>
37. Munch L-M. Futurs diplômés sages-femmes et projets de carrière: étude multicentrique prospective au sein d'école de sage-femme françaises. :53.
38. CASSF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
39. Diplôme d'État de sage-femme [Internet]. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. [cité 7 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html>
40. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016 janv [cité 4 mars 2021] p. 22. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
41. Enquête nationale périnatale 2021 [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: [/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021](http://etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021)

ANNEXES

ANNEXE I : Recommandations sur la sortie de maternité après accouchement



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

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

Mars 2014

Ces recommandations s'adressent aux **couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social**.

DURÉE DE SEJOUR STANDARD ET SORTIE PRÉCOCE

- La **durée de séjour standard** a été définie comme une durée d'hospitalisation :
 - **de 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse**
 - **de 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne.**
- Une **sortie précoce** est définie comme toute sortie de maternité :
 - **au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse¹ ;**
 - **au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.**
 -

Les critères de sortie de maternité et les modalités d'accompagnement après la sortie de maternité reposent sur plusieurs éléments :

- intérêt de la mère et de l'enfant (souhait de la mère ou du couple, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables et selon indication médicale) ;
- délai d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine pour s'assurer de l'absence de risque (ou d'un risque limité) de complications pour l'enfant ;
- maintien d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistage néonataux qui ont fait la preuve de leur efficacité ;
- utilisation des ressources de santé disponibles au niveau local, en privilégiant l'organisation en réseaux.

POINTS CLÉS GÉNÉRAUX

- Définir l'offre de soins locale
- Anticiper en période anténatale l'organisation de la sortie de maternité notamment par une information au cours du 3^e trimestre de grossesse (cf. document d'information)
- Assurer une continuité des soins (cf. fiche de liaison, 1^{er} rendez-vous après la sortie planifié, contacts téléphoniques identifiés...)
- Identifier un professionnel référent de maternité (pour répondre aux éventuelles demandes d'informations) et un professionnel référent du suivi (responsable du suivi et de l'accompagnement postnatal de la mère et/ou de l'enfant dans les jours suivant le retour à domicile, il coordonne les différents professionnels impliqués)
- Travailler en réseau

¹ Cette définition vient abroger la définition des sorties précoces formulée dans les recommandations de l'Anaes en 2004.

CRITÈRES POUR DEFINIR LE BAS RISQUE CHEZ LA MERE

Critères pour un retour à domicile après une durée de séjour standard

- 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

Critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Absence d'hémorragie sévère du post-partum immédiat ***
- **Accord de la mère ou du couple**

* instabilité psychique, antécédents de dépression du *post-partum*, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.

** mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

*** pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

CRITÈRES POUR DEFINIR LE BAS RISQUE CHEZ L'ENFANT

Critères pour une sortie après une durée de séjour standard

- Nouveau-né à terme **≥ 37 SA** singleton et eutrophe
- Examen clinique normal^o 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 avec le professionnel référent du suivi **dans les 48 heures suivant la sortie**, sinon dans la semaine (cf. schéma de l'organisation du parcours de soins)

Critères supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Nouveau-né à terme **≥ 38 SA**, singleton et eutrophe
- Apgar **≥ 7** à 5 minutes
- Examen clinique normal^o **le jour de sortie**
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions **spontanées** des selles, transit établi
- Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (uniquement groupe à bas risque* d'ictère sévère)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
- Vitamine K1 donnée
- Dépistages néonataux prévus
- Suivi *post-partum* après la sortie organisé : 1^{re} visite prévue **dans les 24 heures après la sortie de maternité**

^o dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/min, fréquence cardiaque > 90 et < 170/min au repos

* définis selon les courbes de référence utilisées

SUIVI DE LA MÈRE

Paramètres de surveillance quelle que soit la durée de séjour

- Risque hémorragique.
- Risque infectieux : urinaire, endométrite, plaie périnéale, cicatrice de césarienne, mastite, veinite
- Surveillance des signes fonctionnels d'HTA/pré-éclampsie
- Risque thromboembolique
- Troubles urinaires/digestifs
- Cicatrisation (périnée, césarienne)
- Troubles psychiques : fatigue, anxiété, « baby blues », dépression, etc.
- Autres maux : lombalgies, céphalées, hémorroïdes, dyspareunie, etc.
- Douleur
- Vaccinations (coqueluche, rubéole, rougeole...) et injections immunoglobulines*
- Accompagnement de l'allaitement maternel
- Accompagnement et information sur la contraception.
- Évaluation du lien mère-enfant et de la relation parents-enfant
- Évaluation de la qualité du soutien dont bénéficie la mère (conjoint, famille, entourage élargi, etc.)

*s'il y a lieu et si non fait durant le séjour.

SUIVI DE L'ENFANT

Paramètres de surveillance après une durée de séjour standard

- Risque d'ictère : coloration et bilirubinémie transcutanée si besoin
- Dépistage des cardiopathies : auscultation cardiaque et perception nette des pouls fémoraux
- Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 ou 4 selles/jour)
- Risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration)
- Comportement : tonus, éveil, contact
- Supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamines K

Paramètres de surveillance supplémentaires ou renforcés pour une sortie précoce

- Risque d'ictère : surveillance de la coloration et mesure de la bilirubine transcutanée (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence)
- Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité

DÉROULEMENT DU SUIVI APRES UNE DUREE DE SEJOUR STANDARD

Deux visites sont recommandées, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié :

- **1^{re} visite** : elle doit être systématiquement réalisée dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie ;

- **2^e visite** : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent 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 des besoins ressentis par la mère ou le couple.

DÉROULEMENT DU SUIVI APRES UNE SORTIE PRÉCOCE

Deux ou trois visites sont recommandées, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié :

- **1^{re} visite** : elle est systématique et doit être réalisée dans les 24 heures après la sortie de la maternité. En cas d'impossibilité, la date de sortie doit être reportée ;
- **2^e visite** : elle est systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant ;
- **3^e visite** : elle est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent 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 des besoins ressentis par la mère ou le couple.

PARCOURS DE SOINS DU NOUVEAU-NÉ AU COURS DU PREMIER MOIS DE VIE

Le nouveau-né bénéficie de 2 examens à la maternité :

- un examen **dans les 2 heures suivant sa naissance** réalisé par une sage-femme ou un pédiatre ;
- un examen avant toute sortie de la maternité : il est recommandé que le nouveau-né soit examiné **par un pédiatre et que cet examen soit réalisé impérativement avant la sortie et après 48 heures, voire le jour de la sortie en cas de sortie précoce**.

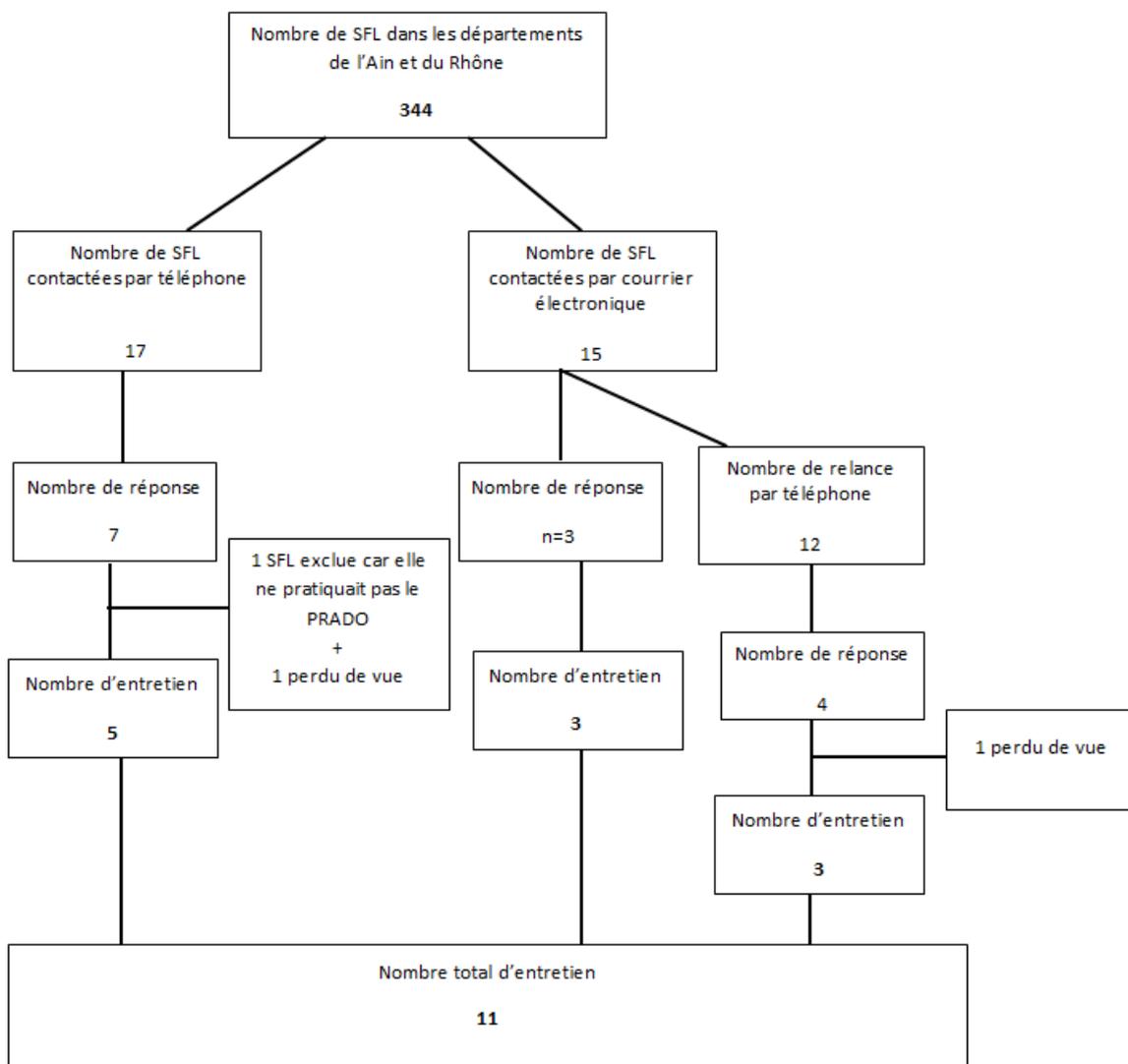
Compte tenu du raccourcissement de la durée des séjours en maternité, il est recommandé qu'un nouvel examen soit réalisé **entre le 6^e et le 10^e jour postnatal**, de préférence par un pédiatre ou par un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né.

Cet examen correspond généralement à la visite à faire dans les 8 premiers jours de vie : il est rappelé que le premier certificat de santé « *à établir obligatoirement dans les 8 premiers jours de vie* » ne peut être rempli que par un médecin (généraliste ou pédiatre). Si celui-ci est rempli à la sortie de maternité (donc avant le 6^e jour), l'examen du nouveau-né recommandé entre J6 et J10 reste nécessaire.

Au cours de la deuxième semaine de vie, l'examen du nouveau-né peut être complété par la visite du professionnel référent du suivi (sage-femme libérale ou de PMI, puéricultrice).



ANNEXE II Description générale de la population de l'étude (flow-chart)



ANNEXE III Trame d'entretien

Présentation du mémoire

Etudiante sage-femme en dernière année, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le Programme d'Accompagnement du retour à Domicile (PRADO) par les sages-femmes libérales. Cette étude a reçu l'aval du corps enseignant et vous avez accepté d'y participer. Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par le biais d'entretien anonyme semi-directif. Tous les entretiens, avec votre accord, sont enregistrés de manière anonyme. Aucune identité ou éléments pouvant faire référence à une identité ne seront utilisés au cours de la rédaction de ce mémoire ou de sa présentation. En vous remerciant pour votre accueil, votre disponibilité et pour le temps consacré à mon travail.

Informations générales

- Année d'obtention du diplôme
- Parcours professionnel
- Année d'installation en libéral
- Mode d'exercice
- Année de début d'exercice du PRADO
- Participation au PRADO précoce

Entretien

- Combien de visites PRADO avez-vous eu au cours de la dernière semaine ?
- Pouvez-vous me raconter de manière générale comment se passe le PRADO pour vous ?

Axes à faire aborder

- Recrutement de la patientèle
- Organisation
- Système de cotation
- Formation
- Le réseau professionnel

ANNEXE IV Fiche explicative-résumé des mesures tarifaires pour un enfant

Actes entre la sortie de la maternité et la visite post-natale obligatoire (8 semaines suivant l'accouchement)

AVANT Février 2019,

Prise en charge en post-partum par les sages-femmes selon l'avenant du 01 juin 2013, mis à jour le 06 mars 2017 (donc cotations utilisées par les SFL au moment des entretiens)

❖ **Avant J7**

- **Forfait journalier de surveillance à domicile** pour la mère et l'enfant de la sortie de la maternité à J7 (J0 étant le jour de la naissance)

2 premiers forfaits **SF16.5** (46€20)

Les suivants **SF12** (33€20)

- **Séance de suivi post-natal (SP)** au cabinet ou à domicile lorsque la sage-femme réalise des actions de prévention et de suivi éducatif si elle en décèle le besoin

2 séances maximum entre J8 et la visite post-natale

❖ **Après J7**

- **Si visite avec examen d'une seule personne (mère ou enfant)**

V (Visite) + IFD (Indemnités de Frais de Déplacement)

- **Si visite avec examen de la mère et de l'enfant**

V (Visite) + C (Consultation) + IFD (Indemnités de Frais de Déplacement)

- ❖ **Cas particulier des sorties précoces** (dispositions du protocole signé le 4 mars 2015)

Majoration à appliquer en plus du 1^{er} forfait journalier habituel 1 seule fois

20€ sans guthrie

25€ avec guthrie

A PARTIR DE février 2019, prise en charge en post-partum par les sages-femmes selon l'avenant 4 de la Convention des Sages-Femmes paru au Journal Officiel le 10 août 2018

❖ **Avant J12**

Forfait journalier de surveillance à domicile pour la mère et l'enfant de la sortie de la maternité à J12 (J0 étant le jour de la naissance)

2 premiers forfaits **SF16.5** (46€20)

Les suivants **SF12** (33€20)

❖ **Après J12**

- **Si visite avec examen d'une seule personne (mère ou enfant)**

V (Visite) + **IFD** (Indemnités de Frais de Déplacement)

- **Si visite avec examen de la mère et de l'enfant**

V (Visite) + **C** (Consultation) + **IFD** (Indemnités de Frais de Déplacement)

❖ **Cas particulier des sorties précoces**

Dispositif Sortie Précoce (DSP) 25€ à ajouter, une fois, au 1^{er} forfait journalier (SF 16.5) lors de la 1^{ère} visite

ANNEXE V: Critères de bas risque pour une sortie de maternité selon les recommandations de l'HAS

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

Critères maternels et pédiatriques définissant une population à bas risque pour une sortie de la maternité

Deux formulaires types sont proposés : le premier concerne les sorties entre 72 et 96h après un accouchement par voie basse (ou entre 96 et 120h après une césarienne) à la maternité et le deuxième concerne une sortie précoce de la maternité.

Étiquette patiente	Durée de séjour comprise entre 72 et 96 heures post-voie basse ou entre 96 et 120 heures post-césarienne	Étiquette Nouveau-né
-----------------------	---	-------------------------

Accouchement le : ____ / ____ / ____ à ____ h ____ Durée du séjour : ____ heures
 Evaluation réalisée le : ____ / ____ / ____ par (nom du professionnel) : _____ qualification : _____

Conclusions de l'évaluation : Mère éligible OUI / NON Nouveau-né éligible OUI / NON

Nom et qualification du professionnel référent du suivi postnatal choisi : _____

Coordonnées : _____

Numéro de téléphone _____

Date du rendez-vous prévu (dans les 48 heures après la sortie voire dans la semaine) : ____ / ____ / ____ à ____ h ____

Signature du professionnel de la maternité :

Critères définissant la mère et l'enfant à bas risque en cas de durée de séjour comprise entre 72 et 96 heures en cas d'accouchement par voie basse (ou entre 96 et 120 heures en cas de césarienne)

	Mère	Validation (cocher si oui)	Enfant	Validation (cocher si oui)
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères		1 Nouveau-né à terme \geq 37 SA singleton et eutrophe	
2	Soutien familial et/ou social adéquat		2 Examen clinique normal* réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie	
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée		3 Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C	
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu		4 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	
5	Si hémorragie de la délivrance, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire)		5 Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance	
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection		6 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 (bas risque et risque intermédiaire bas)	
7	Absence de signes thromboemboliques		7 Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs	
8	Douleur contrôlée		8 Dépistages néonataux réalisés à la maternité	
9	Instauration d'un lien mère-enfant de bonne qualité		9 Suivi <i>post-partum</i> après la sortie planifié : un rendez-vous avec un professionnel référent du suivi dans les 48 heures suivant la sortie voire dans la semaine	
Conclusion : femme éligible (oui/non)			Conclusion : nouveau-né éligible (oui/non)	

* instabilité psychique, antécédents de dépression du *post-partum*, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc.
 ** mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

Étiquette
patiente

Sortie précoce de la maternité
(au cours des 72 premières heures après un accouchement
par voie basse, ou au cours des 96 premières heures après
une césarienne)

Étiquette
nouveau-né

Accouchement le : ____ / ____ / ____ à ____ h ____

Durée du séjour : ____ heures

Évaluation réalisée le : ____ / ____ / ____ par (nom du professionnel) : _____ qualification : _____

Conclusions de l'évaluation : Mère éligible OUI / NON

Nouveau-né éligible OUI / NON

Nom et qualification du professionnel référent choisi : _____

Coordonnées : _____

Numéro de téléphone _____

Date du rendez-vous prévu (**impérativement dans les 24 heures**): ____ / ____ / ____ à ____ h ____

Signature du professionnel de la maternité :

Page 1/2

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mars 2014
© Haute Autorité de santé – 2014

Critères définissant la mère et l'enfant à bas risque en cas de sortie précoce

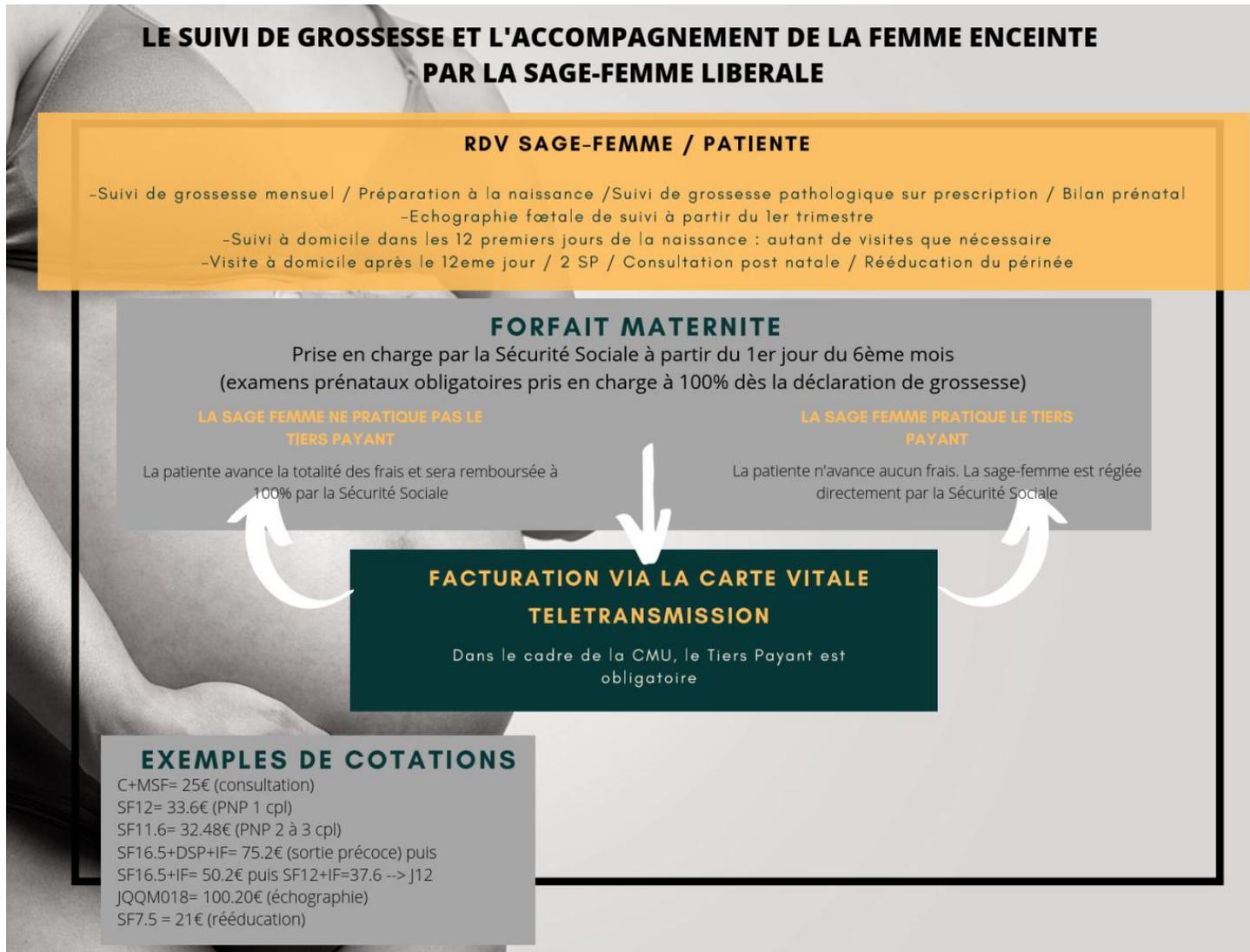
Mère		Enfant		Validation (cocher si oui)
	Validation (cocher si oui)			
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique*, sociale**, de conduites d'addiction et de dépendances sévères	1	Nouveau-né à terme \geq 38 SA, singleton et eutrophe	
2	Soutien familial et/ou social adéquat	2	Apgar \geq 7 à 5 minutes	
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée	3	Examen clinique normal* le jour de sortie	
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu	4	Température axillaire entre 36 et 37° C ou centrale entre 36,5 et 37,5° C	
5	Absence d'hémorragie de la délivrance sévère***	5	Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de colostrum/lait reconnu par la mère), mictions et émissions spontanées des selles, transit établi	
6	Absence d'infection évolutive ou de signes d'infection	6	Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance	
7	Absence de signes thromboemboliques	7	Absence d'ictère ayant nécessité une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée et/ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (bas risque uniquement)	
8	Douleur contrôlée	8	Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs	
9	Interactions mère-enfant satisfaisantes	9	Vitamine K1 donnée	
10	Accord de la mère et/ou du couple	10	Dépistages néonataux prévus et leur traçabilité assurée	
Conclusion : femme éligible (oui/non)		11	Suivi <i>post-partum</i> après la sortie organisé : 1 ^{re} visite prévue dans les 24 heures après la sortie	
* instabilité psychique, antécédents de dépression du <i>post-partum</i> , prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d'autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale, etc. ** mensure, précarité, logement non adéquat, etc. *** pertes sanguines estimées supérieures à 1 500 cc, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.		Conclusion : nouveau-né éligible (oui/non)		

Page 2/2

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mars 2014
© Haute Autorité de santé – 2014

* dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60/min, fréquence cardiaque > 90 et < 170/min au repos

ANNEXE VI: Forfait maternité final (projet ville-hôpital, Marie Pierre ROYER, SFL)



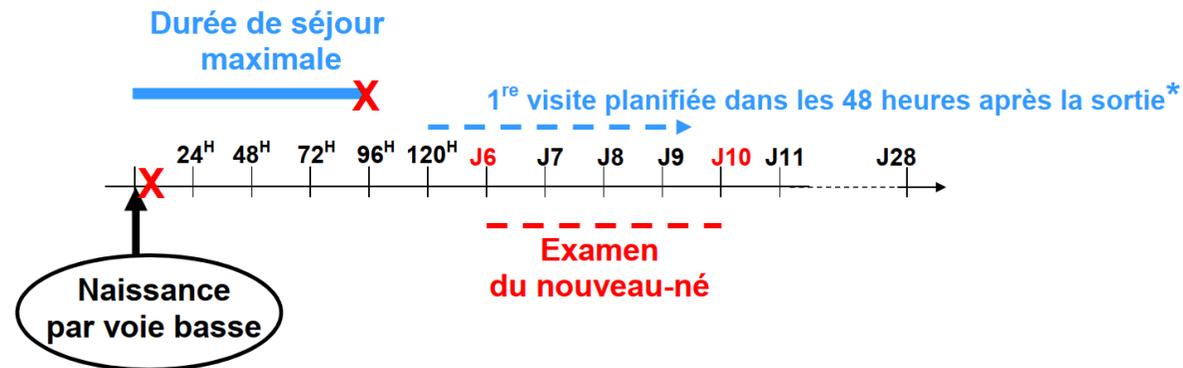
ANNEXE VII: Parcours de soin du nouveau-né lors d'une sortie standard selon les recommandations de l'HAS

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

Schéma du parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après une durée de séjour comprise entre 72 et 96 heures en cas de naissance par voie basse (entre 96 et 120 heures en cas de césarienne)

La 2^e visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi (de même pour des visites supplémentaires en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple).

En cas de césarienne, la durée de séjour maximale est de 120 heures.



X : Examens pédiatriques réalisés en maternité (dans les 2 heures suivant la naissance, puis avant la sortie mais impérativement après 48 heures de vie)

* : voire dans la semaine

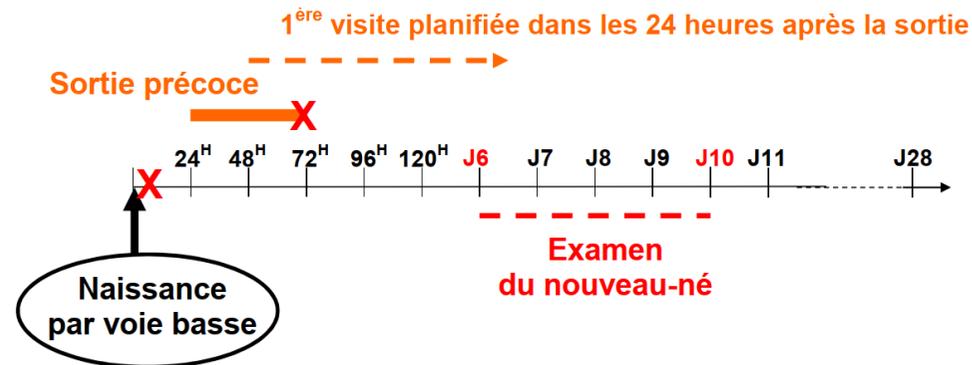
ANNEXE VIII: Parcours de soin du nouveau-né lors d'une sortie précoce selon les recommandations de l'HAS

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

Schéma du parcours de soins du nouveau-né au cours du premier mois de vie après une sortie précoce (au cours des 72 premières heures en cas de naissance par voie basse, ou au cours des 96 premières heures en cas de césarienne)

La 2^e visite est systématique et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi (de même pour la 3^e visite qui est recommandée, voire pour des visites supplémentaires en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère et/ou le couple).

En cas de césarienne, la sortie précoce a lieu au cours des 96 premières heures.



X : Examens pédiatriques réalisés en maternité
(dans les 2 heures suivant la naissance, puis le jour de la sortie)

ANNEXE IX: Verbatim

	IMPRESSIONS GÉNÉRALES	ORGANISATION	PATIENTELE	VISITES	RESEAU	FORMATION
Entretien 1			<i>« Pas de différence [avec les patientes inconnues]. Juste plus long la première fois car je demande les antécédents ...et je me trouve moins efficace sur le plan psychologique mais après ça va ».</i>		<i>« Le réseau c'est long à former, mais à force ça fait des années que l'on travaille ensemble ... »</i>	
Entretien 2	<i>« Là, pour le coup, quand on passe à domicile, elles se rendent compte qu'on a à la fois des aptitudes pour le bébé, pour la maman [et] pour la suite »</i>			<i>« Les patientes sont rassurées quand elles savent que l'on a communiqué »</i>		
Entretien 3		<i>« Cela m'arrive de bosser le samedi quand j'ai deux patientes en précoce mais ça m'arrive une fois tous les trois mois max »</i>			<i>« [L'hôpital] ils sont très légers [sur les sorties] et le problème, on voit que c'est des périodes pendant l'été »</i>	
Entretien 4	<i>« Dans mon agenda, je garde souvent des espaces pour des PRADOS et que de tout façon s'ils ne sont pas utilisés ils seront utilisés pour d'autres choses »</i>					<i>« Etre observatrice des bébés et des parents » « Il y a un truc que j'aimerais ... [une formation à propos] des pouls fémoraux »</i>

	IMPRESSIONS GENERALES	ORGANISATION	PATIENTELE	VISITES	RESEAU	FORMATION
Entretien 5		<p><i>« Si je ne suis pas dispo j'y vais pas et j'appelle éventuellement ma collègue »</i></p> <p><i>« Moi, j'estime que c'est tout de suite qu'il faut venir voir les gens, c'est tout de suite qu'il faut récupérer ce qu'il y a à récupérer. Moi ça m'a jamais changé ma vie car j'ai toujours fait ça, ça a toujours fait partie de mes convictions ».</i></p>			<p><i>« Quand je me suis installé, je ne connaissais personne, je n'avais rien. Et j'ai appelé Mme R. qui m'a pris un peu sous son aile, qui cherchait un remplaçant ... et elle m'a fait rencontrer plein de monde »</i></p> <p><i>« Toutes les sages-femmes, il y a toujours eu une bonne ambiance »</i></p> <p><i>« La PMI, ça pour le coup, pour le réseau c'est bien parce que c'est comment dire ... ils ont une organisation qui fait que ça roule »</i></p>	
Entretien 6						<p><i>« J'ai pas mal bossé avec les sages-femmes libérales du coin et du coup c'est elles qui m'ont mis dans le truc »</i></p>

	IMPRESSIONS GENERALES	ORGANISATION	PATIENTELE	VISITES	RESEAU	FORMATION
Entretien 7		<p>« Moi franchement, sortir ma petite feuille de soin, de faire un papier là-bas, de demander 23 euros alors que l'on a fait un examen rapide ... j'y arrive pas »</p> <p>« Ce que je trouve dommage après J12, il y a plein de maman [où] j'y serai bien retournée (...) mais il y a rien qui est pris en charge à 100% et moi ça me mets toujours mal à l'aise de me dire d'un coup non il faut que vous me payez la consultation »</p>			<p>« Ce n'est pas si évident que cela ... nous on essaye vraiment de chaque fois qu'il y a une formation à l'hôpital, chaque fois qu'il y a une proposition de nous rencontrer, on essaye toujours de répondre présente, une des trois »</p>	
Entretien 8	<p>« J'ai des matinées complètes où j'ai des PRADOS et quand je n'ai pas de PADOS bah j'ai rien ... et ça par contre c'est un peu chiant alors je mets des urgences » « [Oui] ça me pénalise peut-être un peu » « Là je suis obligée de fixer à l'avance et puis comme ça se remplit à l'avance, on peut moins facilement modifier »</p> <p>« Au début, on n'avait pas tous les week-ends de mangé. Mais là on se pose la question de savoir si réellement on va continuer à faire les PRADO le week-end »</p> <p>« Quand on a le week-end qui approche, on a des appels à ce moment-là donc c'est vrai que maintenant je commence à distinguer. Je sais que je vais avoir mon week-end, je sais que je vais avoir des appels donc je me garde plus de créneaux et je sais que la semaine d'après je n'ai pas d'appel du coup je m'organise au filing (...) c'est la sensation que cela donne »</p>			<p>« On n'a pas besoin de grand-chose à part le bilicheck que l'on rêverait d'avoir »</p>		

	IMPRESSIONS GENERALES	ORGANISATION	PATIENTELE	VISITES	RESEAU	FORMATION
Entretien 9	« Très vite, il fallait faire les domiciles (...) donc très vite je me suis retrouvée dans la situation "bah je fais quoi en fait" »	« On a la chance d'être deux et de facilement jongler mais ce n'est pas évident » « Sur les cotations, voilà, je trouve que le V à partir de 7 jours est un petit peu ... pas très représentatif du temps et de l'implication que l'on y a mis »		« Le ré adressement, ça a pas été évident »	« C'est très délicat avec les pédiatres ou les médecins de ville. J'ai très très peu de lien avec eux. C'est vraiment pas facile d'avoir un lien »	
Entretien 10	« Après certains soirs, tu pars et tu dis "putain comment ça va être ?". Donc tu es pressée d'être le lendemain » « Le PRADO m'a permis de faire de belles rencontres, de m'ouvrir sur d'autres choses »			« Bourg, ils ont du mal quand même à lâcher, les primipares ... »		
Entretien 11	« Mais tout va bien ! Votre allaitement marche super bien, regardez la courbe de poids ! C'est exponentiel, c'est génial ! Vraiment les rassurer, les rassurer »			« On n'a pas de bilirubinomètre, c'est clairement trop cher, c'est clair et net mais en effet ça me pose un peu soucis le fait de l'estimer juste au visuel ... Alors oui bien sûr j'ai peut-être plus d'expérience qu'une jeune maman mais (...) si c'était moins cher... »	« Je peux en parler car ici j'ai des psychologues, une ostéopathe, une diététicienne mais l'obstétrique voilà ... » « Les pédiatres, il y en a plus que deux donc c'est vite fait. D'ailleurs ils ont jamais voulu ...enfin je les connais de nom, de courrier ou ce genre de chose, jamais rencontré car ils sont tellement débordés qu'ils ne veulent pas perdre du temps à me rencontrer »	« ...dans le sens, tu es sage-femme pour aller en salle d'accouchement, c'est clair et net. Et du coup, je trouve que le libéral, on l'avait pas trop abordé »

Auteur : DURET Lorène née le 01/05/1996 2, allée du Valgoupil 69400 GLEIZE lor.ene@hotmail.fr	Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Titre : <i>Evaluation du PRADO et du retour précoce à domicile après accouchement</i>	
Résumé <p><u>Objectif</u> : Identifier les points forts et difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales dans l'exercice du PRADO à l'heure des retours précoces afin de dégager des pistes d'amélioration pour répondre à leurs attentes et besoins.</p> <p><u>Matériel et méthode</u> : Etude qualitative observationnelle déclarative multicentrique, réalisée à l'aide d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de 11 sages-femmes libérales exerçant dans les départements de l'Ain et du Rhône. Les entretiens ont eu lieu entre le 18 septembre et le 15 novembre 2018.</p> <p><u>Résultats</u> : Notre étude a mis en évidence différentes difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales dans l'exercice du PRADO et majorées par la généralisation des sorties précoces. Celles-ci portent sur les contraintes organisationnelles marquées par la nécessité d'une disponibilité permanente, les relations au sein du réseau entre professionnels libéraux mais aussi avec les services hospitaliers ainsi que les manquements liés à la formation.</p> <p><u>Conclusion</u> : Un travail de développement et de structuration du lien ville-hôpital doit être poursuivi afin d'améliorer la prise en charge globale des femmes de l'anté au post partum incluant une coordination entre les différents acteurs de la périnatalité, un travail en réseau, une ouverture de la formation sur la pratique libérale et une reconnaissance des compétences et responsabilités des sages-femmes libérales.</p>	
Mots-clés : PRADO, retour précoce à domicile, sage-femme libérale, difficultés	

Author : DURET Lorène née le 01/05/1996 2, allée du Valgoupil 69400 GLEIZE lor.ene@hotmail.fr	Midwife state diploma
Title : <i>Evaluation of PRADO and early return home after childbirth</i>	
Abstract <p><u>Purpose</u>: To identify the strong points and difficulties encountered by liberal midwives in the practice of PRADO at the time of early returns in order to identify areas for improvement to meet their expectations and needs</p> <p><u>Material and method</u>: Qualitative observational multi-centre declarative study, carried out with the help of semi-directive interviews with 11 liberal midwives practising in the Ain and Rhône departments. The interviews took place between 18 September and 15 November 2018.</p> <p><u>Results</u>: Our study highlighted various difficulties encountered by independent midwives in the practice of PRADO, increased by the generalisation of early discharge. These relate to organisational constraints marked by the need for permanent availability, relations within the network between independent professionals but also with hospital services, as well as shortcomings linked to training.</p> <p><u>Conclusion</u>: Work must continue on developing and structuring the city-hospital link in order to improve the overall care of women from before to after partum, including coordination between the various actors in the perinatal sector, networking, opening up training to liberal practice and recognising the skills and responsibilities of liberal midwives.</p>	
Keywords : PRADO, early return home, liberal midwife, difficulties	

Année 2021