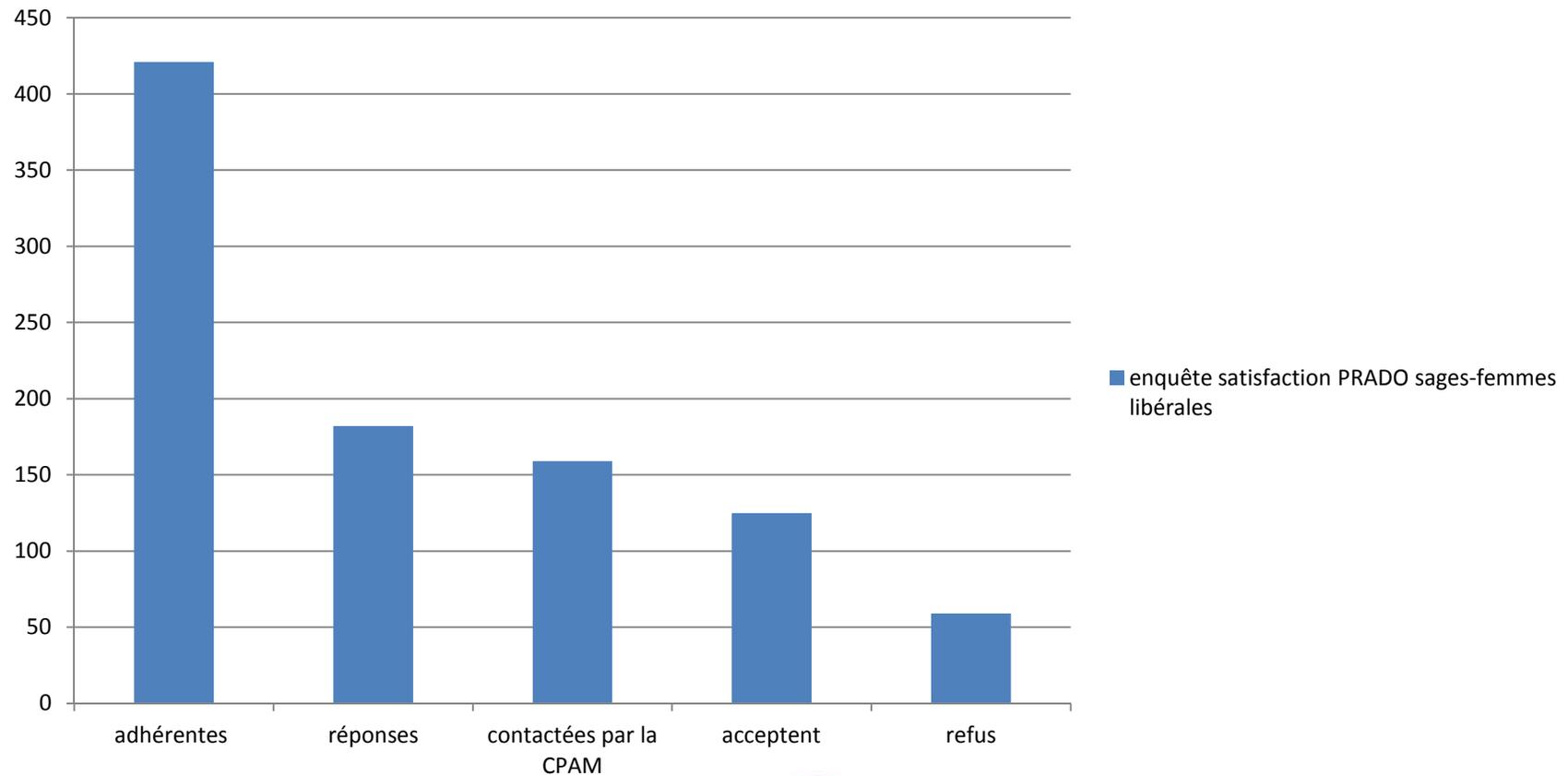


Enquête satisfaction PRADO

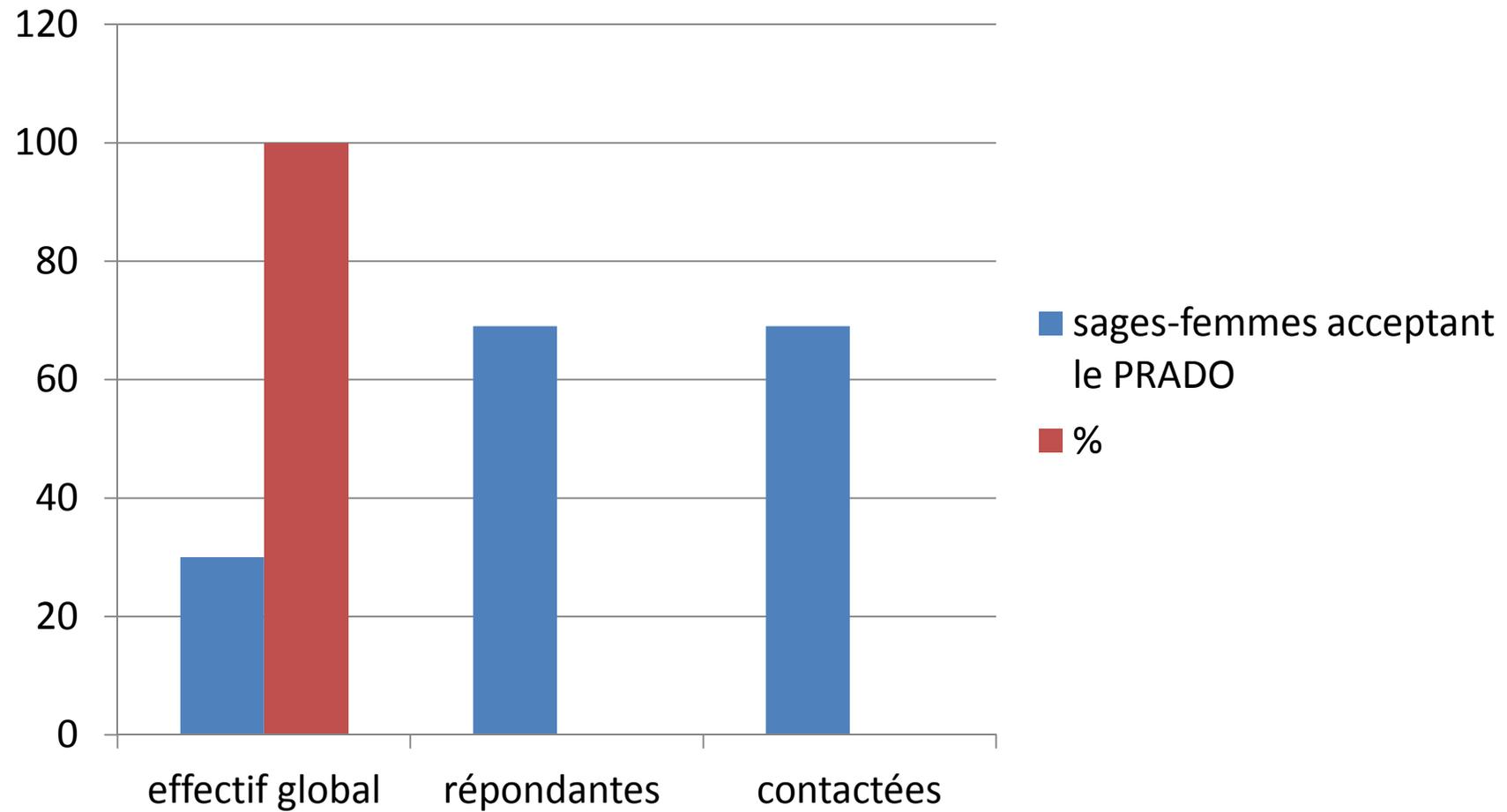
enquête satisfaction PRADO sages-femmes libérales



enquête menée par l'UNSSF

- Du 31 Août au 12 Septembre 2012 auprès des adhérents
- huit questions
 - la mise en place effective du dispositif
 - la participation des sages-femmes
 - les motifs de refus ou les difficultés à répondre aux demandes.
 - la charge de travail
 - nombre de visites par semaine par sage-femme,
 - capacité à assumer la charge de travail
 - limite à assumer les visites
- 43 % des sages-femmes libérales ont répondu à l'enquête, soit 182 réponses.
- 38% contactées par leur CPAM .
- 30% participent ou souhaitent participer au PRADO.
- 14% refusent.
- Les sages-femmes se sentent plutôt concernées par le programme, rapportent volontiers leurs expériences avec leurs aspects positifs ou à améliorer et font des propositions.
- Les réponses reflètent donc une réflexion sur le PRADO soit issue de l'expérience là où il est mis en place soit issue des souhaits pour sa mise en place.

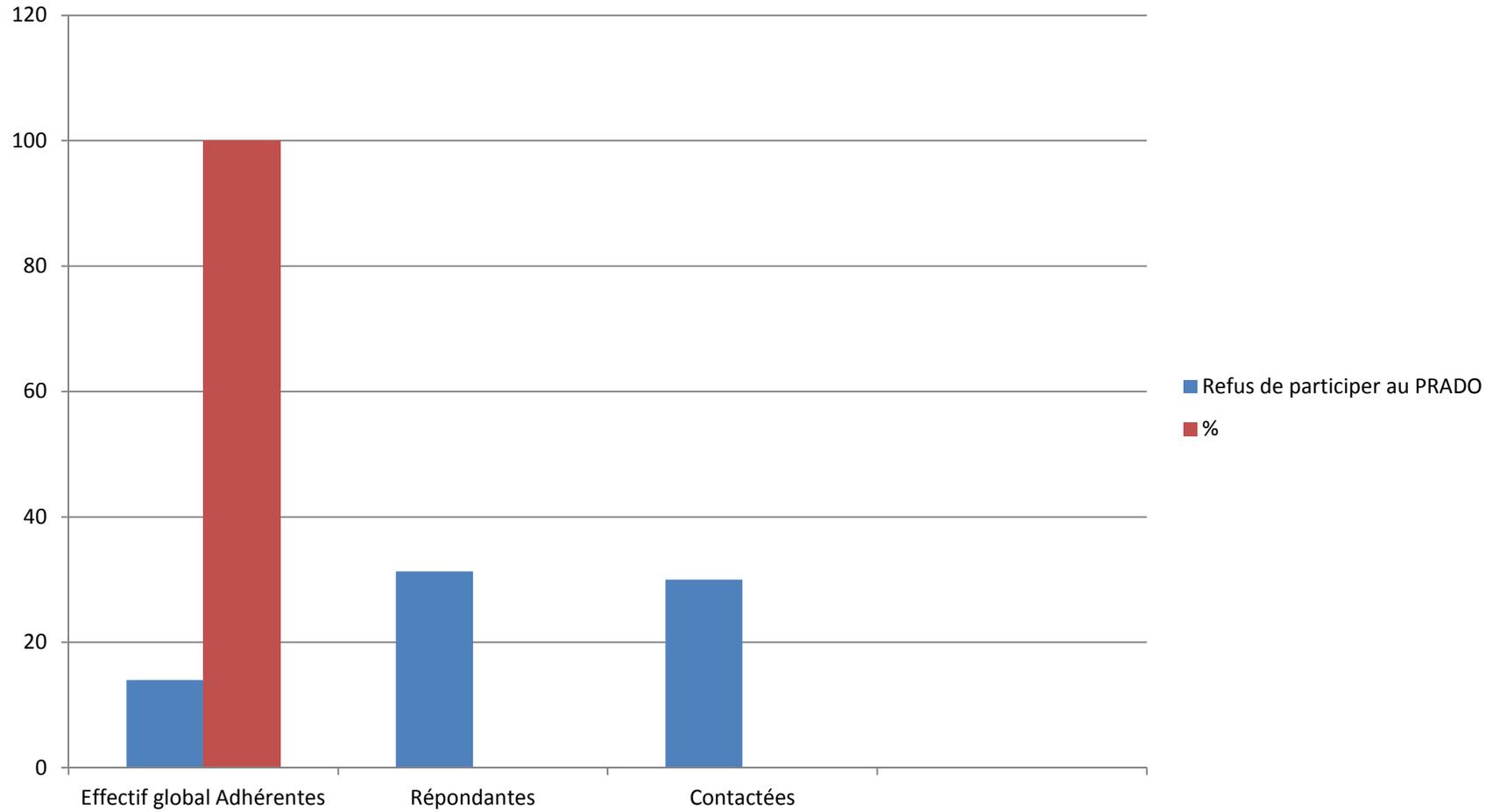
Taux d'acceptation



Taux d'acceptation

- En rouge: effectif global de nos adhérents.
30% de nos adhérents participent ou souhaitent participer au PRADO lorsqu'il sera mis en place soit 69% des sages-femmes répondantes.
- 69% des sages-femmes contactées par leur CPAM ont choisi d'y participer.
- Les sages-femmes adhèrent volontiers au PRADO lorsqu'elles sont convenablement informées.
- Les réponses viennent de toutes les régions, y compris des DOM-TOM (Réunion et Nouvelle Calédonie).
- Lorsque le PRADO n'est pas mis en place, les sages-femmes ont répondu à partir de leur souhait et de ce qu'elles connaissent du dispositif PRADO.

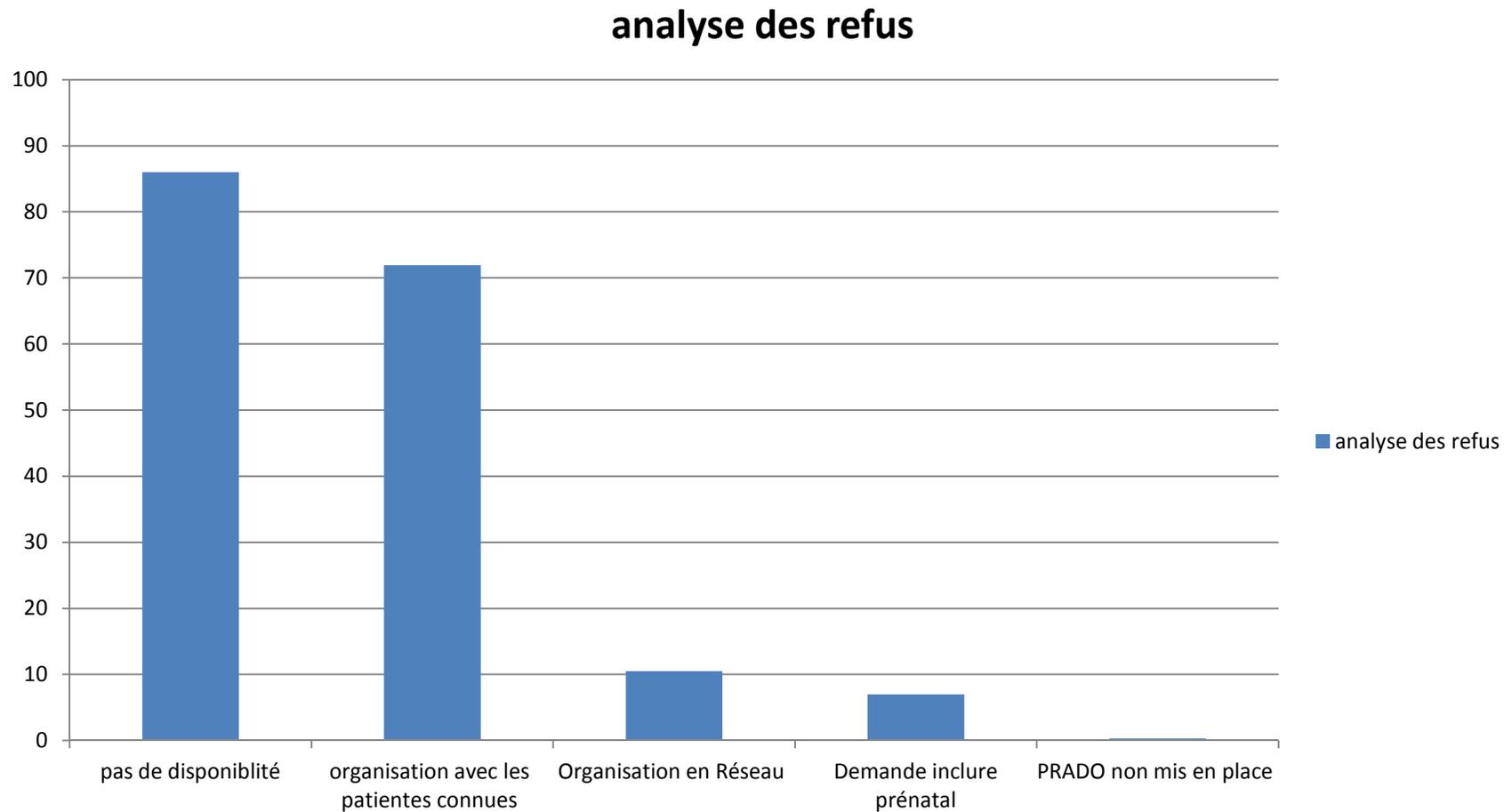
Les refus



Les refus

- Les refus représentent environ 1/3 des sages-femmes répondantes et 30% des sages-femmes contactées.
- Dans la majorité des cas ces sages-femmes assument déjà le suivi de leurs patientes ou participent à des réseaux de soins périnataux.

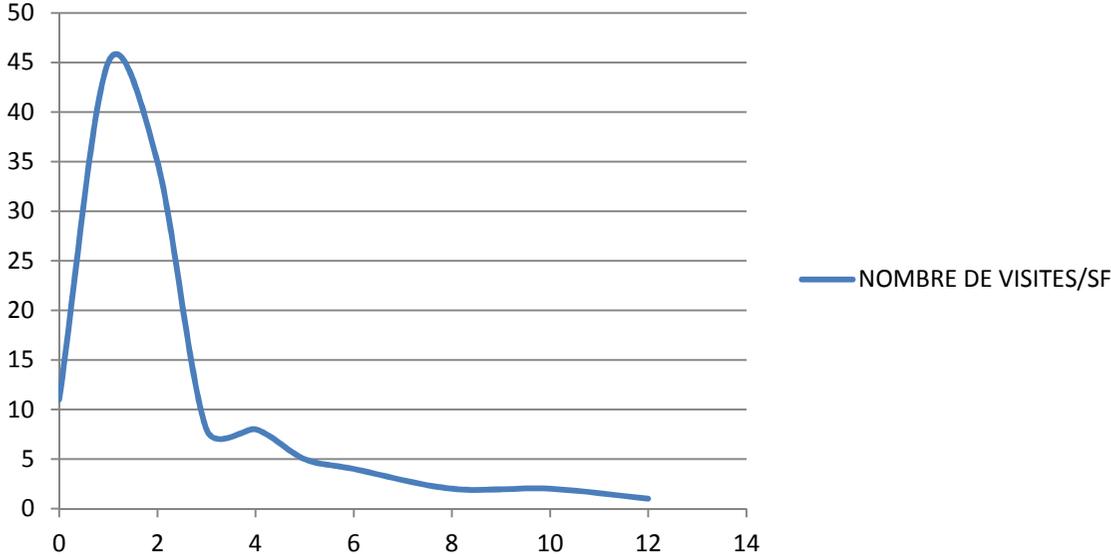
Les refus: analyse



Les motifs de refus

- regroupés par item à partir des commentaires.
- Les motifs pouvaient être multiples.
- L'indisponibilité est l'item le plus fréquent de refus (85%).
 - témoigne de l'organisation déjà existante d'une prise en charge des patientes repérées lors de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) ou adressées par l'HAD (prise en charge de la pathologie) ou les réseaux périnatalité.
 - Les sages-femmes signalent que les critères d'éligibilité au PRADO pour une date de sortie à J3 font que les patientes PRADO ne sont pas une priorité.
- l'organisation déjà existante avec les patientes connues et prises en charge au cours de la grossesse (71%). Les sages-femmes acceptent les visites PRADO lorsqu'elles ne sont pas en concurrence avec celles de leurs patientes.
- Les sages-femmes sont très attentives à la prise en charge des femmes et des familles après l'accouchement. Elles se préoccupent d'ailleurs d'une prise en charge globale de l'ante au postnatal, réclamée depuis de nombreuses années par les syndicats.
- Les motifs de refus ne concernent pas l'intérêt du travail proposé par le PRADO, au contraire ils concernent le fait que ces soins sont déjà organisés.
- Par contre il y a une demande pour améliorer cette organisation qui n'est pas apportée par le PRADO.

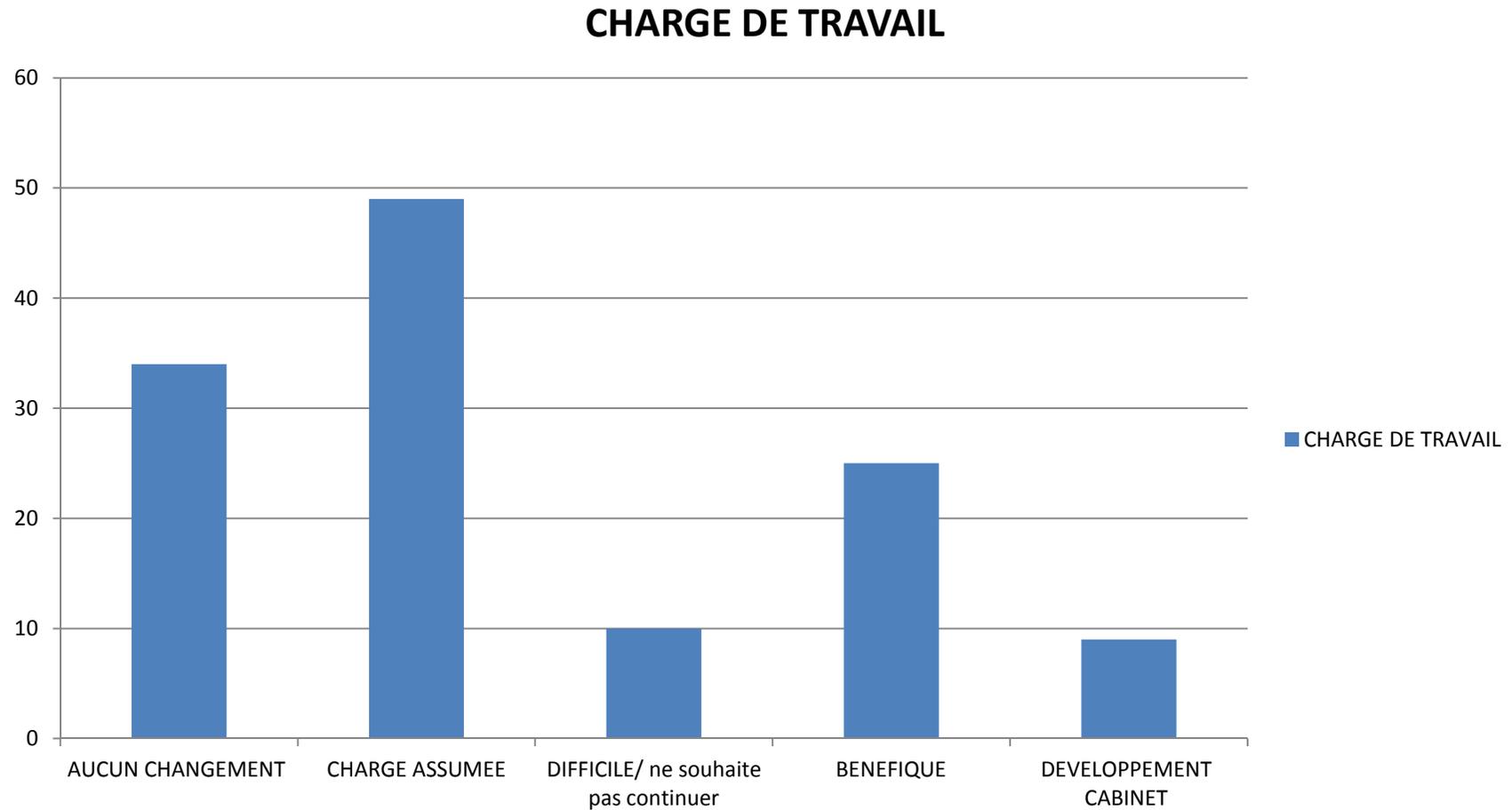
NOMBRE DE VISITES/SF



Nombre de visites/sages-femmes

- *Minimum=0 Maximum=12 Somme=274*
Moyenne=2,19 Ecart-type=2,1
- Les visites effectives représentent peu de travail jusqu'à maintenant. La majorité des sages-femmes effectue entre 1 et 2 visites/sem.
- Renforce:
 - l'idée du peu de disponibilité des sages-femmes.
 - choix de donner la priorité à leurs propres patientes ou aux patientes présentant des facteurs de risques ou une pathologie avérée.
- Les réponses sont biaisées par les réponses « 0 visites » des sages-femmes des régions où le PRADO n'est pas mis en place.
- Seulement 14% des sages-femmes participant au PRADO effectuent en moyenne plus de 4 visites/semaine.

PRADO: Charge de travail

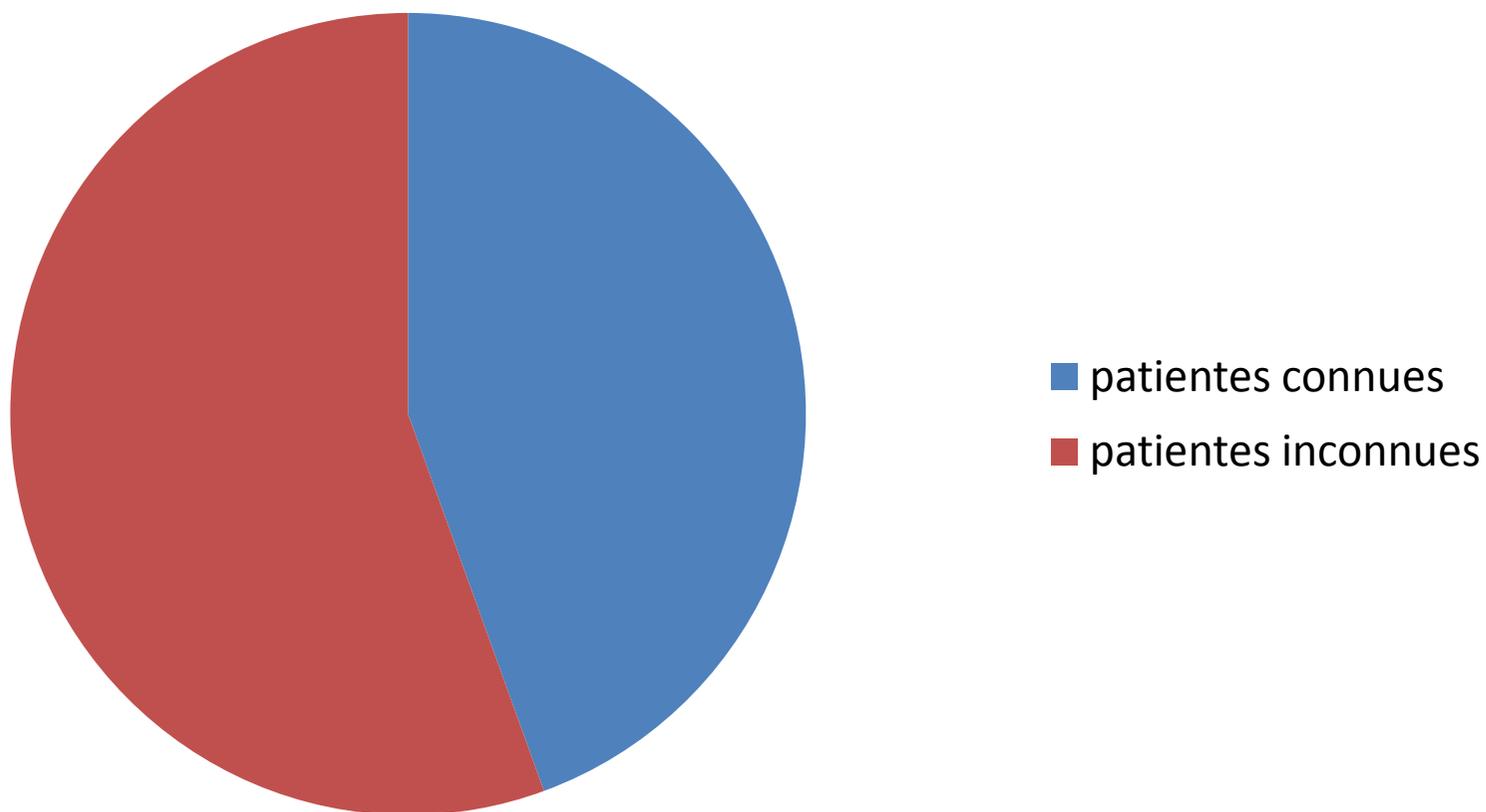


Charge de travail

- Pour celles qui participent au PRADO
 - 1/3 ne ressent pas de changement d'activité et
 - près de 50% assument la charge de travail.
- Ceci est en accord avec le nombre moyen de visites/ sages-femmes. Certaines sages-femmes ont coché les deux items.
- 25% des sages-femmes trouvent que cette activité est bénéfique pour leur cabinet et 9% pensent que cela peut participer à le développer. Certaines sages-femmes ont coché les deux items.
- 10% des sages-femmes ont du mal à faire face à cette charge de travail.
- Le PRADO est sans doute une opportunité pour certaines sages-femmes pour développer leur activité et faire connaître leurs compétences. Mais il semble que la majorité des sages-femmes limitent la prise en charge des patientes à ce qui leur est possible.

Répartition des patientes

répartition

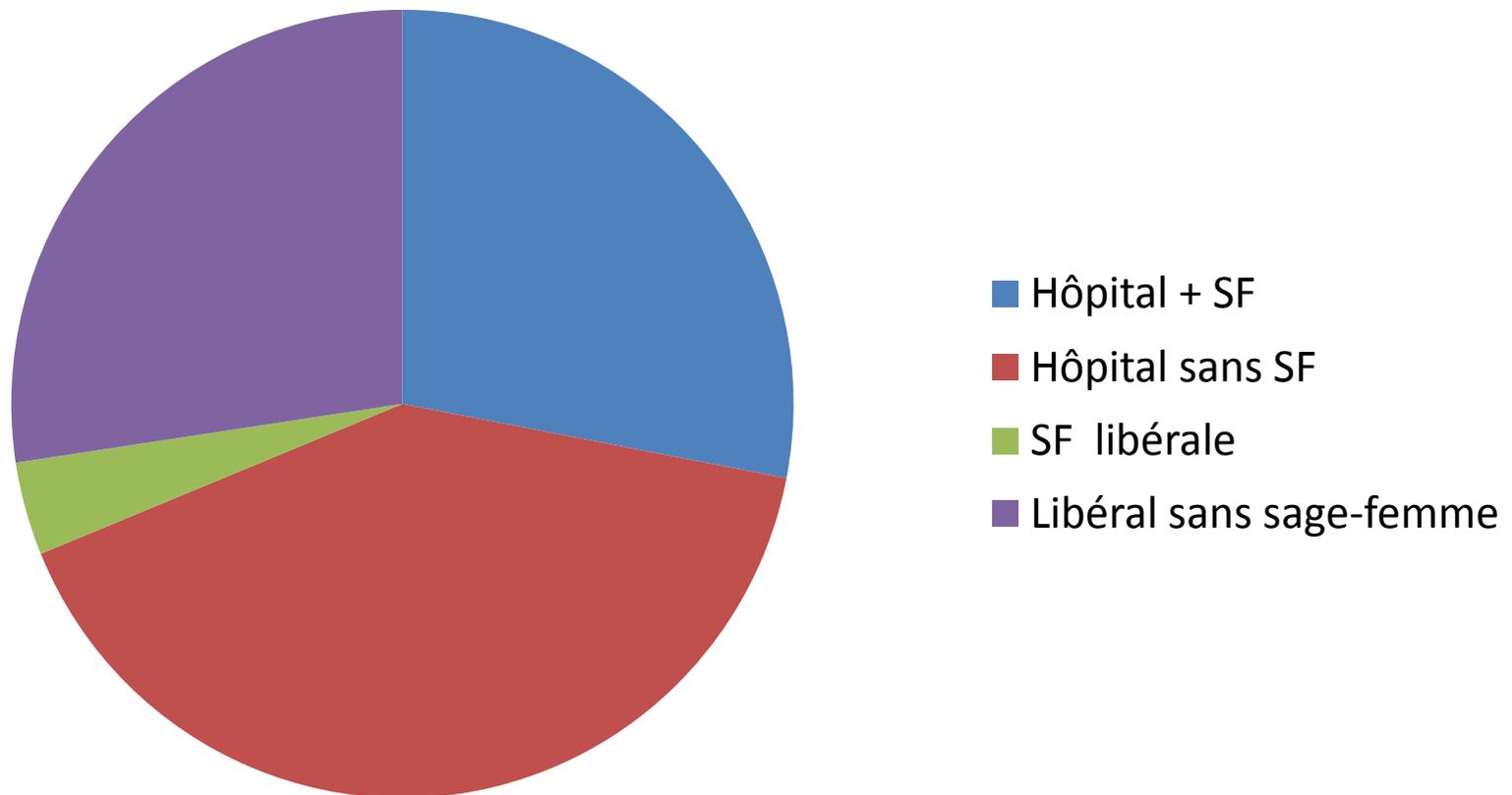


Les patientes suivies

- Les sages-femmes participant au PRADO suivent davantage de patientes inconnues que de patientes connues.
- Le PRADO est donc sans doute un outil pour que des femmes qui n'avaient pas de contact avec une sage-femme puissent nous rencontrer.
- Cet aspect bénéfique est par contre relevé aussi comme une difficulté :
 - de l'absence de transmission médicale
 - moindre satisfaction du travail fait lorsque la patiente n'est pas connue.

Origine des patientes non connues

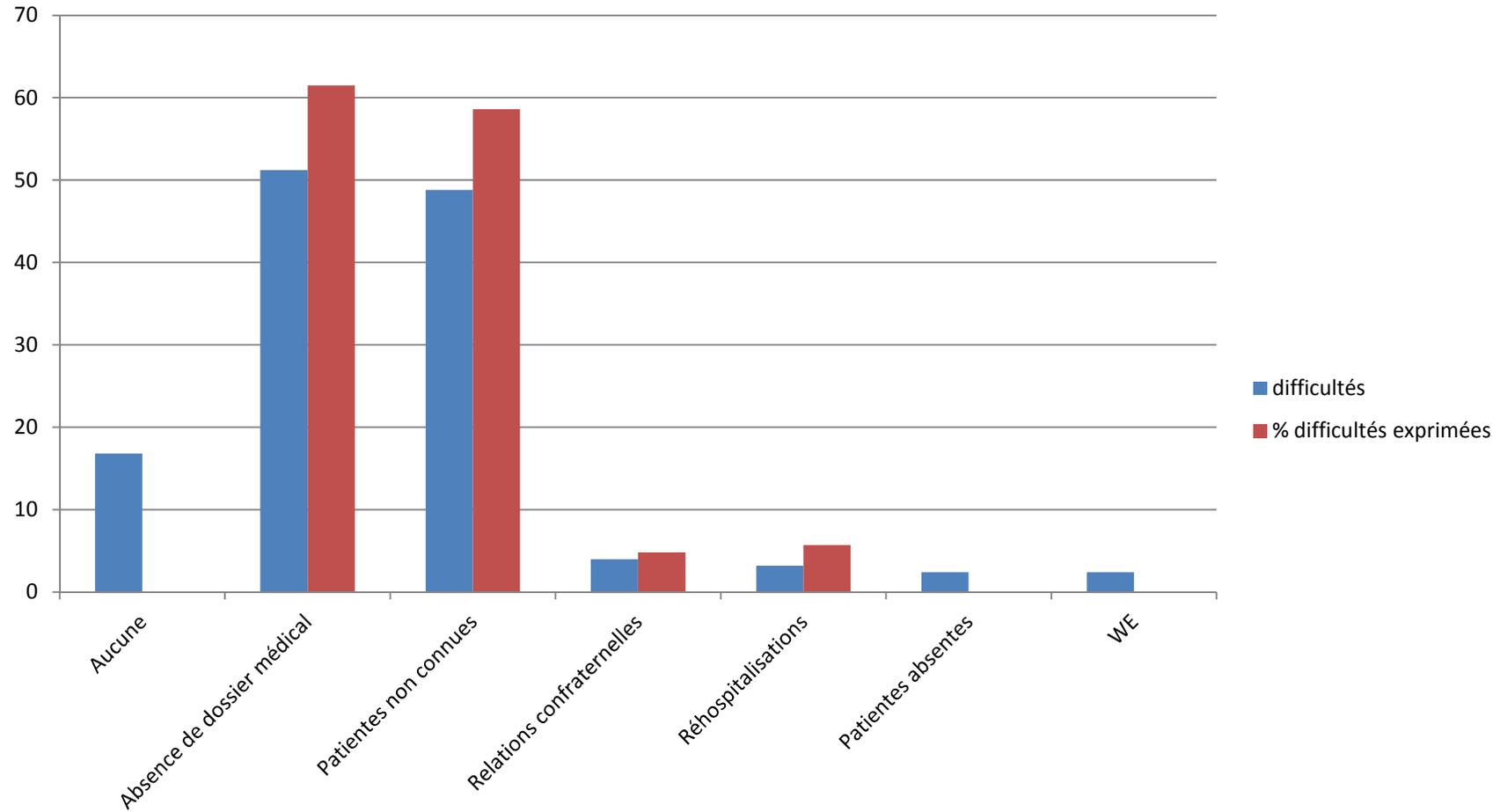
patientes non connues



Patientes inconnues

- très majoritairement issues du milieu hospitalier qu'elles aient ou non bénéficié d'une sage-femme en ante natal.
- Les patientes suivies antérieurement par une autre collègue libérale sont peu nombreuses, mais on remarque que 6 sages-femmes ont signalé avoir connu des difficultés avec leurs collègues lors de la prise en charge par le PRADO, avec conciliation au conseil de l'ordre départemental et information en CPR. Ni le conseil de l'ordre, ni la section sociale des CPR n'a porté d'attention suffisante au problème et les ressentiments persistent.

Les difficultés exprimées



Les difficultés,

- Plusieurs items pouvaient être cochés :
- **aucune difficulté** d'exercice pour 21 sages-femmes/125 soit 16,8%.
- 104 sages-femmes, soit 83,2% expriment leurs difficultés rencontrées
 - Patientes inconnues
 - Absence de dossier médical
 - Les réhospitalisations
 - Les visites du week-end
 - Les discordances entre les CPAM et la NGAP

Absence de dossier médical

- L'absence de dossier médical est présent 64 fois.
 - Source d'insécurité chez la sage-femme,
 - fait perdre du temps pour reprendre l'historique et à grande échelle risque d'être source d'erreur. Surtout si le séjour se raccourcit encore.

patientes inconnues

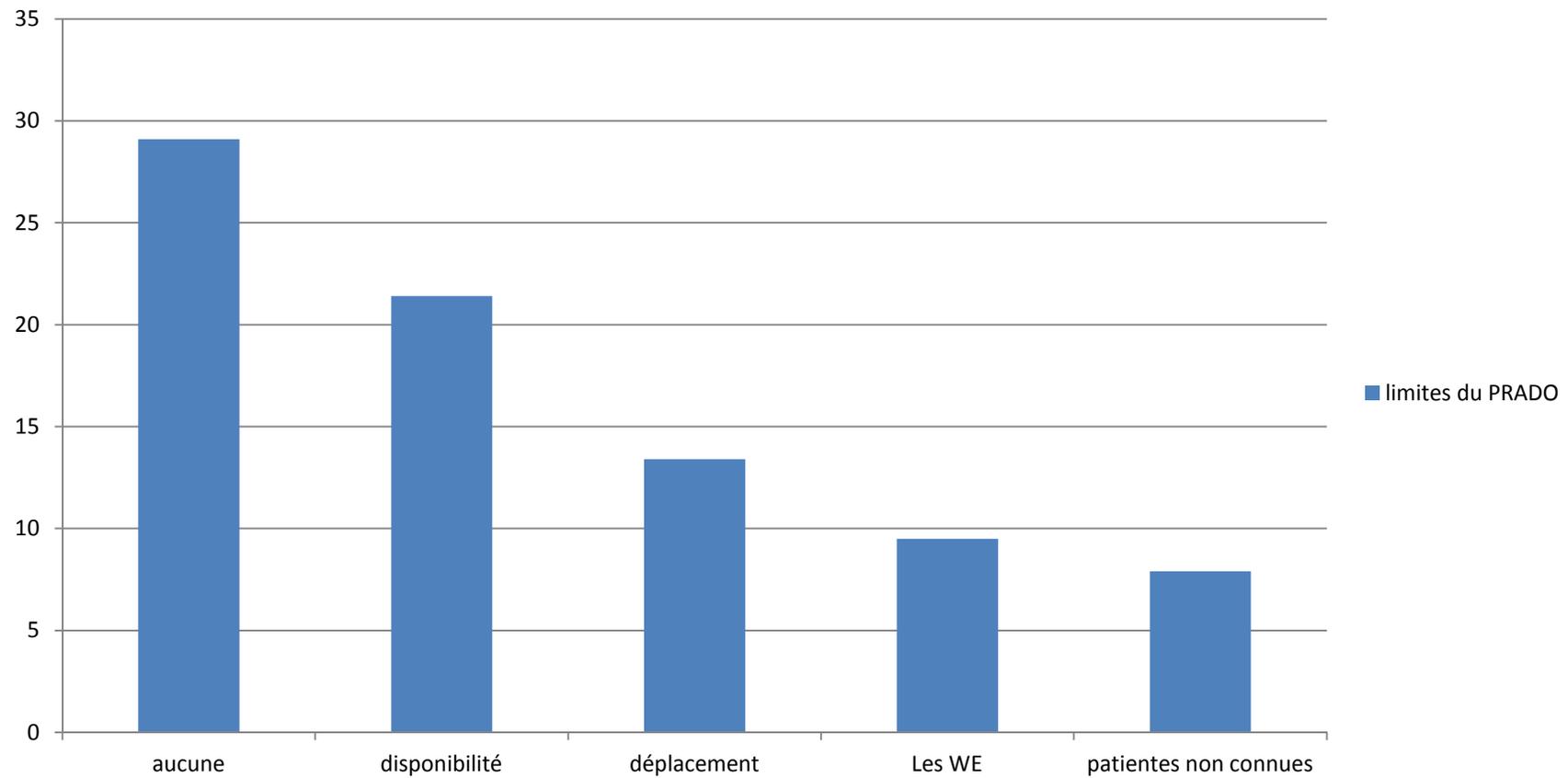
- La prise en charge de **patientes non connues** en anténatal revient encore 61 fois
 - **l'absence de données médicales** (les deux items sont liés).
 - travail fait est moins satisfaisant,
 - moins efficace (problème de sécurité du professionnel) alors que la durée des visites n'est pas plus long (cf enquête effectuée lors de l'expérimentation d'Annecy).
 - Ce sont bien sûr chez ces patientes que l'on retrouve les
 - 2.4% de patientes absentes
 - 4% **de relations confraternelles conflictuelles** ayant donné lieu à des conciliations aux conseils départementaux de l'ordre, et à des courriers aux CPAM concernées (Alpes Maritimes, Var et Haute Savoie lors de l'expérimentation). Les difficultés de relations confraternelles sont graves par le stress qu'elles génèrent pour les sages-femmes des deux parties et la surcharge de travail qu'elles engendrent pour les conseils départementaux et les caisses. Si on extrapole par rapport à l'effectif global des sages-femmes (29,6% de l'effectif global a répondu favorablement) on obtient 3 fois plus de litiges, soit 12 litiges en moins d'un an. Le PRADO concerne seulement quelques régions, le nombre de litiges risque donc de s'étendre. Nos CDO ne sont pas prêts, pas formés pour y faire face.
 - Les litiges qui ont eu lieu jusqu'ici ont été niés par les CDO, comme par les CPAM.
 - Que proposez-vous pour trouver une solution ?.

Les difficultés

- La question des **réhospitalisations** se posent aussi concrètement pour 3,2% des sages-femmes et ne concernent que le bébé pour ictere.
 - Elles entraînent généralement la séparation de la mère et de l'enfant.
 - Une solution doit être trouver pour que la mère et l'enfant reviennent ensemble en maternité. Nous souhaitons que les services de néonatalogie soient équipés de chambre mère-enfant.
- Dans les commentaires, des sages-femmes ont mentionné la question du **manque de confiance des pédiatres** dans la compétence des sages-femmes et leur réticence à laisser sortir les bébés à J3. Les pédiatres de Draguignan et Brignolles convoquent les enfants dans la semaine suivant la sortie. Ainsi il peut y avoir 1 consultation avec la sage-femme et une autre avec le médecin le même jour. Ce gâchis pourrait être éviter en améliorant l'information des pédiatres sur notre formation et notre rôle.
- La question des **week ends** est peu mentionnée en tant que problème, mais c'est un frein qui limite la prise en charge des femmes.
- Dans les commentaires, des sages-femmes témoignent de **consignes en contradiction avec la NGAP données par le conseiller de la CPAM** comme la cotation des forfaits jusqu'à J12 ou de constitution d'une liste de sages-femmes participant au PRADO avec refus de joindre la sage-femme demandée par la patiente lorsqu'elle est réputée peu disponible (Var et Alpes Maritimes principalement).

Limites aux prises en charge

limites du PRADO



Les limites

- Sur les 182 sages-femmes ayant répondu, 125 participent ou souhaitent participer au PRADO parce qu'elles ont l'expérience de ce type de travail avec leur propres patientes depuis longtemps.
- Les sages-femmes participant au Prado ont exprimé leurs difficultés à répondre aux demandes.
- 29% des sages-femmes n'éprouvent **aucune difficulté**. (pour mémoire: 2,1 visites/semaine)
- 21 % n'ont **pas assez de disponibilité**
 - **patientes éloignées** (mais pas de précision de Km)
 - **Week-end**.

Cette difficulté est renforcée lorsque la **patiente n'est pas connue**.

Les problèmes de **déplacements** sont évidemment majorés dans les grandes agglomérations, en zone de montagne et dans les zones touristiques. Les sages-femmes réclament une indemnisation pour prendre des astreintes le week-end. Les visites sont rarement regroupées dans une même zone géographique. Chaque visite comporte donc un temps de déplacement non négligeable allant de 15 à 45 mn selon les commentaires et l'étude menées en 2010 à Annecy.

- Lorsqu'une **patiente est absente** cela représente une perte de revenu pour la sage-femme qui sera ensuite réticente à accepter d'autres prises en charge.
- Les sages-femmes sont attentives et attachées à garder de la disponibilité pour les patientes qu'elles ont accompagnées et suivies médicalement au cours de la grossesse.

propositions

- Agir sur la prise en charge globale: de l'ante au postnatal
- Agir sur les critères d'éligibilité
- Agir sur la transmission du dossier médical
- Agir sur l'organisation des sorties
 - Place d'une sage-femme coordinatrice

de l'ante au postnatal

- La CNAM s'est engagée conventionnellement en 2007 à informer les patientes du rôle et de la place des sages-femmes.
- La cour des comptes a noté que les sages-femmes étaient mal utilisées.
- En connaissant la patiente, la sage-femme évalue les besoins:
 - Réduction des coûts
 - Visites ciblées
 - Le nombre de visites et la période de suivi sont mieux évalués
- La patiente connaissant la sage-femme : l'information circule mieux en cas de décalage de la sortie ou en cas de pathologie

de l'ante au postnatal

- L'entretien prénatal précoce est un bon outil de dépistage et de mise en place d'un accompagnement adapté aux femmes et aux couples. Peu de femmes y ont encore accès.
- Une visite vers J7 –J8 serait plus judicieuse avec la deuxième visite dans la deuxième semaine, sauf besoin exprimé par la mère, ou observation faite à la maternité.
- Lorsque la patiente et la sage-femme ont déjà établi une relation avant l'accouchement, la patiente informe plus facilement la sage-femme de sa sortie ou de la poursuite de son hospitalisation. Cela évite les dysfonctionnements.
- Les sages-femmes sont très vigilantes à l'efficacité et à la rentabilité de leurs soins. Les visites postnatales doivent être d'abord ciblées vers les femmes les plus vulnérables et aux périodes les plus adaptées aux besoins des femmes.
- le besoin de suivi à distance doit être facilité: attention au discours des Délégués de l'Assurance Maladie qui limite le PRADO à J7

Propositions: les critères d'éligibilité

- Agir sur les critères d'éligibilité
 - Les critères d'éligibilité au PRADO concernent essentiellement les femmes les moins vulnérables, les moins à risque.
 - Les critères d'éligibilité au PRADO et la période sortie (J3) enlèvent tout caractère d'urgence aux visites.
 - L'obligation de visite 24h après la sortie n'est pas justifiée dans les critères PRADO
 - Les soins doivent en priorité s'adresser aux patientes les plus vulnérables, les plus fragiles, les plus à risque d'avoir des difficultés à assumer la charge du nouveau-né et des aînés le cas échéant.

Le dossier médical

- Sécurité du suivi
- Confidentialité doit être assurée: la présence du Délégué de l'Assurance Maladie pose question
- Qui est référent en cas de question de la sage-femme concernant la patiente et son bébé ?
 - La difficulté de joindre un membre de l'équipe au courant du dossier est importante : quelle solution?
Comment la travailler avec la maternité ?

Propositions: disponibilité

- L'enquête révèle le manque de disponibilité des sages-femmes: elles ne peuvent tout assurer.
- Les Week-ends:
 - nécessité de renforcer les réseaux
 - indemnisation des astreintes
- Les PMI sont plutôt débordées par les situations les plus catastrophiques, et les services HAD fonctionnent généralement avec les sages-femmes libérales.
- Nous sommes inquiètes de voir les collègues se tourner vers des soins plus faciles, plus gratifiants et délaisser les soins plus lourds, payés au même tarif.

conclusions

- Répondre aux besoins des mères et des enfants

L'étude de 2005 sur la prise en charge des femmes enceintes a montré que les femmes se sentaient isolées au retour à domicile. La réponse de la CNAM a été le PRADO, sans doute avec la nécessité de reclasser un certain nombre d'agents libérés des tâches administratives grâce à la télétransmission.

- Utiliser les compétences des sages-femmes

Notre réponse serait préférentiellement de suivre les femmes depuis le diagnostic de grossesse pour dépister celles qui ont le plus besoin de soins, sans surconsommation. Des patientes commencent à parler « du droit à la visite de la sage-femme en postnatal ». Ce serait une absurdité d'augmenter les dépenses et de créer un nouveau besoin alors que nombre de femmes et de couples ont besoin de la compétence des sages-femmes et ne sont pas dépistés.

L'entretien prénatal précoce doit être mieux utilisé.

- Réduire les coûts en ciblant les besoins