

Webinaire



Union Nationale et Syndicale des Sages Femmes

PRADO Maternité Historique et avenir

9 mars 2021

PRADO bases historiques

- Programme **D'**accompagnement du retour à **domicile** du patient hospitalisé
- Début des expérimentations pour la maternité: 1^{er} mars 2010. Présenté en CPR en décembre 2009
- Mise en place CNAM étendu à toutes les assurées de tous les régimes fin 2012
- Sorties standards jusqu'en 2015 ; généralisation aux sorties précoces en 2018



PRADO maternité POURQUOI?

- **1 ACCOMPAGNEMENT DES MERES :**
- Enquête UNCAM en 2005 sur satisfaction des femmes concernant le vécu des séances de PNP
 - Insatisfaction relative à l'absence de suivi prévu après l'accouchement
- Recommandations HAS de mars 2006 sur l'accompagnement à la parentalité
- Enquêtes DREES publiée en 2008 (étude sur 2006) et celle de l'UNAF/CIANE de 2010 (sur période 2004-2009) confirme l'enquête UNCAM
 - Globalement les femmes sont satisfaites du suivi de grossesse, de l'accouchement, mais pas du retour à la maison



PRADO versant économie

- **2 - Contexte économique**
- Ne plus utiliser l'HAD pour les retours physiologiques
- Economie de santé : 75 millions d'€ selon estimation CNAM grâce à la DMS (durée moyenne de séjour) réduite
- Réorganisation du travail dans les CPAM avec développement des FSE (Feuille de Soins Electronique): disponibilité des agents pour de nouvelles tâches gratifiantes pour apaiser les tensions internes



PRADO pour les sages-femmes

- **3 - Place des sages-femmes dans le système de soin**
- Démographie dynamique
- Compétences qui s'étendent
- PRADO peut être une opportunité pour être plus visibles
- Y aurait-il une tentation d'occuper les sages-femmes libérales à des tâches hors suivi de grossesse et accouchements ?



Le fait accompli

- Présentation du projet en CPR (et sans doute pas beaucoup plus tôt en CPN) en décembre 2009 pour démarrage au 1^{er} mars 2010
- Négociations faites avec la direction des maternités sans informer les cadres des services (enquête faite auprès des 2 maternités d'Annecy après l'expérimentation (UNSSF))
- Y a t-il eu une réflexion avec les associations d'usagers ? Pas à notre connaissance !
- Donc un projet «Pour» les femmes, construit «sans» les femmes



PRADO maternité: les problèmes pratiques

Pour les hospitalières

- surcroît de travail pour déterminer les patientes éligibles notamment
- L'agent CPAM occupe un espace qui manque souvent aux soignants (bureau, téléphone)

Pour les patientes

- Peu disponibles, pas apte à s'opposer au discours de l'agent ; les souhaits des femmes pas toujours respectés
- ***Le programme cible les femmes avec le moins de difficultés, sans qu'un dispositif se mette en place pour les femmes avec un accouchement pathologique, fragiles, mineures etc ...***



PRADO maternité: les problèmes pratiques

Pour les agents

- Découvrent la vie et la complexité de la maternité, sans connaissance médicale, ni des réalités de la période !
- Peu de temps pour joindre chaque sage-femme demandée par les femmes

Pour les sages-femmes libérales

- Disponibilité pour le suivi, pour les réunions
- Responsabilité : absence de dossier médical si on ne connaît pas la patiente
- Temps perdu et absence de continuité des soins si le choix de la patiente de retrouver la sage-femme rencontrée en anté natal n'est pas respecté. Il en est résulté quelques boycotts !



PRADO maternité : une bonne intention

- Répond aux besoins des femmes
 - Être accompagnée après le retour à la maison
 - Vérifier que l'allaitement se met en route
 - Prévenir les moments de doutes
 - Etc...
- Répond aux besoins des sages-femmes
 - Prendre soin des femmes et des nouveau-nés
- Répond aux besoins des agents
 - Libérés des tâches de traitement des feuilles de soins grâce aux FSE



PRADO: une mauvaise réponse

- Quelle prise en charge pour: (non exhaustif !)
 - Les femmes ayant une pathologie
 - Les parents de bébés décédés
 - Les mineures, les femmes vivant dans la précarité
 - Les mères de jumeaux et plus
 - Les prématurés, hypotrophes, et bébés hospitalisés
 - Les suivis d'allaitements difficiles avec les bébés qui ne tètent pas correctement
- Absence d'outil de suivi
 - Dossier médical

PRADO maternité : nos demandes

- ***La prise en charge du retour à domicile doit être dans la continuité du suivi prénatal***
 - Favoriser le suivi de la grossesse par les sages-femmes libérales, au moins **favoriser un contact anténatal**
 - Assurer que la sage-femme ayant effectué le suivi prénatal soit contactée en postnatal, selon le souhait de la patiente
- Garantir la transmission du dossier médical
- Créer un poste de sage-femme coordinatrice en maternité pour effectuer le lien ville-hôpital



Nos demandes (suite)

- **Adapter les tarifs :**
 - *Des déplacements* en ville (IFD spécifique) et les IK adaptés sans tenir compte de la SFL la plus proche
 - *des actes:*
 - Adapter le forfait à C+V au minimum (50€/SF17,9)
 - Permettre à la SFL de compter autant de forfaits qu'elle estime nécessaire jusqu'à J12. (date de fin 100% maternité)
 - Pour les suivis des mères dont l'enfant est décédé Permettre le forfait même en absence de l'enfant
 - Pour les suivis des mères dont l'enfant est hospitalisé ou pour les suivis au-delà de J 12 prévoir des cotations adaptées
 - *Indemniser les temps de réunions* de coordination avec la maternité et les équipes médico-psycho-sociales
 - Prévoir des indemnités d'astreintes les WE



Les questions

- Comment gérer la disponibilité aléatoire ?
- Quel impact sur l'activité des cabinets ?
- Les sages-femmes libérales seraient-elles incompétentes pour les suivis
 - des femmes ayant des antécédents pathologiques?
 - Des femmes mineures, précaires ?
 - Des enfants sortis d'unité de néonatalogie ?
 - D'allaitement difficile ?



AVENIR

- Comment généraliser le **contact anténatal**?
- Comment accompagner les femmes éligibles au PRADO, hors sorties précoces en l'absence de l'orientation par les agents ?
- PRADO sorties précoces **sans** lien prénatal: Comment gérer la responsabilité médicale ?
- Surveillance de la bilirubinémie: ne pas répondre au chantage du bilirubinomètre ?
- Travailler avec les usagers de la périnatalité: le PRADO a été très apprécié par une majorité de femmes



Avenant 4 / articles concernant le PRADO

Article.6. Coordination des soins et programmes d'accompagnement après le retour à domicile

Décrit l'accompagnement à domicile après l'accouchement , l'éligibilité des femmes par l'équipe de la maternité et la nécessité du contact anté natal

Article 6.1

L'accompagnement à domicile après l'accouchement Les partenaires conventionnels, conscients de l'évolution des besoins des patientes, notamment du fait de la diminution des durées de séjour en maternité, réaffirment la nécessité de renforcer l'accompagnement des femmes et des nourrissons par une surveillance appropriée à leur domicile. En 2010, avait été mis en place un dispositif d'accompagnement offrant aux femmes le souhaitant et à leur nouveau-né, un suivi à domicile renforcé et adapté en sortie d'hospitalisation par les sages-femmes libérales.

Aujourd'hui, ce dispositif peut être proposé à tous les couples mère-enfant que l'équipe médicale de la maternité juge éligibles, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de mars 2014.

Afin d'améliorer la fluidité du parcours et la qualité de la prise en charge, les besoins de la mère et du nouveau-né sont anticipés par la mise en relation de la patiente avec une sage-femme pour un suivi à domicile, dans le respect du principe du libre choix des patientes. Ainsi, lorsque la patiente a été suivie en anténatal par une sagefemme libérale, il convient, en accord avec la patiente, de l'orienter prioritairement vers cette professionnelle, sauf si cette dernière s'est déclarée indisponible. La sage-femme qui accepte la prise en charge assure le suivi à domicile de la mère et du nouveau-né dans la semaine après la sortie d'hospitalisation et si possible dans les 48 heures suivant cette sortie conformément aux recommandations de la HAS.



Avenant 4 / articles concernant le PRADO

Article 6.2. L'accompagnement à domicile après l'accouchement en cas de sortie précoce

Les partenaires conventionnels ont mis en place, en 2015, une expérimentation du dispositif d'accompagnement à domicile après l'accouchement en cas de sortie précoce. Ils conviennent désormais d'étendre le dispositif à l'ensemble du territoire.

Ils rappellent par ailleurs la nécessité de préparer en amont la sortie de la maternité. Ce dispositif est proposé aux couples mère-enfant que l'équipe médicale de la maternité juge éligibles, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de mars 2014.

Afin d'assurer une prise en charge pertinente, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de développer un contact en anténatal entre la patiente et une sage-femme libérale de son choix. Ce contact anténatal permettra à la sage-femme d'expliquer les modalités de suivi à domicile afin d'anticiper le retour à domicile après l'accouchement. Il peut être réalisé dans le cadre du « bilan prénatal » ou de tout autre examen pendant la grossesse ou lors de séance de préparation à l'accouchement.

Un rappel dans ce sens sera fait par l'assurance maladie dans les conventions signées avec les établissements. En outre, l'assurance maladie sensibilisera les assurées à ce nouvel acte via ses canaux de communication habituels.....

Lors de son hospitalisation, la mise en relation de la mère avec la sage-femme est assurée dans le respect du principe du libre choix des patientes. Lorsque la patiente a été suivie en anténatal par une sage-femme libérale, il convient, en accord avec la patiente, de l'orienter prioritairement vers cette professionnelle, sauf si cette dernière s'est déclarée indisponible. La sage-femme libérale qui accepte la prise en charge assure le suivi à domicile de la mère et du nouveau-né, dans les 24 heures suivant la sortie d'hospitalisation, conformément aux recommandations de la HAS. 10 août 2018 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 100 sur 121

..... La mise en œuvre de ce suivi à domicile fera l'objet d'une communication adaptée auprès des assurés et des professionnels de santé (mise à jour du guide maternité, site internet « ameli.fr », newsletter...) afin de valoriser notamment le rôle des sages-femmes dans ce dispositif. Cette communication fera l'objet d'une concertation préalable entre les partenaires conventionnels signataires.



Avenant 4 / articles concernant le PRADO

Article 7 Valorisation du rôle des sages-femmes

7.2 Article 7.2 Valorisation de l'activité des sages-femmes en matière de prévention

..... Les partenaires conventionnels proposent de créer un nouvel acte à réaliser à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24^{ème} semaine d'aménorrhée. Il intégrerait notamment une information sur la vaccination, sur toutes mesures de santé publique (conduites addictives, ...) ainsi que sur le bilan bucco-dentaire du 4^{ème} mois et l'organisation du parcours de soins de la femme enceinte en pré, per et post partum. A cette occasion, le contact anténatal pourra être établi. La sage-femme sensibilisera notamment la future mère sur les modalités de suivi à domicile afin d'anticiper le retour à domicile après l'accouchement. Il est proposé une valorisation à hauteur de SF12,6. (*Le Bilan Prénatal*).

7.3 Valorisations tarifaires

– une majoration forfaitaire conventionnelle (DSP) de 25 € dans le cadre d'une sortie précoce après l'accouchement, facturable une fois en sus. Cette majoration prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire sera appliquée au premier forfait journalier de surveillance mère-enfant à domicile, lorsque celui-ci est réalisé dans les 24 h après une sortie précoce (< 72 h pour un accouchement par voie basse, < 96 h pour un accouchement par césarienne) et conforme aux recommandations HAS de 2014. Par ailleurs, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'offrir un suivi adapté

Par ailleurs, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité d'offrir un suivi adapté au couple mère/enfant après l'accouchement en prolongeant à J12 le forfait journalier de surveillance à domicile pour la mère et l'(les) enfant(s). Cette mesure entrerait en vigueur à l'expiration des délais fixés à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, et sous réserve de la modification de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale par décision UNCAM.



Conclusions

- Si globalement les caisses ont retiré les CAM (conseillères d'assurance maladie) de la mise en relation concernant les sorties de maternité, certaines CPAM continuent de s'engager pour les sorties précoces. Ce sont des arrangements locaux qui peuvent être discutés en CDCE (comité départemental de concertation et échange) par nos représentantes.
- **Le « contact anténatal » est primordial** et le suivi postnatal avec une sage-femme de proximité devrait être abordé avec toutes les femmes qui s'inscrivent dans une maternité. C'est écrit dans la convention et encore une fois, la CPAM (par le CDCE) pourra avoir un rôle à jouer dans la communication avec les maternités si les sages-femmes libérales n'arrivent pas à se faire entendre à ce sujet.
- Le partage du dossier médical, la transmission des CR, etc... doit être amélioré en l'absence de dossier commun partagé.
- Il faut assoir la tolérance concernant la prise en charge des IK pour les SF dans le cadre d'un « parcours de soins » en périnatalité
- Il faut adapter les IFD dans les grandes agglomérations ou les zones montagneuses ou d'accès difficile



Conclusions

- Toutes les femmes devraient pouvoir bénéficier d'un suivi postnatal organisé avec une sage-femme après leur sortie de la maternité, inclus les IMG, les MFIU, les femmes qui sortent après un séjour en néonatalogie, les femmes mineures, les femmes avec une pathologie importante.....
- Il y a besoin de temps de coordination entre les maternités et les sages-femmes libérales qui prennent en charge une partie du suivi en périnatal (ante et postnatal). Pour une organisation locale pouvons-nous faire appel aux ARS ? Faire des propositions dans le cadre des CPTS ? Explorer les dispositifs existants comme les DAC (dispositifs d'appui à la coordination), les PTA (Plateformes territoriales d'appui). <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/DAC>

L'UNSSF continuera à défendre l'intérêt des femmes et des sages-femmes avec ses représentants au niveau local, régional et national.

