

Maternité : l'Assurance Maladie accompagne les mères de la grossesse à la naissance

Chaque année plus de **815 000 naissances** ont lieu en France.

Sur les 10 dernières années, **la durée de séjour en maternité pour un accouchement normal a diminué dans tous les pays de l'OCDE¹ est aujourd'hui de 3.2 jours, en moyenne, contre 4,5 jours précédemment.**

En France, où la durée de séjour en maternité reste une des plus longues (4,4 jours), la tendance est également à la baisse.

Afin de mieux connaître la situation, l'Assurance Maladie a étudié les séjours en maternité de plus de 500 000 femmes ayant eu un accouchement sans complication et un bébé en bonne santé.

La durée moyenne de séjour constatée (**4.3 jours**) recouvre, cependant, des disparités alors que la population identifiée pour cette étude est homogène : **environ 93 000 femmes (18%) sont restées 3 jours à la maternité, 230 500 femmes (44%) sont restées hospitalisées 4 jours et 130 000 (25%) 5 jours.**

Selon une étude de la DREES², 95% des femmes sont satisfaites du suivi de la grossesse et de l'accouchement, mais **1 sur 5** porte un jugement négatif sur la préparation de la sortie de maternité et du retour à la maison, et **21% d'entre elles jugent trop long le séjour à la maternité.**

L'Assurance Maladie accompagne les futures mères du début de la grossesse aux premiers jours de l'enfant. En effet, l'assurance maternité prend en charge à 100% l'ensemble des frais médicaux liés à la grossesse et à l'accouchement, à partir du 6^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après la date de l'accouchement. Elle verse également les indemnités journalières pour les congés maternité et paternité.

Depuis 2008, l'Assurance Maladie a développé un accompagnement spécifique des futures mères depuis la déclaration de grossesse jusqu'à la naissance. Afin que cette période clé dans la vie d'une femme se déroule dans les meilleures conditions l'offre de service de l'Assurance Maladie est organisée autour de deux axes : des informations pratiques et administratives et des conseils médicaux de prévention.

- **Le programme de prévention des facteurs de risque de la grossesse** élaboré dans le cadre de la convention médicale, en concertation avec les médecins, vise à sensibiliser les femmes aux comportements à adopter lorsque l'on est enceinte et à la prévention des facteurs de risque. Un effort particulier est prévu pour les très jeunes femmes et les bénéficiaires de la CMU complémentaire. De leur côté les professionnels de santé reçoivent des outils destinés à faciliter l'échange sur certains

¹ Panorama de la santé 2009 : les indicateurs de l'OCDE

² Etudes et résultats n° 660-septembre 2008 « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement ».

thèmes de prévention, notamment les conduites addictives (consommation de tabac, d'alcool et de drogue).

- **Un service de prévention en ligne** : Les femmes ayant déclaré leur grossesse peuvent accéder, en l'activant, à un service dénommé « *Vous attendez un enfant* ». Conçu comme un agenda et un guide d'information, ce service est actualisé mois après mois et les accompagne en fonction de l'avancement de leur grossesse et de leurs besoins.
- **Evaluer ses indemnités journalières** : sur ameli.fr les futures mères peuvent aussi calculer le montant prévisionnel des indemnités journalières qu'elles vont percevoir pendant leur congé maternité. Les pères peuvent également l'utiliser pour leur congé paternité.

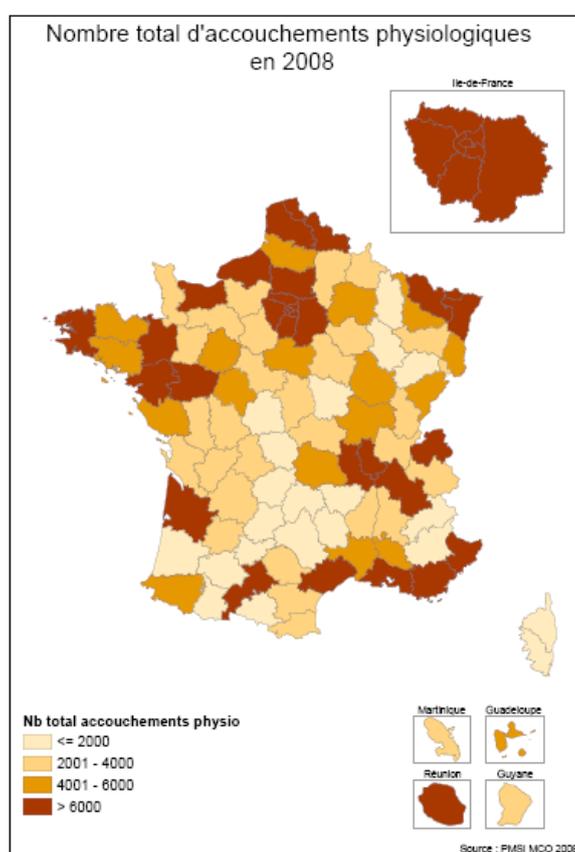
Afin d'améliorer la satisfaction des mères et d'accompagner l'évolution constatée de la durée moyenne de séjour en maternité, l'Assurance Maladie réfléchit aujourd'hui à la période qui suit la naissance pour compléter son offre d'accompagnement de la maternité. Dans un premier temps, elle a testé dans trois départements un service permettant aux femmes, qui le souhaitent et le peuvent médicalement, d'être accompagnées à la sortie de la maternité par une sage-femme libérale. Les enseignements de cette première expérience permettront d'engager une réflexion avec les professionnels de santé pour construire un service de qualité qui réponde aux besoins des jeunes mamans.

I - Une durée moyenne de séjour en maternité de 4.3 jours

Selon une étude de la DREES, publiée en 2008³, plus de 95% des femmes sont satisfaites de leur suivi de grossesse et du déroulement de leur accouchement, mais **une femme sur cinq émet un jugement négatif sur la préparation de la sortie de maternité**. Elles sont entre 15 et 35% à être insatisfaites des informations et des conseils qui leur sont prodigués sur les soins de suites de couches. L'étude révèle aussi que **21% des femmes jugent trop long** le séjour à la maternité.

Pour approfondir sa connaissance de la dernière étape de la maternité, après la naissance, l'Assurance Maladie a réalisé une étude sur les accouchements par voie basse d'un enfant unique, sans aucune complication ni pour la mère ni pour l'enfant.

Plus de **525 000⁴ accouchements** sans complications ont ainsi été identifiés en 2008. Les mères âgées de 18 à 44 ans n'avaient souffert d'aucune maladie pendant la grossesse et pour 41,6% d'entre elle il s'agissait d'un premier accouchement.



Accouchements physiologiques = accouchements par voie basse sans complication.
APE = active à part entière

³ Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement, Etudes et résultats N°660 – septembre 2008 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

⁴ Sur plus de 800 000 naissances. Données du PMSI 2008

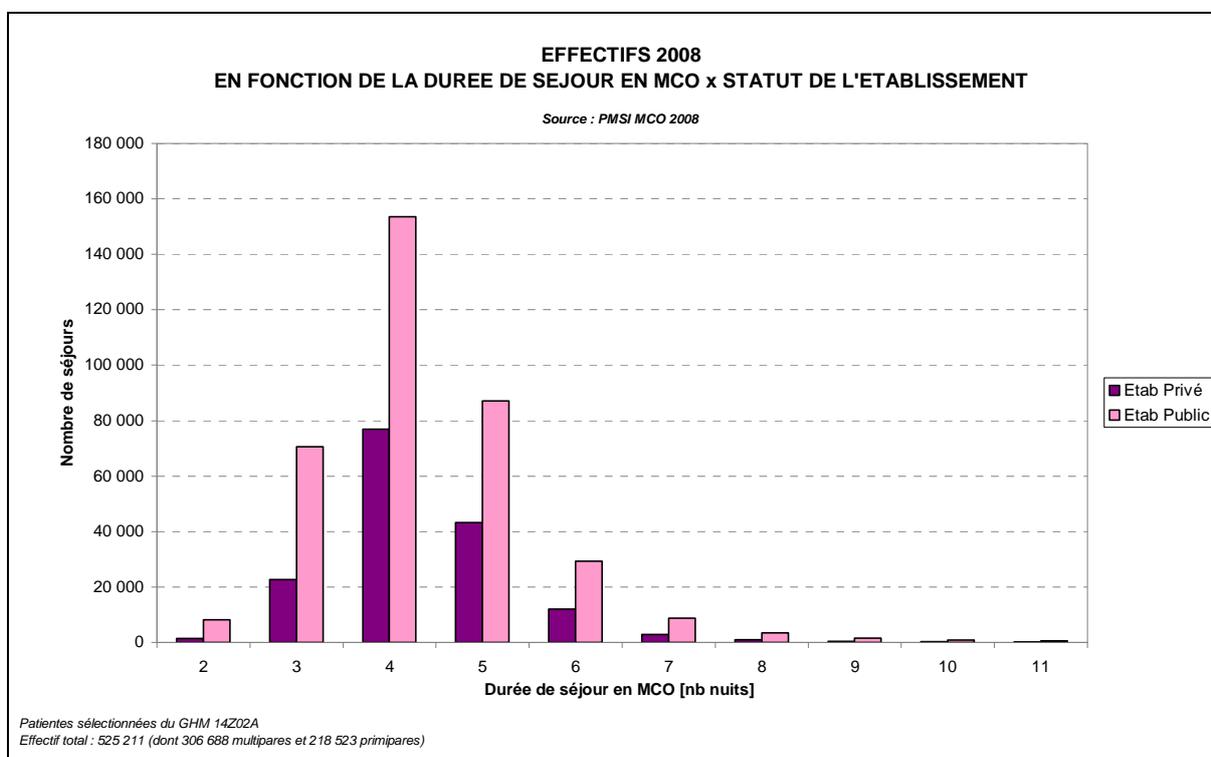
- **Une durée moyenne de séjour identique dans les maternités privées et publiques**

Ces 525 211 accouchements sont réalisés à 69% dans un établissement public⁵ et à 31% dans une clinique privée.

La durée moyenne de séjour en maternité, **est de 4,3 jours en 2008 et quasiment identique dans les maternités publiques et privées.** Pour autant cette moyenne recouvre des durées des séjours variant de moins de 2 à 8 jours.

- 42% des femmes ayant accouché dans un établissement public sont restées **4 jours** à la maternité et elles sont 48% avoir eu la même durée de séjour dans le privé.
- 24% des femmes ayant accouché dans un établissement public et 27% de celles qui étaient dans un établissement privé sont restées **5 jours** à la maternité
- 19% sont restées **3 jours** dans le public et 14% la même durée dans le privé.

Au total, 93 000 femmes sont restées hospitalisées 3 jours, 230 500 femmes sont restées 4 jours, et 130 300, 5 jours alors que la population prise en compte dans l'étude est homogène.

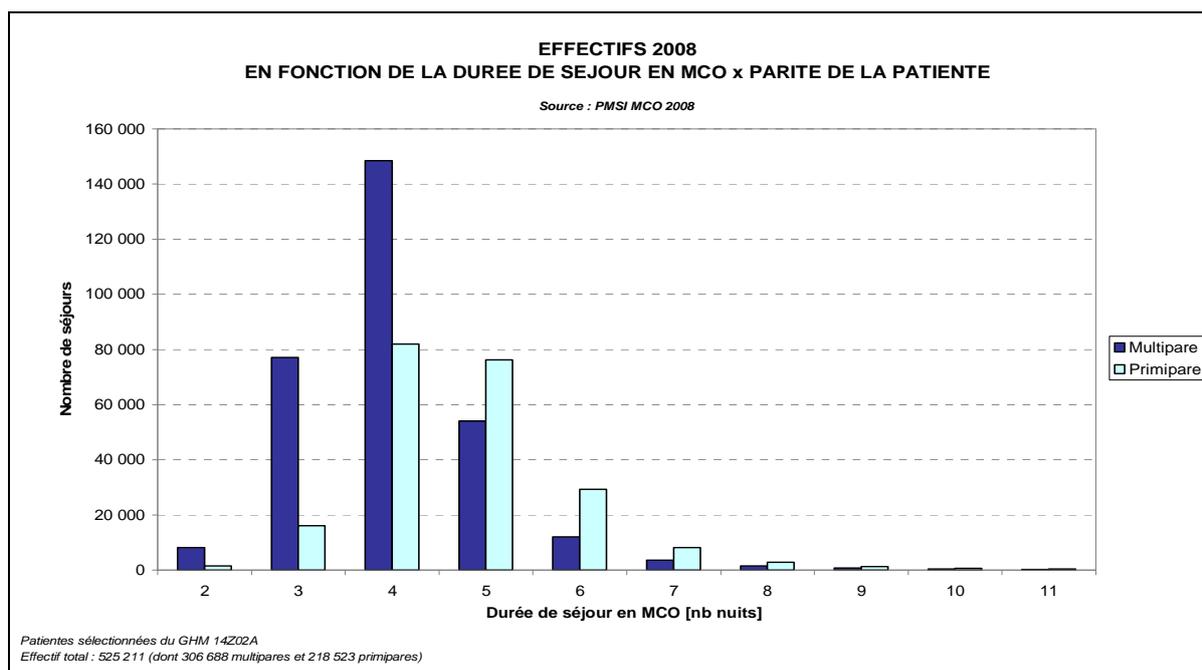


⁵ y compris les établissements privés à but non lucratif

Si la durée de séjour n'est pas liée au statut de l'établissement, le fait que ce soit un premier accouchement a lui un léger impact : les primipares **restent un peu plus longtemps à la maternité** (4,8 jours) que les femmes ayant déjà eu un enfant (4 jours).

- 48% des multipares et 38% des primipares restent 4 jours à la maternité
- 25% des multipares et 7% des primipares restent 3 jours
- 18% des multipares sont restées 5 jours alors que c'est le cas de 35% des primipares
- Enfin les multipares ne sont que 4% à rester 6 jours alors les primipares sont 13%.

77 000 multipares et 16 000 primipares restent 3 jours à la maternité, 148 500 multipares et 82 000 primipares y restent 4 jours pendant que 54 000 multipares et 76 000 primipares y restent 5 jours.

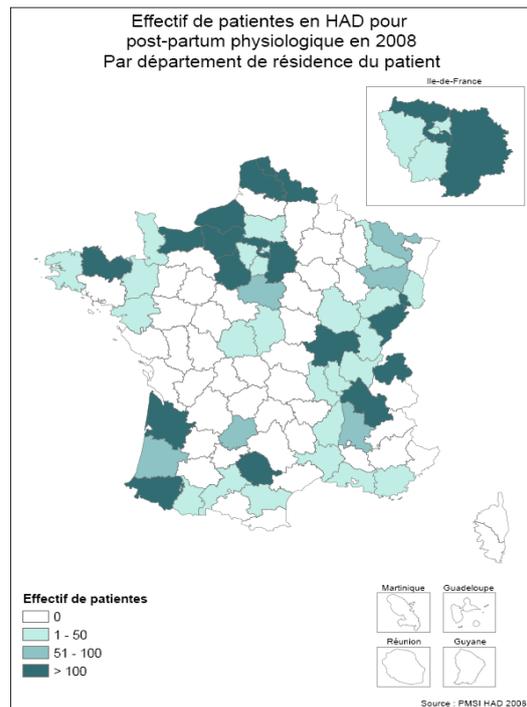
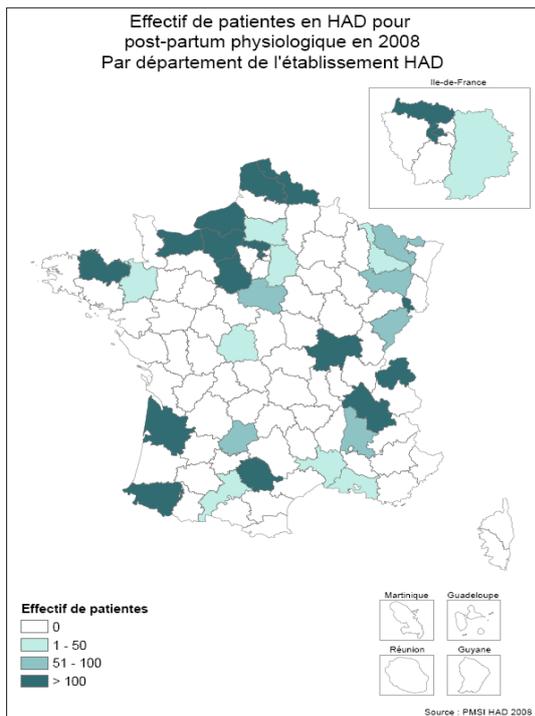


▪ **Le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD)**

Sur les 525 200 femmes concernées par l'étude de l'Assurance Maladie (ayant eu un accouchement sans problème et dont le bébé est en bonne santé), 7 100 femmes sont suivies en HAD.

Cette modalité de prise en charge (alternative à l'hospitalisation) est proposée à 90% par des établissements publics. Elle est plus fréquemment utilisée dans le Nord Pas de Calais, la Normandie, l'Aquitaine, dans le centre Est de la France et en région parisienne. L'analyse montre aussi que les services d'hospitalisation à domicile élargissent leur champ d'activité vers les départements voisins (voir cartes).

Actuellement l'hospitalisation à domicile est proposée aux femmes ayant souffert de complications pendant la grossesse ou lors de l'accouchement, pour les grossesses multiples ou lorsque l'enfant est atteint de certaines pathologies, elle peut aussi être proposée aux femmes n'ayant eu aucune complication et dont le bébé est en bonne santé. On peut s'interroger sur cette dernière utilisation de l'HAD, car si l'hospitalisation à domicile est un mode de prise en charge recommandé dans le post-partum pathologique, le recours à un mode de suivi aussi intensif, et par conséquent coûteux, lorsque la mère et l'enfant se portent bien, n'apparaît pas approprié.



II – Un accompagnement pour mieux vivre sa grossesse

L'Assurance Maladie a créé une offre de service « maternité » diversifiée qui s'enrichit progressivement et qui s'inscrit dans le programme de prévention des facteurs de risque de la grossesse élaboré avec les médecins dans le cadre de la convention médicale. L'objectif est de donner aux femmes toutes les informations d'ordre pratique ou médical dont elles ont besoin au cours de cette période clé de leur existence.

Ce programme s'adresse à toutes les futures mères.

Un effort particulier est porté vers les femmes socialement fragiles ou encore les jeunes adultes de 16 à 20 ans. En effet, il a été constaté que le suivi de grossesse est moins bon (déclaration tardive de grossesse, nombre insuffisant de visites prénatales, pas de prise de contact avec un médecin accoucheur) pour les femmes ayant un niveau socio-économique faible, et en particulier les futures mères célibataires ou très jeunes.

L'assurance Maladie, dans le cadre de l'assurance maternité, prend en charge à 100%, à partir du 6^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, l'ensemble des frais médicaux, l'accouchement (honoraires compris) et ses suites.

Pour un suivi optimal de la grossesse, des examens et échographies sont recommandés voire obligatoires. Les sept examens prénataux (rubéole, toxoplasmose, VIH...) et les trois séances d'échographies (à 12, 22 et 32 semaines) recommandés sont ainsi pris en charge par l'Assurance Maladie.

Les femmes enceintes peuvent également bénéficier de huit séances de préparation à l'accouchement. Ces séances peuvent être individuelles ou collectives.

- ***Un rendez vous d'information***

L'Assurance Maladie propose aux futures mères un rendez-vous d'information qui peut être soit individuel, soit en groupe.

L'atelier collectif est l'occasion pour les parents de recueillir des informations administratives mais aussi des conseils de santé et de prévention grâce à la participation d'un professionnel de santé. Les très jeunes femmes, et les bénéficiaires de la CMU-complémentaire sont invitées de manière prioritaire.

Une cinquantaine de caisses d'Assurance Maladie ont organisé, en partenariat avec d'autres organismes (CAF, PMI), des **ateliers collectifs** durant lesquels des professionnels de santé et les futures mères peuvent échanger sur tous les aspects administratifs, médicaux et préventifs de la grossesse. En moyenne, ces caisses d'assurance maladie ont organisé 6 ateliers qui ont réuni plus de 5 600 femmes.

Une évaluation destinée à mesurer l'intérêt de cette action a montré que **83% des femmes** ayant participé aux ateliers se sont déclarées satisfaites.

- ***Un contact personnalisé dès les premiers mois***

Dès la déclaration de sa grossesse à sa caisse d'Assurance Maladie, l'assurée reçoit un **courrier personnalisé** et des informations concernant la prévention des habitudes de vie qui pourraient provoquer des complications de la grossesse (médicament, activité, alimentation, alcool et tabac) ainsi que des conseils sur l'allaitement.

Il leur est également adressé **une aide pratique** pour leur permettre de préparer en amont la consultation avec leur médecin, leur gynécologue ou leur sage-femme, et de réfléchir aux questions qu'elles pourraient se poser (*pour soigner un mal de tête, que prenez-vous comme médicament ?, pensez-vous qu'on peut continuer à fumer pendant la grossesse ?...*).

L'assurée reçoit, par courrier **un calendrier personnalisé**. Ce dernier mentionne les dates de ses prochains examens médicaux, la période de prise en charge à 100% de ses soins médicaux ainsi que la date prévisionnelle de son congé maternité.

Ensuite tout au long de sa grossesse, **3 livrets** correspondant à chaque étape-clé de la grossesse lui sont envoyés :

- « vous accompagner : la maternité, de 0 à 6 mois »,
- « vous accompagner : la maternité, de 6 à 9 mois »,
- « vous accompagner : la naissance ».

Ces livrets fournissent des informations pratiques ainsi que des conseils de santé pour préparer au mieux l'arrivée de l'enfant : les rendez-vous importants pour le suivi de la grossesse (examens, consultations), la prise en charge, les différents modes de garde...

Ils sont également disponibles sur ameli.fr.

Une évaluation intermédiaire de l'offre de service « maternité » réalisée auprès d'un panel de 600 femmes a montré que :

- **95% étaient satisfaites** de services qui leur ont été proposés tout au long de leur grossesse.
- **85%** estiment que l'Assurance Maladie a été bien **présente tout au long de leur grossesse**.
- **84%** pensent que l'Assurance Maladie a **répondu à leurs besoins d'informations sur les démarches à effectuer**.

III - Les services en lignes sur ameli.fr

L'offre de l'Assurance Maladie s'est élargie en 2009 avec deux nouveaux services en ligne.

○ **« Votre espace prévention » sur le compte Internet d'ameli.fr**

Les assurés peuvent accéder à leurs données personnalisées en créant leur compte Internet sur ameli.fr. Actuellement, plus de **4.5 millions de comptes** ont déjà été ouverts.

Depuis août 2009 une rubrique « **votre espace prévention » est proposée aux femmes enceintes dans le compte Internet sur ameli.fr.**

Les femmes ayant déclaré leur grossesse peuvent accéder, en l'activant, à un service dénommé « *Vous attendez un enfant* ». Conçu comme un agenda et un guide d'information, ce service est actualisé mois après mois et les accompagne en fonction de l'avancement de leur grossesse et de leurs besoins. Il comporte quatre rubriques :

- « *mes rendez-vous chez mon médecin ou ma sage-femme* » qui sert d'agenda en ligne des principales consultations à réaliser ;
- « *mes examens* », un mémo des examens à effectuer ;
- « *je pense aussi à prendre rdv pour ...* » : qui rappelle les dates des prochaines échographies et autres rendez-vous recommandés ;
- « *Pense-bête* » : une présentation des réflexes préventifs à adopter tout au long de la grossesse, la possibilité de télécharger les livrets d'information...

En janvier 2010, on comptabilisait **42 518 espaces actifs** (contre 17 465 en octobre 2009).

○ **Le simulateur d'indemnités journalières sur ameli.fr**

Connaître le montant de ses indemnités journalières quand on est en congés maternité ou paternité, c'est possible, depuis août 2009, sur ameli.fr, grâce à un outil de simulation.

Pour obtenir le montant prévisionnel des indemnités journalières, la simulation se déroule en deux étapes :

➤ 1^e étape : votre situation

Afin de calculer au plus juste le montant prévisionnel de l'indemnité journalière à percevoir, il faut renseigner cinq champs :

- la nature du congé (maternité ou paternité),
- le régime auquel on appartient (Alsace-Moselle ou non),
- la situation professionnelle (en activité ou au chômage),
- la date de début du congé,
- les montants de 3 ou 12 derniers salaires bruts (selon la situation professionnelle).

➤ 2^e étape : le calcul de l'indemnité

Après un récapitulatif des informations fournies, l'internaute obtient un montant indicatif de l'indemnité journalière qu'il recevra.

Depuis son ouverture, **224 000** simulations en ligne ont été effectuées.

Le simulateur reçoit, en moyenne, 30 000 visites par mois.

IV - Le programme de prévention des facteurs de risque de grossesse pour les médecins traitants en lien avec les gynécologues et les sages-femmes libérales

En 2008, l'Assurance Maladie a lancé un programme de prévention des facteurs de risques de la grossesse avec les médecins traitants. Ce thème avait été retenu par les médecins libéraux et l'Assurance Maladie dans la convention médicale, au côté d'autres axes de santé publique comme la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, le développement du dépistage du cancer du sein, etc.

Les médecins généralistes sont au cœur de ce programme car ils ont un rôle majeur dans le suivi des grossesses. En effet plus de **71% des femmes enceintes** ont recours à la fois à un médecin traitant et à un gynécologue ou à une sage-femme pendant leur grossesse **et 22% consultent uniquement un médecin généraliste.**

Les délégués de l'Assurance Maladie ont rencontré plus de 7 000 médecins traitants ayant une patientèle potentiellement concernée par le programme de prévention. En amont, les gynécologues et les sages-femmes libérales ont été informés de l'action vers les médecins traitants.

L'objectif étant de :

- Donner de la visibilité au médecin traitant sur sa patientèle et sa prise en charge en matière de suivi de la grossesse (prescription de **folates**, sérologies toxoplasmose, rubéole, hépatite B et iatrogénie médicamenteuse).
- Aider et inciter le médecin traitant à aborder les facteurs de risque avec ses patientes.

Ils leur ont remis :

- un mémo pratique sur le suivi de la grossesse (suivi et orientation de la femme enceinte, examens biologiques obligatoires et recommandés, prévention des facteurs de risque liés à la consommation de tabac et ...) qui a été jugé utile par **86%** des médecins traitants,
- une fiche profil de leurs pratiques en terme de suivi de grossesse,
- une pochette leur présentant les actions destinées à leurs patientes (voir ci-dessous).

D'ores et déjà, une évaluation intermédiaire du programme a montré que la prescription d'au moins une boîte de **folates** (vitamine B prescrite en prévention d'anomalies de fermeture du tube neural) est passée **de 18.4% en octobre 2006 à 23.5% en décembre 2008**. Soit une progression de plus de **5 points en 2 ans**.

A la lumière des résultats obtenus, l'Assurance Maladie va enrichir ce programme d'accompagnement avec la poursuite des efforts spécifiques vers les femmes qui en ont le plus besoin.

Pour vos patientes

- Une fiche « Préparez votre prochaine consultation » envoyée au domicile dès la déclaration de grossesse. Elle vise à inciter les femmes à partager avec vous les principales questions relatives à leur grossesse (alcool, tabac, médicaments...).



- Trois brochures, envoyées au domicile, pour accompagner les femmes tout au long de leur grossesse :



V – L'accompagnement du retour à domicile en test

L'Assurance Maladie a souhaité proposer dans quelques maternités (7), avec le concours de trois CPAM (Annecy, Rennes et Versailles), un service d'accompagnement de retour à domicile et de suivi de la mère et de l'enfant par une sage-femme libérale.

Ce service est destiné aux femmes ayant accouché par voie basse et sans complications (pour la mère et pour l'enfant) dont l'éligibilité est déterminée par les professionnels de santé de la maternité selon des critères médicaux (cf. annexe 2).

Les mères, qui le souhaitent, bénéficient d'un suivi personnalisé par une sage-femme libérale de leur choix

La mise en relation, entre la mère et la sage-femme choisie, est facilitée par l'intermédiaire de conseillères de l'Assurance Maladie. Ces dernières sont à la disposition des mères pour répondre à leurs questions. Elles peuvent également les aider, si besoin, en les orientant vers d'autres organismes sociaux (CAF, PMI...).

Les enseignements de cette première expérimentation permettront de nourrir la concertation à venir avec les sages-femmes libérales pour élaborer un accompagnement du retour à domicile de qualité répondant aux besoins des mères.

Annexe 1 : Dépliant-test « retour à domicile »

“ Comment bénéficier de ce service ? ”

Vous souhaitez bénéficier de l'accompagnement à domicile par une sage-femme ?

■ Une conseillère de l'Assurance Maladie s'occupe de vous

Après la naissance de votre enfant, la conseillère vous rend visite à la maternité.

Elle vous remet une liste de sages-femmes pour vous permettre de choisir celle que vous souhaitez.

Elle prend contact avec la sage-femme que vous avez choisie et organise pour vous sa première visite à votre domicile.

■ La conseillère est votre interlocutrice privilégiée pour votre retour à la maison

Elle vous oriente vers les organismes en fonction de vos besoins : aide à domicile, services sociaux...

Elle vous assiste pour toutes questions liées à ce service.

Elle prend contact avec vous à l'issue de l'accompagnement à domicile pour s'assurer de votre satisfaction.

Bien sûr, pour toute question ou problème d'ordre médical, prenez contact avec les professionnels de santé qui vous suivent.

Darius - Février 2010



L'accompagnement à domicile

“ Bébé est né, Je rentre à la maison ”

L'Assurance Maladie m'accompagne



Nouveau service proposé, à titre expérimental, par l'Assurance Maladie



Annexe 2 : Formulaire d'éligibilité

** feuille
Exemplaire à conserver
dans le dossier médical

Programme d'accompagnement à domicile
Formulaire d'éligibilité de la patiente

Attention : Toute réponse négative à un seul des critères entraîne l'impossibilité de bénéficier du programme d'accompagnement à domicile. L'équipe médicale peut revoir l'éligibilité de la patiente tout au long du séjour.

Nom de l'établissement : _____

Identité de la patiente	
Nom de famille : _____	
Prénoms : _____	
Date d'accouchement : ____/____/20__	Prénoms de l'enfant : _____
Numéro de chambre : _____	
La mère	
Age compris entre 18 et 41 ans	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Absence de handicap psychique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Absence de co-morbidité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Absence de complication	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
L'accouchement	
Accouchement eutocique par voie basse	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Le nouveau-né	
Naissance d'un seul enfant (pas de naissance multiple)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Né à terme (37 à 42 semaines) dont la taille correspond à l'âge gestationnel	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nouveau-né n'ayant pas besoin d'être maintenu sous observation en milieu hospitalier	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Aucun problème d'alimentation apparent (au moins deux repas réussis)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Conclusions	
Patiente éligible	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, date de votre présence : ____/____/____	
Nom, prénom et fonction du professionnel ayant rempli ce document : _____	
Date : ____/____/20__	
Signature : _____	

Document communiqué le 04/04/2010