



HAL
open science

Une grossesse physiologique...des suivis européens : étude comparative des suivis de grossesse physiologique (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède)

Julie Marie-Jeanne

► To cite this version:

Julie Marie-Jeanne. Une grossesse physiologique...des suivis européens : étude comparative des suivis de grossesse physiologique (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède). Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01890814

HAL Id: hal-01890814

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01890814v1>

Submitted on 9 Oct 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sage-femme de Metz

Une grossesse physiologique...

...des suivis européens

Etude comparative des suivis de grossesse
physiologique dans différents pays d'Europe
(Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni,
Suède)

Mémoire présenté et soutenu par

Julie MARIE-JEANNE

Née le 10 septembre 1985

Promotion 2005-2009

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur

REMERCIEMENTS

Je remercie tout particulièrement Catherine Morel, directrice de mon mémoire, pour son aide, et sa patience.

Je remercie également ma famille pour son soutien tout au long de mes études.

SOMMAIRE

Remerciements	3
Sommaire	4
Introduction	7
Partie 1 : Généralités	8
1. Allemagne	9
1.1. Données de base	9
1.1.1. Géographiques.....	9
1.1.2. Démographiques	9
1.1.3. Économiques	9
1.1.4. Religieuses	10
1.2. Organisation politique et administrative	10
1.2.1. Le régime politique	10
1.2.2. Organisation administrative	10
1.3. Protection sociale	10
1.3.1. Généralités.....	10
1.3.2. Assurance maternité	13
2. France.....	15
2.1. Données de base	15
2.1.1. Géographiques.....	15
2.1.2. Démographiques	15
2.1.3. Economiques	15
2.1.4. Religieuses	16
2.2. Organisation politique et administrative	16
2.2.1. Le régime politique	16
2.2.2. Organisation administrative	16
2.3. Protection sociale	17
2.3.1. Généralité	17
2.3.2. Assurance maternité	19
2.3.3. Congés maternité et paternité.....	20
3. Italie.....	22
3.1. Données de bases	22
3.1.1. Géographiques.....	22
3.1.2. Démographiques	22
3.1.3. Economiques	22
3.1.4. Religieuses	23
3.2. Organisation politique et administrative	23
3.2.1. Le régime politique	23
3.2.2. Organisation administrative	23

3.3.	Protection sociale	24
3.3.1.	Généralité	24
3.3.2.	Assurance maladie-maternité	25
4.	Royaume uni	27
4.1.	Données de base	27
4.1.1.	Géographiques.....	27
4.1.2.	Démographiques	27
4.1.3.	Economiques	27
4.1.4.	Religieuses	28
4.2.	Organisation politique et administrative	28
4.2.1.	Le régime politique	28
4.2.2.	Organisation administrative	28
4.3.	Protection sociale	30
4.3.1.	Généralités.....	30
4.3.2.	Maternité	32
4.3.3.	Prestations familiales	33
5.	Suède	35
5.1.	Données de base	35
5.1.1.	Géographiques.....	35
5.1.2.	Economiques	35
5.1.3.	Religieuses	36
5.2.	Organisation politique et administrative	36
5.2.1.	Le régime politique	36
5.2.2.	Organisation administrative	36
5.3.	Protection sociale	37
5.3.1.	Généralités.....	37
5.3.2.	Assurance Maladie, Maternité	38
Partie 2 : Comparaison des suivis des grossesses		41
1.	Méthodologie	42
1.1.	Problématique, hypothèses et objectifs de l'étude	42
1.1.1.	La problématique	42
1.1.2.	Les objectifs	42
1.1.3.	Les hypothèses	42
1.2.	Le choix des pays	43
1.3.	Description de l'étude	43
2.	L'étude	44
2.1.	Nombre de consultations et professionnels qui suivent les grossesses.	44
2.1.1.	Les professionnels suivant la grossesse physiologique.....	44
2.1.2.	Les études de sages-femmes.	44
2.1.3.	Nombre de consultations et leur répartition tout au long de la grossesse	45
2.2.	Détail des consultations obstétricales.....	46
2.2.1.	La première consultation.....	46
2.2.2.	Consultations ultérieures.....	47

2.3.	Examens supplémentaires	48
2.3.1.	Examens biologiques	48
2.3.2.	Traitements.....	49
2.3.3.	Echographies	49
Partie 3 : Discussion		50
1.	Les consultations obstétricales et médicales.	51
1.1.	Professionnels suivant la grossesse.....	51
1.2.	Fréquence des consultations et professionnels suivant la grossesse.	51
1.3.	La première consultation obstétricale	52
1.3.1.	L'anamnèse	52
1.3.2.	Examen général et obstétrical	53
1.3.3.	Examens biologiques	53
1.4.	Les consultations ultérieures	54
2.	Examens complémentaires	55
2.1.	Les échographies	55
2.2.	Examens biologiques et traitements prophylactiques	55
2.2.1.	Examens biologiques	55
2.2.2.	Traitements prophylactiques	57
3.	Suivi personnalisé à la femme enceinte	58
3.1.	Ce que j'ai constaté	58
3.2.	Mes propositions	58
3.2.1.	Pour les consultations et échographies.....	58
3.2.2.	Pour les examens biologiques	60
Conclusion.....		61
Bibliographie		62
Annexe 1.....		I
Annexe 2.....		II

Introduction

La France, dans le décret n° 92-143 du 14 février 1992, relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal, rend obligatoire un certain nombre d'examens et de consultations pour le suivi d'une grossesse physiologique.

Par le plan de périnatalité 2005-2007, elle cherche « un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. »

Cependant, la surveillance de la grossesse physiologique reste toujours très « médicalisée », alors qu'elle est un état naturel ; et la France a toujours de forts taux de mortalité maternelle et de mortinatalité.

D'autres pays d'Europe, comme la Suède qui a les meilleurs résultats pour les indicateurs de périnatalité, ont la réputation d'avoir un suivi plus « naturel et physiologique » de la grossesse.

Dans une Union Européenne, qui tend à tous uniformiser, les suivis de grossesse sont-ils si différents ?

J'ai choisi de faire ce mémoire pour pouvoir comparer les suivis de grossesse dans quelques pays de l'Union Européenne. Cette comparaison ne se fait qu'au niveau géopolitique des pays, déroulements des consultations et prescriptions des examens. Elle ne tient pas compte du ressenti des femmes et des informations données par le professionnel.

Dans ma première partie, je fais donc, une rapide présentation de l'Allemagne, de la France, de l'Italie, du Royaume-Uni et de la Suède.

Puis dans ma deuxième partie, je compare les différents suivis de grossesse, pour ensuite émettre, dans ma troisième partie, quelques pistes et propositions pour une prise en charge plus adaptée à une grossesse physiologique.

Partie 1 : Généralités

1. ALLEMAGNE

1.1. Données de base

1.1.1. Géographiques

Superficie : 357 000km²

Population (2007) : 82,3 millions d'habitants

Densité de population (2006) : 230,7 habitants/km²

Population urbaine (2006) : 75%

1.1.2. Démographiques

Espérance de vie (2006) : 79,9 ans

Natalité (2006) : 8,17 pour 1000 habitants

Mortalité (2006) : 9,97 pour 1000 habitants

Indice de fécondité (2006) : 1,32 enfants/femme

Taux de mortalité maternelle (2005) : 4,0‰

Taux de mortalité infantile (2007) : 3,8‰

Taux de mortalité néonatale (2006) : 2,6‰

Taux de mortalité néonatale précoce (2006) : 2‰

Taux de mortinatalité (2006) : 3,6‰

Taux de mortalité périnatale (2006) : 5,5‰

1.1.3. Économiques

PIB (2008) : 2492 milliards d'euros

PIB/habitant (2008) : 30 300 €

PNB (2007) : 2 110,24 milliards d'euros

PNB/habitant (2007) : 25 640,82 €

1.1.4. Religieuses

L'Allemagne compte 34% de protestants, pour 34% de catholiques et 3,7% de musulmans.

1.2. Organisation politique et administrative

1.2.1. Le régime politique

L'Allemagne est une république fédérale. Elle est organisée selon le principe de séparation des pouvoirs et d'une démocratie représentative à régime parlementaire.

1.2.2. Organisation administrative

Depuis la réunification du 3 octobre 1990, l'Allemagne regroupe 16 Länder (Etats fédérés) qui disposent chacun d'une souveraineté interne, de leur constitution et d'institutions propres, parlement, gouvernement, appareil judiciaire. Ils définissent leur organisation administrative et partagent la souveraineté étatique avec l'Etat fédéral. L'exercice des prérogatives étatiques et l'accomplissement des tâches de l'Etat incombent aux länder, à moins que la loi fondamentale n'en dispose autrement.

Chaque Land comprend donc une assemblée délibérante élue au suffrage universel direct (Landtag ou Bürgerschaft dans les villes-Etats) et un exécutif élu par l'assemblée (Landesregierung), dirigé par un ministre-Président (Ministerpräsident). Il applique les mesures fédérales et sa propre législation.

1.3. Protection sociale

1.3.1. Généralités

Les assurances sociales sont nées en Allemagne à la fin du 19ème siècle, à l'époque du Chancelier Bismarck. L'assurance est nettement distinguée de l'assistance sociale : la protection sociale est en effet accordée en contrepartie d'une activité professionnelle.

Structure

Le régime légal allemand comprend cinq branches d'assurance, à savoir : l'assurance pension, l'assurance maladie, l'assurance dépendance, l'assurance accidents et l'assurance chômage.

Chaque branche d'assurance est gérée de manière autonome par des conseils d'administration composés paritairement de représentants des employeurs et de représentants des salariés.

Dans le domaine de l'assurance chômage, la représentation est tripartite : employeurs, assurés et État.

La tutelle est exercée par les ministères chargés de la santé, du travail et de la sécurité sociale.

Le régime légal d'assurance pension couvre toutes les personnes exerçant une activité salariée.

S'agissant de l'assurance pension, les travailleurs non salariés peuvent, pour certains d'entre eux, être rattachés obligatoirement au régime légal des travailleurs salariés comme, par exemple, les artisans ou les artistes, ou, s'ils appartiennent à des professions organisées en ordre, être assurés obligatoirement auprès d'organismes professionnels, ou encore ils peuvent souscrire une assurance volontaire auprès d'une caisse légale de salariés ou s'adresser directement à une compagnie d'assurance privée.

Assurance maladie, assurance dépendance

L'assurance maladie et l'assurance dépendance sont gérées par les caisses maladie. Il existe sept types de caisses maladie : les caisses locales générales, les caisses d'entreprises, les caisses corporatives, la caisse des mines, la caisse agricole, les gens de mer et les caisses de substitution.

Les caisses maladie sont également compétentes pour l'encaissement des cotisations pour tous les risques, à l'exception du risque accidents du travail et maladies professionnelles.

Prestations familiales

La gestion des allocations familiales est confiée à L'Office Fédéral du Travail sous l'égide duquel il existe un service spécifique « caisses familiales ». Le ministère des finances a la responsabilité des allocations familiales sous forme d'allègement fiscal.

Aide sociale

L'application de la loi fédérale d'aide sociale relève des länder. Les fonds d'indemnisation proviennent de l'État fédéral.

L'aide sociale intervient lorsque la protection sociale est insuffisante ou fait défaut. Elle constitue également une protection dans certaines situations de détresse ou encore de circonstances exceptionnelles et imprévisibles.

Financement

Le recouvrement des cotisations pour l'assurance maladie, invalidité, vieillesse et chômage est effectué par les caisses maladie. Les cotisations sont supportées par le salarié et l'employeur à raison de la moitié chacun et elles sont versées dans la limite d'un plafond déterminé annuellement.

L'employeur est responsable du paiement des cotisations patronales et salariales. La caisse maladie reverse aux institutions d'assurance invalidité et vieillesse et d'assurance chômage la part leur revenant.

Emplois faiblement rémunérés

En dessous d'un certain montant de rémunération (400 €), l'assurance n'est pas obligatoire, mais l'employeur est tenu d'acquitter une cotisation forfaitaire qui correspond à environ 25 % du revenu. S'agissant de l'assurance maladie, cette cotisation ne génère pas de droit à des prestations.

Lorsque le salaire est compris entre 400 € et 800 € par mois, un taux croissant linéaire commençant à 4 % est prévu pour la cotisation salariale. C'est seulement lorsque le salaire est supérieur à 800 € que les taux de cotisations s'appliquent normalement pour le salarié. Pour l'employeur le taux de cotisations normal s'applique dès 400 €

Assurance Maladie, Maternité, décès

Les cotisations forment la quasi-totalité des ressources des caisses de l'assurance maladie. Le montant des cotisations est calculé afin de couvrir les dépenses et de pouvoir constituer des réserves.

L'assiette des cotisations est calculée sur le salaire ou la pension, dans la limite d'un plafond fixé à 42 300€ par an.

Le taux est fixé par le statut de chaque caisse maladie, la cotisation moyenne est de 14,30 %, payée à part égale entre l'employeur et le salarié.

Dans le cas de versement d'un revenu de remplacement, les cotisations sont versées par l'organisme payeur de la prestation et par la personne indemnisée.

S'agissant de l'assurance privée, lors de la conclusion du contrat d'assurance maladie privée, le montant des primes dues est déterminé en fonction du risque individuel que représente l'assuré. Si l'intéressé au moment de la conclusion du contrat est atteint de certaines maladies, les primes sont normalement augmentées.

Le montant des primes varie également en fonction du sexe, de la profession et de l'emploi exercé. Il dépend également directement de l'âge de l'assuré au moment de la conclusion du contrat.

Prestations familiales

Les prestations familiales, quant à elles, sont entièrement fiscalisées.

1.3.2. Assurance maternité

Les femmes assurées peuvent prétendre à des prestations en nature et des prestations en espèces.

Les mères affiliées à l'assurance légale par l'intermédiaire de leur conjoint ou de leur père bénéficient de prestations en nature et de prestations en espèces forfaitaires.

Prestations en nature

Les prestations en nature sont servies sans condition préalable. Les soins médicaux (examens destinés au diagnostic et à la surveillance de la grossesse), l'assistance d'une sage femme pendant la grossesse et après l'accouchement sont gratuits.

Les frais d'accouchement dans un établissement agréé sont pris en charge par la caisse maladie pour une durée de six jours après l'accouchement. Au-delà, les frais d'hospitalisation sont pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie.

Prestations en espèces

Une allocation de maternité est servie à la femme qui justifie d'une affiliation d'au moins douze semaines au cours de la période comprise entre le début du dixième mois et la fin du quatrième mois précédant l'accouchement.

L'allocation maternité est versée durant six semaines avant l'accouchement et huit semaines après ou douze semaines en cas de naissances multiples ou avant terme.

Son montant est égal à la moyenne de la rémunération nette journalière des treize dernières semaines ou des trois derniers mois. Il est plafonné à 13 € par jour civil. L'employeur verse la différence entre l'indemnité de maternité et le salaire net antérieur.

Les mères, affiliées à l'assurance légale par l'intermédiaire de leur conjoint, n'ont pas droit à l'allocation de maternité. Elles reçoivent un montant forfaitaire de 77 €.

2. FRANCE

2.1. Données de base

2.1.1. Géographiques

Superficie : 552 000 km²

Population (2007) : 61,5 millions d'habitants

Densité de population (2006) : 99,9 habitants/km²

Population urbaine (2006) : 77%

2.1.2. Démographiques

Espérance de vie (2006) : 80,9 ans

Natalité (2006): 12,99 naissances / 1 000 habitants

Mortalité (2006) : 8,45 décès / 1 000 habitants

Indice de fécondité (2006) : 2 enfants/ femmes

Taux de mortalité maternelle (2005) : 8,0‰

Taux de mortalité infantile (2006) : 3,8‰

Taux de mortalité néonatale (2006) : 2,5‰

Taux de mortalité néonatale précoce (2006) : 1,7‰

Taux de mortinatalité (2006) : 9,5‰

Taux de mortalité périnatale (2006) : 11,2‰

2.1.3. Economiques

PIB (2007) : 1 892,1 milliards d'euros

PIB/habitants (2007) : 29 800 €

PNB (2007) : 1 539,66 milliards d'euros

PNB/habitants (2007) : 25 035,12 €

2.1.4. Religieuses

La France se compose de 51 à 64% de catholiques, 5 à 10% de musulmans, 2% et 1% de juifs.

2.2. Organisation politique et administrative

2.2.1. Le régime politique

La Ve République est un régime parlementaire au pouvoir présidentiel fort.

2.2.2. Organisation administrative

L'organisation administrative locale de la France se caractérise par une superposition des niveaux administratifs et un nombre très élevé de collectivités locales.

Depuis la décentralisation, il existe trois niveaux de collectivités locales de plein exercice :

La commune

Plus petite subdivision administrative mais aussi la plus ancienne, la commune est gérée par un conseil municipal élu au suffrage universel direct tous les 6 ans.

Une fois élus, les conseillers municipaux élisent le maire parmi eux. Il est l'exécutif de la commune qu'il représente et dont il gère le budget. Il est l'employeur du personnel communal et exerce les compétences de proximité (écoles, urbanisme, action sociale, voirie, transport scolaire, ramassage des ordures ménagères, assainissement...)

Il est également agent de l'Etat pour les fonctions d'état civil, d'ordre public, d'organisation des élections et de délivrance de titres réglementaires.

Le département

Il est géré par un conseil général élu pour 6 ans au suffrage universel, qui élit à son tour un président, exécutif du département. Il prépare et exécute les délibérations du conseil général, gère le budget et dirige le personnel.

Le département a de larges compétences pour l'action sociale, la construction et entretien des collèges, le remembrement rural, l'organisation des transports scolaires...

La région

La région est devenue collectivité territoriale à la suite des lois de décentralisation, le 16 mars 1986, date de la première élection des conseillers régionaux élus pour 6 ans au suffrage universel.

Les conseillers régionaux élisent le président du conseil régional qui gère le budget, dirige le personnel et conduit la politique de la région axée sur l'action économique, l'aménagement du territoire et la formation professionnelle.

2.3. Protection sociale

2.3.1. Généralité

La sécurité sociale a été créée en 1945, elle s'inspire essentiellement du modèle bismarckien, mais aussi du modèle beveridgien.

Structure

Le système français de protection sociale est essentiellement constitué par un ensemble de régimes légaux qui sont :

- le régime général,
- les régimes spéciaux de certains salariés non agricoles, qui assurent une protection contre certains risques particuliers (généralement la vieillesse, les autres risques étant couverts par le régime général) ou l'ensemble des risques,
- les régimes autonomes de vieillesse et de maladie des professions indépendantes non agricoles,
- le régime agricole qui vise les salariés et les non salariés contre l'ensemble des risques. Les dispositions applicables aux salariés du régime agricole sont alignées sur celles du régime général
- le régime chômage qui vise tous les travailleurs salariés et qui est géré par des organismes paritaires;
- les régimes de retraites complémentaires ARRCO et AGIRC qui sont obligatoires pour tous les salariés relevant du régime général ou du régime agricole.

Le régime général repose sur une hiérarchie d'organismes locaux, régionaux et nationaux, structurés par nature de risque, gérés paritairement et placés sous la tutelle du Ministère chargé de la sécurité sociale.

Le régime général protège :

- contre l'ensemble des risques, les salariés de l'industrie et du commerce, à l'exception de ceux qui bénéficient d'un régime spécial,
- contre les charges de la famille, l'ensemble de la population résidente,
- contre les risques maladie maternité pour les prestations en nature seulement, certaines catégories à titre obligatoire (ex : les étudiants, titulaires de certaines prestations). Par ailleurs, les personnes résidant en France qui ne relèvent d'aucun régime obligatoire, soit en qualité d'assuré, soit en qualité d'ayant-droit, relèvent à titre obligatoire de la couverture maladie universelle.

Le régime général est complété par un régime d'assurance chômage et des régimes de retraites complémentaires obligatoires.

Les prestations de l'assurance maladie-maternité sont attribuées par les caisses primaires d'assurance maladie.

Le droit à ces prestations est subordonné soit au versement d'un certain montant de cotisations, soit à un nombre d'heures de travail durant chaque période de référence (montant des cotisations dues pour 60 fois le SMIC ou 60 heures de travail dans le mois, ou pour 120 fois le SMIC ou 120 heures de salariat dans les 3 mois, ou pour 2030 fois le SMIC ou 1200 heures dans l'année qui précède la réalisation du risque).

Pour les prestations en espèces au-delà de 6 mois, il est également réclamé une durée minimale d'immatriculation d'un an.

Les personnes résidant de manière stable et régulière en France qui n'ont aucun droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité en qualité d'assuré ou en qualité d'ayant-droit, bénéficient également des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité. En fonction de leurs revenus, ces personnes sont redevables ou non, d'une cotisation spécifique pour la couverture maladie universelle (CMU).

Financement

Le régime général de sécurité sociale est financé principalement par des cotisations et contributions assises sur les rémunérations. Les cotisations sont calculées à partir de taux fixés à l'échelon national et sont à la charge en partie de l'employeur, et en partie du salarié.

Le régime est également financé par des impôts affectés : la contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale.

Est prélevée sur les revenus d'activité, les revenus de remplacement, les revenus du patrimoine, et les produits de placement, une contribution sociale généralisée (CSG).

Depuis le 1er février 1996, est également prélevée sur tous les revenus une contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS). Les personnes résidant fiscalement en France et à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime français obligatoire d'assurance maladie sont soumises, sur leurs revenus d'activités, à la CSG au taux de 7,5% et à la CRDS au taux de 0,5%.

2.3.2. Assurance maternité

L'assurance maternité assure la prise en charge des frais liés à la grossesse et à l'accouchement ainsi que le service des prestations en espèces lors du repos pré et postnatal de la mère, du congé d'adoption de la mère et/ou du père et du congé de paternité du père.

Prestations en nature

Peuvent y prétendre non seulement l'assurée elle-même mais également l'épouse, la fille, la belle-fille d'un assuré.

L'intéressée doit prévenir la caisse primaire au moins quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se soumettre à divers examens prénataux et postnataux obligatoires.

L'assurance maternité couvre, sans application du ticket modérateur, tous les frais relatifs à la grossesse de 24 semaines d'aménorrhée (SA) jusqu'à 12 jours après l'accouchement. Le droit aux prestations, apprécié à la date présumée du début de la grossesse, ou si les droits ne sont pas ouverts à cette date, à la date du repos prénatal, est ouvert dans les mêmes conditions que pour l'assurance maladie.

Prestations en espèces

Les prestations en espèces sont servies à condition de cesser toute activité salariée.

À côté des prestations en espèces de l'assurance maternité servies à la femme salariée au cours de repos pré et postnatal, il existe également des prestations servies au père au titre du congé de paternité.

Pour pouvoir prétendre à ces prestations, l'assuré(e) doit justifier, en plus des conditions de versement de cotisations ou d'heures de travail, de dix mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement ou à la date de l'arrivée de l'enfant dans le foyer.

Le montant de l'indemnité journalière est égal au salaire journalier de base de l'assuré, diminué de la part salariale des cotisations sociales d'origine légale et conventionnelle.

L'indemnité journalière ne peut pas être inférieure à 1/365e du montant minimum de la pension d'invalidité (8,48 €), elle ne peut pas être supérieure au gain journalier de base, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, diminué des cotisations et contributions sociales (74,24 €).

2.3.3. Congés maternité et paternité

S'agissant du repos maternité, l'intéressée est tenue de prendre au moins 8 semaines de repos, mais elle a droit à 16 semaines (en principe, 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et 10 semaines après). 2 semaines supplémentaires avant l'accouchement peuvent être accordées en cas de grossesse pathologique.

Pour l'arrivée du troisième enfant dans le foyer, le repos est porté à 26 semaines (8 semaines prénatales et 18 semaines postnatales).

En cas de naissances multiples, le congé prénatal est porté à 12 semaines pour des jumeaux et à 24 semaines pour les naissances de plus de deux enfants.

La période postnatale d'indemnisation est fixée à 22 semaines pour les naissances de plus de 2 enfants. En cas de naissance prématurée de plus de 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement, la durée du congé de maternité est augmenté du nombre de jours compris entre la date de l'accouchement et 6 semaines avant la date prévue de la naissance.

La durée du congé de paternité est fixée à onze jours consécutifs, ou dix-huit jours consécutifs en cas de naissance multiple. Il doit être pris dans les 4 mois qui suivent la grossesse. Ces congés s'ajoutent aux 3 jours dus aux pères salariés en cas de naissance.

3. ITALIE

3.1. Données de bases

3.1.1. Géographiques

Superficie : 310 226 km²

Population (2007) : 59,1 millions d'habitants

Densité de population (2006) : 199,7 habitants/km²

Population urbaine (2006) : 68%

3.1.2. Démographiques

Espérance de vie (2004) : 81 ans

Natalité (2006) : 9,50 naissances / 1 000 habitants

Mortalité (2006) : 9,47 décès / 1 000 habitants

Indice de fécondité (2005) : 1,32 enfants/ femme

Taux de mortalité maternelle (2005) : 3,0‰

Taux de mortalité infantile (2007) : 3,8‰

Taux de mortalité néonatale (2004) : 2,8‰

Taux de mortalité néonatale précoce (2004) : 2‰

Taux de mortinatalité (2004) : 2,9‰

Taux de mortalité périnatale (2004) : 4,9‰

3.1.3. Economiques

PIB (2008) : 1 572,2 milliards d'euros

PIB/habitant (2008) : 26 300 €

PNB (2007) : 1 340,78 milliards d'euros

PNB/habitant : 22 686, 63 €

3.1.4. Religieuses

L'Italie compte 90% de catholiques pour 10% de juifs, protestants et musulmans.

3.2. Organisation politique et administrative

3.2.1. Le régime politique

Le Royaume d'Italie a été officiellement créé en 1861 par l'unification de l'Italie sous l'influence du roi de Sardaigne. L'Italie est devenue une république en 1946 après un référendum populaire.

La République italienne est considérée comme une république démocratique parlementaire multiforme dans un système multi-partis. Le président est élu par le Parlement et les représentants des régions.

La constitution actuelle de l'Italie a été initialement adoptée le 11 Décembre 1947, et est devenue effective le 1 Janvier 1948.

3.2.2. Organisation administrative

Depuis le début des années 1970, un profond mouvement de décentralisation a porté les régions à assumer de plus en plus de compétences, dont certaines exclusives.

Les régions, qualifiées de pouvoirs locaux autonomes, sont au nombre de 20. Cinq d'entre elles bénéficient d'un statut spécial, qui leur garantit une plus large autonomie : Val d'Aoste, Frioul-Vénétie Julienne, Trentin-Haut Adige, Sicile, Sardaigne.

Les provinces (au nombre de 103) et les communes (8100), qualifiées de pouvoirs territoriaux, disposent de pouvoirs réglementaires.

3.3. Protection sociale

3.3.1. Généralité

La protection sociale italienne vient du modèle bismarkien.

Structure

Le régime italien de sécurité sociale protège contre les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès, les accidents du travail et les maladies professionnelles, les charges de la maternité et le chômage ainsi que l'interruption ou la réduction de l'activité professionnelle.

Sous la tutelle du Ministère de la santé, les soins sont dispensés à tous les résidents au niveau des unités sanitaires locales.

Les indemnités journalières de maladie et de maternité sont servies aux travailleurs de l'industrie, du commerce et des services financiers, par « l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale » (I.N.P.S.) local, également compétent pour l'encaissement des cotisations et en matière d'invalidité-vieillesse-décès, de chômage et, de prestations familiales. « L'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro » (I.N.A.I.L.) se charge du recouvrement des cotisations et du versement des prestations de l'assurance accidents du travail-maladies professionnelles.

Financement

Les cotisations varient suivant le secteur d'activité (artisanat, commerce, industrie, agriculture...), selon qu'il s'agit d'un ouvrier ou d'un employé, et suivant la taille de l'entreprise.

En principe, tous les citoyens sont garantis contre le risque maladie y compris les personnes n'exerçant pas d'activité. Les soins de santé sont financés par un impôt régional sur les activités productives.

3.3.2. Assurance maladie-maternité

Maladie

Les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité sont servies dans le cadre d'un service de santé.

L'assuré a le libre choix du médecin généraliste parmi ceux conventionnés avec la région. Le médecin spécialiste ne peut être consulté que sur prescription du généraliste. Il faut également consulter un médecin spécialiste qui travaille avec les centres de santé (Unità Sanitarie Locali, USL).

L'assistance en médecine générale, dentaire ou pédiatrique est gratuite. L'assuré doit s'adresser à un médecin conventionné par l'U.S.L.

Les assurés payent jusqu'à 36 € pour chaque prescription d'analyse, visite chez un spécialiste, chez un kinésithérapeute ou une cure thermale. Les analyses et les visites chez les spécialistes sont gratuites pour les invalides civils à plus de 2/3.

L'hospitalisation est gratuite dans les structures publiques ou conventionnées, en salle commune, à moins que l'intéressé ne demande des améliorations présentant un caractère hôtelier tels que chambre particulière, téléphone, télévision, etc....

Maternité

Indemnités journalières de maternité

L'indemnité journalière maternité (versée uniquement en cas de suppression du salaire) est servie deux mois avant la date présumée de l'accouchement et trois mois après.

Un congé supplémentaire de six mois peut être demandé par la mère, ou par le père lorsque la mère y renonce ou lorsque l'enfant est confié au père. Le montant des indemnités journalières représente 80% du salaire réel pour la période obligatoire et 30% pour le congé supplémentaire.

Prestations familiales

Allocation de naissance :

Une allocation est versée aux familles avec trois enfants ; son montant correspond à 118,38 € par mois pendant 13 mois.

Une allocation de maternité, servie par la municipalité, est versée pour chaque enfant biologique d'un montant mensuel de 283,92 € pendant 5 mois (non compatible avec d'autres allocations de maternité). Cette prestation est accordée sous condition de ressources.

L'allocation de maternité de l'État pour les enfants nés correspond à 1 713,55 € par an. Elle n'est pas soumise à des conditions de ressources et est incompatible avec la précédente.

4. ROYAUME UNI

4.1. Données de base

L'appellation officielle est Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. La Grande-Bretagne est composée de l'Ecosse, de l'Angleterre et du Pays de Galles. Le Royaume-Uni comprend en plus l'Irlande du Nord.

4.1.1. Géographiques

Superficie : 243 610 km²

Population (2007) : 60,8 millions d'habitants

Densité de population (2006) : 250 habitants/km²

Population urbaine (2006) : 90,0%

4.1.2. Démographiques

Espérance de vie (2005) : 79,1 ans

Natalité (2006) : 10,17 naissances / 1 000 habitants

Mortalité (2006) : 9,44 décès / 1 000 habitants

Indice de fécondité (2006) : 1,84 enfants/ femme

Taux de mortalité maternelle (2005) : 8,0‰

Taux de mortalité infantile (2006) : 4,5‰

Taux de mortalité néonatale (2004) : 3,4‰

Taux de mortalité néonatale précoce (2004) : 2,6‰

Taux de mortinatalité (2005) : 5,3‰

Taux de mortalité périnatale (2004) : 8,1‰

4.1.3. Economiques

PIB (2008) : 1 812,1 milliards d'euros

PIB/habitant (2007) : 33 700 €

PNB (2007) : 1 599,26 milliards d'euros

PNB/habitant (2007) : 26 303,62 €

4.1.4. Religieuses

Au Royaume-Uni, il y a 71 % chrétiens (anglicans, méthodistes, presbytériens et catholiques), et 2,7% de musulmans.

4.2. Organisation politique et administrative

4.2.1. Le régime politique

Le régime politique de l'Angleterre est une démocratie parlementaire avec un monarque constitutionnel. Le rôle politique du monarque est avant tout protocolaire.

Le système constitutionnel repose sur une constitution non écrite formée par la « Statute law » (actes législatifs) et la « Common Law » (droit commun, jurisprudence, coutumes et conventions).

4.2.2. Organisation administrative

Au niveau national :

Le parlement est un système de bicamérisme caractérisé par la domination de la Chambre des Communes sur la Chambre des Lords. Pour qu'une loi soit adoptée, l'accord de ces deux institutions est nécessaire (ainsi que celui de la Reine, ce dernier étant systématique).

Mode de scrutin des législatives : scrutin à la majorité simple et à un tour, propice à une répartition bipartite du pouvoir politique.

Le Parti au pouvoir est élu pour 5 ans mais peut appeler à de nouvelles élections avant la fin de son quinquennat.

Le Premier Ministre, Leader du parti ayant remporté les élections, est le véritable détenteur du pouvoir politique. Il nomme une centaine de ministres ou secrétaires d'Etat après sa prise de fonction, dont seulement une vingtaine constitue le « cabinet ». Les principaux ministères sont : le Treasury, le Home Office, le Foreign and Commonwealth Office et le Ministry of Defence.

Au niveau territorial

Depuis les réformes des gouvernements locaux de 1974, le Royaume-Uni compte quatre provinces (Angleterre, Pays de Galles, Écosse et Irlande du Nord) divisées comme suit :

- 8 régions, la Collectivité du grand Londres et 46 comtés en Angleterre
- 8 comtés au Pays de Galles
- 12 régions en Écosse
- 26 districts en Irlande du Nord.

L'Angleterre :

Les régions et la collectivité du Grand Londres :

L'Angleterre compte 8 régions qui sont administrées par des agences régionales de développement et des chambres régionales. Les membres des agences de développement sont nommés par le gouvernement. Les chambres régionales sont composées de conseillers nommés par les collectivités locales.

Outre ces 8 régions, existe la collectivité du Grand Londres qui est dirigée par un maire et une assemblée élue.

Les Comtés :

Ils sont au nombre de 46, gérés par une Assemblée élue. Les Comtés sont compétents en matière d'éducation, de transport, de traitement de déchets, de protection du consommateur, de l'ordre public...

L'Écosse et le Pays de Galles :

Tous deux jouissent d'une autonomie administrative considérable qui leur a été déléguée par le Parlement de Londres. Ces deux pays disposent ainsi d'un gouvernement, d'un Parlement et de leur propre administration régionale.

Les Parlements sont compétents en matière de santé, d'éducation, d'industrie, d'agriculture, de logement ; la défense, les affaires étrangères, la fiscalité et le budget restent sous la responsabilité du Parlement de Westminster.

L'Irlande du Nord :

L'Irlande du Nord est administrée par une Assemblée semi-autonome et un comité exécutif. L'assemblée légifère dans le secteur de la justice, de l'éducation, du logement, de la culture, de la santé et de l'administration locale. Le Comité exécutif regroupe dix ministères. Il est dirigé par un Premier ministre.

Les conseils de districts :

Ils sont au nombre de 26. Ils sont responsables du logement, de la prévention sanitaire, de la lutte contre la pollution, de la réglementation de la construction, de la collecte des déchets...

4.3. Protection sociale

4.3.1. Généralités

Le Royaume-Uni constitue le berceau du second modèle de protection sociale, dont les principes furent énoncés en 1942 par Lord Beveridge. Il propose alors une réforme fondée sur la socialisation des coûts à l'échelle nationale.

Structure

Le régime britannique de protection sociale couvre contre les risques (maladie-maternité, vieillesse, invalidité et survivants, les accidents du travail et les maladies professionnelles, chômage et les prestations familiales). Certains risques sont couverts au titre de la résidence et d'autres au titre d'une activité professionnelle.

La couverture de ces risques repose principalement sur les cotisations sociales versées par les salariés, les employeurs et les travailleurs indépendants permettant ainsi l'attribution de prestations contributives de sécurité sociale qui sont généralement forfaitaires.

A côté de ces prestations contributives, il existe de nombreuses prestations non contributives financées par l'impôt. Elles servent essentiellement à aider les personnes en situation de précarité.

Deux organismes assurent le financement du régime de protection sociale : la caisse d'assurance nationale (National Insurance - NI) et le fonds consolidé (the Consolidated Fund).

La caisse d'assurance nationale est principalement financée par les cotisations sociales patronales et salariales, recouvrées par prélèvement à la source par l'administration des finances.

L'administration des finances est responsable de la gestion des cotisations sociales, des allocations familiales et de l'allocation de tutelle.

La caisse d'assurance nationale verse quant à elle les prestations contributives.

Le fond consolidé est financé par l'administration fiscale à travers l'impôt. Il est chargé du versement des prestations non contributives.

Les prestations en nature de l'assurance maladie sont assurées par le service national de santé (National Health Service, NHS.) gratuitement, en faveur de tous les résidents.

Le département du commerce et de l'industrie (Department for business enterprise and regulatory reform) est responsable de la législation relatives aux congés et indemnités en cas de maladie ou de maternité. Les indemnités journalières de maladie ou de maternité sont supportées par les employeurs.

Financement

Toute personne âgée d'au moins seize ans, n'ayant pas atteint l'âge légal de la retraite (60 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes) et percevant un salaire ou des revenus au titre d'une activité professionnelle doit payer des cotisations d'assurance nationale (National Insurance Contribution – NIC), si ces revenus ou salaires dépassent un certain montant.

Il existe cinq classes de cotisations au Royaume-Uni : une classe pour les travailleurs salariés, une classe pour les travailleurs qui bénéficient d'avantages en nature ; deux classes réservées aux travailleurs indépendants, et une classe de cotisations réservée aux personnes qui désirent cotiser volontairement pour maintenir leurs droits à pension.

Parmi les travailleurs salariés, il convient de distinguer ceux qui sont affiliés au régime de retraite complémentaire public et ceux qui relèvent d'un régime de retraite complémentaire privé.

4.3.2. Maternité

Prestations en nature

Tous les soins liés à la grossesse sont gratuits et sont assurés dans les mêmes conditions que dans le cadre de l'assurance maladie.

Prestations en espèces

Indemnité de maternité «Statutory Maternity Pay – SMP»

La salariée doit informer son employeur de la date à laquelle elle souhaite recevoir les SMP et ceci au plus tard la 15^{ème} semaine avant la naissance présumée de l'enfant.

Cette prestation est versée par l'employeur à la salariée qui a perçu au moins le salaire minimum hebdomadaire (Lower Earnings Limit - LEL) (90 £ en 2008, correspond à 98,98 €) et qui a travaillé pour le même employeur pendant au moins 26 semaines consécutives incluant la 15^e semaine précédant la semaine présumée de l'accouchement.

Les SMP sont versés pendant 39 semaines. La date du début du versement des SMP commence la semaine présumée de l'accouchement et non pas à la date effective de l'arrivée de l'enfant. Ils peuvent être versés au plus tôt la 11^{ème} semaine avant la semaine prévue pour l'accouchement et au plus tard le jour suivant la naissance.

Les S.M.P s'élèvent à 90% du salaire moyen hebdomadaire brut sans limite de plafond pendant les six premières semaines, puis les semaines restantes s'élèvent à 90% du salaire moyen hebdomadaire brut dans la limite du taux standard égal à 117, 18 £ (128,87 €) en 2008.

En cas d'emplois multiples, l'intéressée percevra ces indemnités de chacun de ses employeurs.

4.3.3. Prestations familiales

Allocation de maternité "Maternity Allowance - MA"

L'allocation de maternité est servie par le Jobcentreplus, aux femmes salariées qui ne remplissent pas les conditions d'ouverture des droits de l'indemnité de maternité et aux femmes non salariées. Toutefois, certaines conditions sont requises.

Dans un délai de 66 semaines incluant la semaine avant la semaine présumée de l'accouchement, l'intéressée doit avoir travaillé au moins 26 semaines, consécutives ou non, et avoir perçu un revenu hebdomadaire moyen au moins égal à 30 £ (32,99 €).

Le montant de l'allocation est égal à 90 % du revenu moyen hebdomadaire dans la limite de 117,18 £ (128,87 €).

Congé de maternité

Au Royaume-Uni, la femme a droit à un congé de maternité maximum de 52 semaines, une première période de 26 semaines de congé de maternité et une deuxième période de 26 semaines.

Les congés de maternité sont un droit qui n'est pas lié à la durée d'activité, ni à la rémunération. La mère doit obligatoirement prendre deux semaines (quatre semaines si la femme travaille en usine) après la naissance de l'enfant.

La femme peut faire coïncider ses congés de maternité avec le versement des SMP, c'est-à-dire 39 semaines et retourner travailler car les 13 semaines suivantes auxquelles elle a droit ne seront pas payées.

La salariée doit informer son employeur de la date à laquelle elle souhaite partir en congé et ceci au plus tard la 15^{ème} semaine avant la naissance présumée de l'enfant.

Les congés peuvent être pris à n'importe quel moment à partir de la 11^{ème} semaine avant la semaine prévue de l'accouchement et au plus tard le jour suivant la naissance de l'enfant.

Congé de paternité et Allocation de paternité «Statutory Paternity Pay - SPP»

Un congé de paternité est accordé au père qui souhaite soutenir davantage la mère. Il peut s'agir du père biologique de l'enfant, du mari de la mère de l'enfant, ou son partenaire (celui qui vit avec la mère de l'enfant dans une relation familiale durable).

Il doit également être salarié du même employeur depuis au moins 26 semaines.

Le père a droit à deux semaines maximum, qu'il doit prendre au plus tard avant la fin de la 15^{ème} semaine avant la semaine présumée de l'accouchement ou bien en cas d'impossibilité, aussi rapidement que possible.

Au cours de ce congé de paternité, le salarié peut avoir droit à des indemnités de paternité s'il remplit certaines conditions.

Le salarié qui souhaite percevoir des indemnités journalières, doit remettre à son employeur un formulaire au moins 28 jours avant le 1er jour de la semaine présumée de l'accouchement demandant le versement des SPP. En cas de retard, l'employeur peut refuser de payer les SPP, s'il estime que la raison du retard n'est pas valable.

Il doit avoir travaillé pour son employeur au moins 26 semaines consécutives immédiatement avant la 15^{ème} semaine avant la semaine présumée de l'accouchement et avoir perçu un revenu au moins égal au salaire minimum hebdomadaire.

Le montant de l'allocation est égal à 90% du revenu moyen hebdomadaire dans la limite de 117, 18 £ (128,87 €).

Si le salarié n'ouvre pas droit aux SPP, l'employeur lui remet une attestation écrite ; ainsi il peut bénéficier d'une aide sur le revenu.

L'indemnité de paternité ne peut pas être versée en même que l'indemnité de maladie. Par conséquent si le père tombe malade juste avant que le congé de paternité ne débute, il faudra qu'il reporte le début de ce congé.

5. SUEDE

5.1. Données de base

5.1.1. Géographiques

Superficie : 450 000 km²

Population (2007) : 9,1 millions d'habitants

Densité de population (2006) : 22,1 habitants/km²

Population urbaine (2006) : 84%

Démographiques

Espérance de vie (2006) : 81 ans

Natalité (2006) : 11,66 naissances / 1 000 habitants

Mortalité (2006) : 10,04 décès / 1 000 habitants

Indice de fécondité (2006) : 1,85 enfants/ femme

Taux de mortalité maternelle (2005) : 3,0‰

Taux de mortalité infantile (2007) : 2,5‰

Taux de mortalité néonatale (2006) : 1,8‰

Taux de mortalité néonatale précoce (2006) : 1,4‰

Taux de mortinatalité (2006) : 3‰

Taux de mortalité périnatale (2006) : 4,4‰

5.1.2. Economiques

PIB (2008) : 328,42 milliards d'euros

PIB/habitant : 35 600 €

PNB (2007) : 248,12 milliards d'euros

PNB/habitant : 27 265,93 €

5.1.3. Religieuses

On trouve, en Suède, 85% de protestants luthériens (Eglise de l'Etat avant le 1er janvier 2000), 2,2% de musulmans et 1,8% de catholiques.

5.2. Organisation politique et administrative

5.2.1. Le régime politique

Le régime politique de la Suède est une monarchie constitutionnelle parlementaire. Le roi n'a, depuis l'adoption en 1974 d'une nouvelle Constitution, qu'une fonction honorifique de chef de l'Etat.

Le Parlement se compose d'une chambre unique (le Riksdag) de 349 sièges, dont les membres sont élus, à dates fixes, au suffrage universel direct et proportionnel pour quatre ans (depuis 1994).

5.2.2. Organisation administrative

La Suède est un Etat unitaire qui comporte 3 niveaux institutionnels : l'Etat, les régions et les communes.

L'administration d'Etat se situe, pour l'essentiel, au niveau central. Elle a une forme duale séparant ainsi l'administration gouvernementale qui prépare les politiques, et les agences administratives qui sont chargées de leur exécution (300 agences au total).

Par ailleurs, une partie de l'administration centrale se trouve déconcentrée au niveau régional, dans l'équivalent suédois des préfectures. Deux réformes en 1952 et entre 1962 et 1974 ont permis de fusionner des communes et d'en ramener le nombre de 2 500 à 290. Parallèlement, il existe 20 régions.

De manière générale, la répartition des attributions entre les communes et les régions a été fondée essentiellement sur le principe selon lequel les tâches qui demandent une base de population importante doivent être assumées par les conseils régionaux (essentiellement les services de santé). Les communes sont directement en charge des questions d'intérêt général concernant leur territoire et leurs administrés.

5.3. Protection sociale

5.3.1. Généralités

La protection sociale en Suède s'inspire d'un modèle bismarckien.

Structure

Le régime suédois de protection sociale couvre contre tous les risques. Certains risques sont couverts au titre de la résidence, d'autres au titre d'une activité professionnelle. Le régime prévoit une couverture de base comprenant les assurances maladie-maternité, les pensions de vieillesse, de survivants et d'invalidité, l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles et les prestations familiales, placées sous l'autorité du Ministère de la santé et des affaires sociales (Socialdepartementet). L'assurance chômage est gérée par le Ministère du marché, du travail et de l'emploi (arbetmarknadsdepartementet).

Financement

Les assurances sociales suédoises sont principalement financées par les cotisations des employeurs.

Les salariés versent seulement une cotisation globale au titre de l'assurance vieillesse de 7 % du revenu brut. Le montant de la cotisation ne peut pas être supérieur à 8,07 fois le montant de base (montant de base en 2007 : 40 300 SEK, correspond à 3 740,1 €)

Les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité et les prestations familiales sont financées par l'impôt.

En plus des cotisations, tout employeur établi en Suède doit s'acquitter d'une cotisation générale de 4,40% sur le revenu qui finance également l'assurance chômage et des prestations connexes de sécurité sociale liées au chômage.

Les cotisations sont payables en même temps que les impôts auprès de l'administration fiscale. L'employeur prélève à la source l'impôt sur le salaire et les cotisations.

5.3.2. Assurance Maladie, Maternité

Maladie

Les soins de santé sont servis à toutes les personnes qui résident en Suède. Les indemnités journalières visent les travailleurs salariés et les travailleurs non salariés qui justifient des revenus professionnels annuels au moins équivalents à 24 % du montant de base.

Prestations en nature

Les prestations en nature de l'assurance maladie font l'objet de deux plafonds hors frais dentaires.

Un plafond de 900 SEK (83,53 €) au titre des soins ambulatoires et hospitaliers et un autre de 1 800 SEK (167,05 €) pour les dépenses de médicaments prescrits sur ordonnance pendant une période de 12 mois dès le 1^{er} achat.

Médecins

Le patient choisit librement son médecin parmi ceux agréés par l'autorité régionale et par le système public de santé. Le patient acquitte une participation comprise entre 100 et 150 SEK (9,28 et 13,92 €) pour une consultation de généraliste, entre 200 et 300 SEK (18,56 et 27,84 €) pour une consultation de spécialiste et entre 200 et 300 SEK (18,56 et 27,84 €) pour les soins dans les services des urgences.

Aucune participation n'est demandée aux personnes âgées de moins de 20 ans.

Si le patient s'adresse à un médecin privé non agréé, la totalité du coût des soins sont à sa charge.

Maternité

Prestations en nature

Tous les soins et traitements liés à la maternité sont gratuits.

Prestations en espèces

Les prestations en espèces de l'assurance maternité sont au nombre de trois : l'indemnité prénatale, l'indemnité parentale et l'indemnité parentale temporaire.

Elles correspondent à 80% du revenu ouvrant droit aux indemnités de maladie avec un plafond annuel égal à 7,5 fois le montant de base, calculées sur une base journalière ou horaire, en fonction des heures de travail effectuées et de la qualité du travailleur (salariée ou non salariée).

L'indemnité prénatale (havandeskapspenning)

L'indemnité prénatale concerne les femmes dont la capacité de travail est réduite d'au moins un quart en raison de leur grossesse et de la pénibilité de leurs activités professionnelles et celles qui sont interdites de travail compte tenu de la législation sur l'environnement professionnel interdisant la présence de femmes enceintes dans un espace géographique dangereux pour leur grossesse.

Elle est versée pendant 50 jours maximum, au plus tôt deux mois avant la date présumée de l'accouchement et au plus tard 11 jours avant cette date. La durée peut être prolongée aussi longtemps que la femme enceinte est en arrêt de travail conformément à la loi.

L'indemnité parentale (föräldrapenning)

Le parent qui s'arrête de travailler pour s'occuper de son enfant, a droit à l'indemnité parentale.

Chaque parent a droit, jusqu'au 8^{ème} anniversaire de l'enfant, à 240 jours d'indemnités journalières par enfant, dont 180 jours qu'ils peuvent se transmettre à leur convenance.

La mère peut en bénéficier 60 jours avant la date présumée de l'accouchement.

La prestation est égale à 80% du revenu ouvrant droit aux indemnités de maladie dans la limite de 7,5 fois du montant de base pendant les 195 premiers jours, ensuite seul un montant forfaitaire égal à 180 SEK est versé.

Les parents qui ont des revenus faibles ou qui n'en ont pas, recevront une indemnité égale à 180 SEK (16,71 €) par jour.

L'indemnité parentale temporaire (tillfällig föräldrapenning)

Cette indemnité concerne le parent qui s'arrête de travailler pour prendre soin de son enfant malade.

L'indemnité parentale temporaire prévoit au profit des deux parents, 120 jours maximum par an auxquels ils peuvent y recourir selon leur convenance jusqu'au douzième anniversaire de l'enfant.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les deux parents peuvent en bénéficier pendant les mêmes jours.

En cas d'impossibilité pour les parents de s'arrêter de travailler, les 60 premiers jours peuvent être cédés à tout autre personne, qu'elle ait ou non des liens familiaux avec l'enfant.

Indépendamment des indemnités décrites ci-dessus, des congés sont réservés au père «Pappadagar» suite à la naissance de son enfant.

Il dispose de 10 jours qu'il peut prendre dans le délai de 2 mois suivant la sortie de l'enfant de la maternité pour être à la maison avec la mère et l'enfant. Si ces jours ne sont pas pris pendant le délai imparti, ils sont définitivement perdus.

*Partie 2 : Comparaison
des suivis des grossesses*

1. METHODOLOGIE

1.1. Problématique, hypothèses et objectifs de l'étude

1.1.1. La problématique

Les pratiques des suivis de grossesse dans différents pays de l'Union Européenne : quelles sont les variantes ? (Pays étudié : Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, et Suède)

1.1.2. Les objectifs

Mes objectifs sont de mettre en évidence que, dans une Europe, où l'on tend à tout uniformiser, la pratique du suivi de grossesse montre de grosses variations, alors qu'une grossesse d'un pays à l'autre reste la même.

1.1.3. Les hypothèses

Il existe des différences importantes dans le suivi de grossesse, entre les pays de l'Union Européenne.

Les différences de culture, des systèmes de santé de ces pays entraînent des variations dans les suivis de grossesse.

Certaines pratiques sont onéreuses et n'apportent pas plus de sécurité dans la surveillance de la grossesse.

1.2. Le choix des pays

Mon étude se portant sur l'Union Européenne, je n'ai choisi que des pays faisant partie de l'Union Européenne. De plus, ces pays font partie des pays développés, pour pouvoir être comparés à la France.

Ensuite, j'ai essayé de prendre des pays représentatifs, soit par leur système de santé, comme l'Allemagne et le Royaume-Uni qui ont des systèmes de santé opposés, soit par leur bon taux pour la mortalité maternelle et mortinatalité, comme la Suède.

J'ai aussi choisi l'Italie pour représenter comme représentant d'un pays de l'Europe du Sud.

1.3. Description de l'étude

Mon étude est une monographie, elle se base sur une recherche bibliographique.

J'ai fait mes recherches dans des comptes-rendus de gynécologues, sages-femmes, à partir des lois, des carnets de grossesse, des recommandations,...

2. L'ETUDE

2.1. Nombre de consultations et professionnels qui suivent les grossesses.

2.1.1. Les professionnels suivant la grossesse physiologique.

	Allemagne	France	Italie	Royaume Uni	Suède
Patriciens ayant le monopole du suivi de grossesse physiologique	Gynécologues-Obstétriciens	Gynécologues-obstétriciens	Obstétriciens	Sages-femmes	Sages-femmes
Autres professionnels pouvant suivre la grossesse physiologique	Sages-femmes	Sages-femmes Médecins traitants	Sages-femmes	Médecins traitants	

2.1.2. Les études de sages-femmes.

	Allemagne	France	Italie	Royaume Uni	Suède
Durée des études	3 ans	5 ans	3 ans	4 ans ou 4 ans ½	4 ans ½
Formation	école de sage-femme	1 an de faculté de médecine (concours PCEM1) et 4 ans d'école de sage-femme	Formation universitaire	4 ans, formation universitaire de sage-femme <i>ou</i> 3 ans infirmière et 1 an ½ de spécialisation	3 ans infirmière et 1 an ½ de spécialisation
Diplôme obtenu	Diplôme de sage-femme	Diplôme de sage-femme	Lauréat en sciences infirmières et obstétricales	Maîtrise en soins de sage-femme	Diplôme en sciences infirmières et obstétricales

2.1.3. Nombre de consultations et leur répartition tout au long de la grossesse

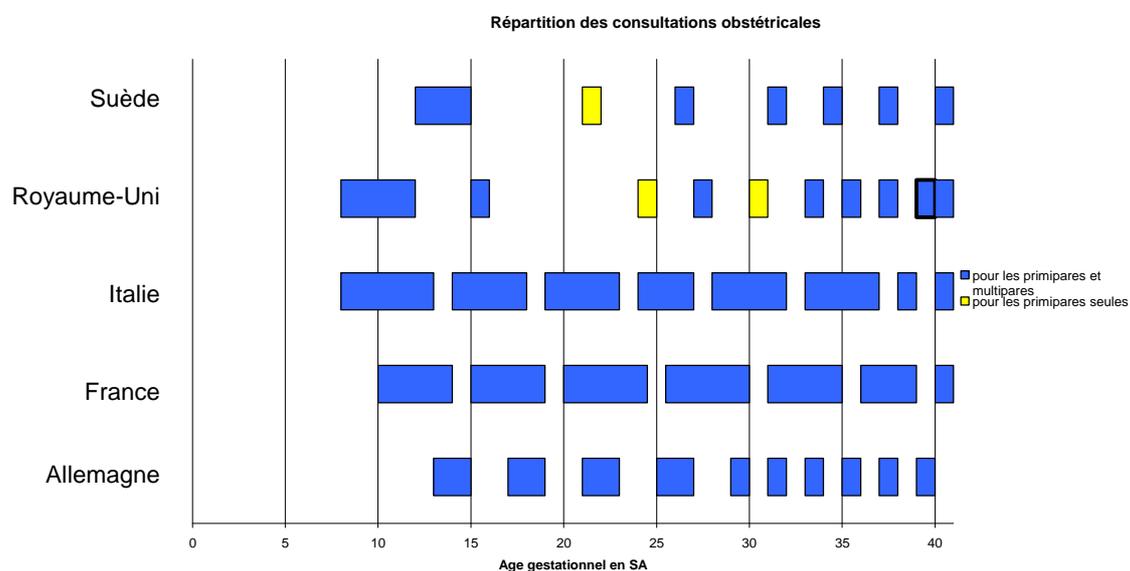
Nombre de consultations

	Allemagne	France	Italie	Royaume Uni	Suède
Nombre de consultations obstétricales et médicales	10	8 dont une consultation d'anesthésie obligatoire	8	10 pour les primipares 8 pour les multipares	8 pour les primipares 6 pour les multipares

En France, depuis le plan périnatalité 2005-2007, se met en place un Entretien Prénatal Individuel (EPI).

Celui-ci a lieu au cours du 4ème mois de grossesse, et a pour but « d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance, etc.... »

Répartition de ces consultations tout au long de la grossesse.



On peut observer qu'en Allemagne, on considère qu'une grossesse dure 40 semaines d'aménorrhée (SA).

S'ajoutent à ces consultations obstétricales, une consultation d'anesthésie obligatoire en France vers 34 SA et une consultation médicale, pour un examen général complet, en Suède entre 12 et 14 SA.

2.2. Détail des consultations obstétricales

2.2.1. La première consultation

		Allemagne	France	Italie	Royaume Uni	Suède
Age gestationnel		11-13 SA	Avant 14 SA	Avant 13 SA	8-12 SA	12-15 SA
Anamnèse complète	Informations personnelles	X	X	X	X	X
	Antécédents familiaux, médicaux (avec calcul de l'IMC), chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux	X	X	X	X	X
Examen général	Poids, Tension artérielle (TA)	X	X	X	X	X
Examen obstétrical	Examen de la vulve	X	X	X	X	X
	Toucher vaginal (TV)	X Combiné à un palper	X Combiné à un palper	X		
Examens biologique	Groupe sanguin, rhésus	X	X	X	X	X
	RAI	X	X		X	
	Test de coombs indirect			X Si rhésus négatif		
	NFS	X	X	X	X	X par Photomètre B-Hémoglobine (Hémocue)
	Recherche d'hémoglobino-pathies				X	
	Transaminases			X		
	Glycémie			X		
	Rubéole	X	X	X	X	X

	Toxoplasmose	X Non obligatoire. <i>Se généralise de plus en plus</i>	X	X	X	X
	Hépatite B	En cas d'indication	X		X	X
	Hépatite C	En cas d'indication	X			X
	HIV (avec l'accord de la femme)	X	X	X	X	X
	Syphilis	X	X	X	X	X
	Albuminurie	X	X	X	X	X
	Glycosurie	X	X	X	X	X
	ECBU				X	X Recherche de streptocoque B si antécédent d'infection
	Frottis cervical (s'il n'a pas été fait depuis 3 ans)	En cas d'indication	X	X	X	X
	Recherche de chlamydiae	En cas d'indication			X Femmes de moins de 25 ans	X Femmes de moins de 26 ans
Dépistages anténatal	Proposition du triple test de dépistage (HT 21)	X	X Pour les femmes de plus de 36 ans propositions d'une amniocentèse	X Pour les femmes ayant plus de 36 ans proposition d'une amniocentèse (16SA)	X	X

2.2.2. Consultations ultérieures

	Allemagne	France	Italie	Royaume Uni	Suède
<u>Examen général</u> Poids, Tension artérielle (TA) Recherche d'œdèmes	X	X	X	X	X
<u>Examen obstétrical</u> HU, palper, battements cardiaques fœtaux (BCF)	X	X TV	X	X	X
<u>Examen biologique</u> Albuminurie, glycosurie	X	X Toxoplasmose tous les mois si femme non immunisée	X	X	Albuminurie si TA élevée

2.3. Examens supplémentaires

2.3.1. Examens biologiques

	Allemagne	France	Italie	Royaume Uni	Suède
Glycémie à jeun et postprandial ou hyperglycémie orale provoquée (HGPO)	Vers 24 SA	27-31 SA Glycémie à jeun et postprandial, Si positif ou douteux HGPO	24-27 SA	28 SA 16 SA Pour les femmes ayant un antécédent de diabète gestationnel	Glycémie capillaire vérifiée régulièrement pendant la grossesse. Si les valeurs sont élevées faire HGPO
NFS	A partir du 6 ^{ème} mois, plus régulièrement	27-31 SA	28-32 SA Plus ferritine 33-37 SA	Seconde moitié de la grossesse	Hémoglobine mesurée 3 fois pendant la grossesse par Photomètre B-Hémoglobine (Hémocue)
toxoplasmose	Tous les mois pour les femmes non immunisées. (tend à se généraliser)	Tous les mois pour les femmes non immunisées	A répéter tous les 40 à 60 jours pour les femmes non immunisées		
rubéole		15-19 SA	14-18 SA pour les femmes non immunisées		
RAI	26-29 SA	24-28 SA 32-36 SA Après 37 SA pour les mères de rhésus négatif			Rechercher 2 fois pendant la grossesse
Test de coombs indirect			Tous les 40 à 60 jours si rhésus négatif		
ECBU			24-27 SA		
Anticorps antiHBs	34-38 SA	24-28 SA	33-37 SA		
Hépatite C			33-37 SA		
VIH (avec l'accord de la femme)			33-37 SA Si facteur de risques		
Prélèvement vaginal à la recherche de streptocoque B	Quelques semaines avant le terme	35-38 SA	35-37 SA	recherche urinaire	recherche urinaire uniquement

2.3.2. Traitements

	Allemagne	France	Italie	Royaume Uni	Suède
Immunoglobuline anti-D (si femme est de rhésus négatif, avec son accord)	30-32 SA	27-31 SA	Soit une injection 28-30 SA Soit 2 injections une à 28 SA, l'autre à 34 SA.	28 SA première dose 34 SA deuxième dose	<i>48 h après la naissance, si bébé de rhésus positif</i>

2.3.3. Echographies

	Allemagne	France	Italie	Royaume Uni	Suède	
Nombre d'échographies (en moyenne)	3	3	3	2	1 (2 pour les femmes de plus de 35 ans)	
Déroulement des échographies	Echographie de datation, avec mesure de la clarté nucale	11-15 SA	11-13 SA	11-14 SA	10-14 SA	11-14 SA Pour les femmes de plus de 35 ans Mesure de la clarté nucale
	Echographie morphologique	21-24 SA	21-23 SA	20-21 SA	18-21 SA	17-20 SA Et datation
	Echographie de surveillance du bien-être fœtale	31-34 SA	31-32 SA	28-32 SA		

Partie 3 : Discussion

1. LES CONSULTATIONS OBSTETRIQUES ET MEDICALES.

1.1. Professionnels suivant la grossesse.

Dans les résultats de mon enquête, j'ai constaté, que le professionnel pouvant suivre la grossesse, sage-femme ou gynécologue-obstétricien, variait largement d'un pays à l'autre.

Même si la sage-femme, peut suivre la grossesse physiologique, c'est en général le gynécologue-obstétricien qui occupe cette place majoritairement.

Sauf au Royaume-Uni ou en Suède, où la sage-femme est quasiment la seule à suivre la grossesse, tant que celle-ci reste physiologique.

Lorsque j'ai comparé le taux de mortalité maternelle et le taux de mortinatalité, selon les personnes suivant la grossesse, je me suis rendue compte que celles-ci n'avaient pas grande influence sur les taux.

En effet, les résultats sont très bons pour la Suède et l'Italie (environ 3‰ pour le taux de mortalité maternelle et le taux de mortinatalité), alors que c'est une sage-femme qui suit la grossesse en Suède et un gynécologue-obstétricien en Italie.

Et inversement ils sont mauvais pour le Royaume-Uni et la France (8‰ pour le taux de mortalité maternelle et 5,3‰ et 9,5‰ pour le taux de mortinatalité) où l'on retrouve la même différence de professionnel.

1.2. Fréquence des consultations et professionnels suivant la grossesse.

Dans l'enquête précédente, j'ai pu remarquer que le nombre de consultations durant la grossesse, est à peu près le même dans tous les pays.

En Suède, parmi les 8 consultations, il y a une consultation médicale pour les primipares (réalisée entre 12 et 14 SA).

En France, une consultation d'anesthésie est obligatoire vers 34 SA. Et un Entretien Périnatal Individuel (EPI) tend à se mettre en place depuis le « plan périnatalité 2004-2007 ».

Cependant, la répartition de ces consultations est différente.

En Allemagne, Italie, Royaume-Uni, Suède, la fréquence des consultations va différer au cours de la grossesse pour s'adapter à celle-ci. En effet, en fin de grossesse, où les risques pour le fœtus et la mère sont le plus important, les consultations seront tous les 2 à 3 semaines.

Au Royaume-Uni et en Suède, où la grossesse est suivie principalement par des sages-femmes, le nombre de consultations est moins important pour les multipares, que pour les primipares : au Royaume-Uni, il y a 8 consultations pour les multipares et 10 pour les primipares et en Suède, 6 pour les multipares et 8 pour les primipares.

Les 2 consultations en plus pour les primipares sont rajoutées en début de grossesse pour tous deux. De plus les consultations en début de grossesse sont très espacées (supérieures à 1 mois, ce qui est la norme dans les autres pays), jusqu'à 27-28 SA.

1.3. La première consultation obstétricale

La première consultation suit en général la même trame dans les différents pays étudiés. De même, elle est faite à peu près à la même période.

1.3.1. L'anamnèse

L'anamnèse prend une part importante dans la première consultation obstétricale, quelque soit le pays étudié.

Elle permet de prendre connaissance d'éventuels facteurs de risques pour le déroulement de la grossesse (par ses antécédents médicaux, comme l'IMC) et d'orienter la femme vers le professionnel adapté (pour les femmes suivies par des sages-femmes).

1.3.2. Examen général et obstétrical

La deuxième partie de la consultation est réservée à l'examen général et à l'examen obstétrical.

Ainsi que pour l'anamnèse, on retrouve le même examen général dans tous les pays étudiés, c'est-à-dire la prise de la tension artérielle et le poids de départ de la femme.

Lors de l'examen obstétrical, en France et en Allemagne, on réalise un toucher vaginal combiné à un palper, et en Italie un toucher vaginal.

Est-ce que ces pratiques, qui permettent de diagnostiquer une grossesse intra-utérine, sont réellement nécessaires ? Puisque sera pratiquée dans tous les cas une échographie de datation, pendant laquelle on situera la grossesse.

1.3.3. Examens biologiques

Ce sont les examens biologiques qui diffèrent le plus lors de cette première consultation, surtout la recherche des différentes sérologies.

Examens biologiques similaires

Dans tous les pays sont recherchés le groupe sanguin, le rhésus avec Recherche des Agglutinines Irrégulières (RAI) ou un test de coombs, surtout si le rhésus est négatif (seul la Suède ne réalise pas de RAI ou de test de coombs).

De même est dosé le taux d'hémoglobine soit par Numération Formule Sanguine (NFS) soit par Photomètre B-Hémoglobine (Hémocue).

La recherche des sérologies, comme rubéole, syphilis, VIH (avec l'accord de la patiente), et la recherche urinaire de l'albumine et glucose sont aussi faites dans tous les pays.

Se rajoutent en général, un frottis cervical s'il n'a pas été fait depuis trois ans (en cas d'indication ou à la demande de la patiente en Allemagne), et une recherche de chlamydiae pour les femmes de moins de 26 ans (sauf en France et à la demande de la patiente en Allemagne).

Différences dans les examens biologiques.

J'ai remarqué que les différences dans les examens biologiques réalisés se situent dans la recherche de certaines sérologies.

Par exemple, la sérologie de l'hépatite B, C, ne sont pas faite en Italie et en Allemagne. Elle sera réalisée dans la deuxième moitié de la grossesse pour l'Italie.

Et la sérologie de la toxoplasmose n'est pas non plus faite en Allemagne et en Suède.

On peut noter que ces sérologies peuvent être effectuées sur demande en Allemagne et que celle-ci tend de plus en plus à rechercher une immunisation ou non contre la toxoplasmose.

Dans certains pays sont réalisés des bilans sanguins supplémentaires, que l'on ne retrouve que chez eux. Par exemple, en Italie, on dose en plus les transaminases et on réalise une glycémie. Au Royaume-Uni on fait une recherche d'hémoglobinopathie et en Suède un dépistage urinaire du streptocoque B, si la femme a un antécédent d'infection au streptocoque B.

1.4. Les consultations ultérieures

Le déroulement consultations ultérieures est à peu près semblable dans tous les pays étudiés.

Est réalisé lors de celles-ci un examen général : TA, poids avec évaluation de la prise de poids.

Un examen obstétrical, où sont évalués : le bon déroulement de la grossesse par la mesure de la hauteur utérine, la réalisation d'un palper ; ainsi que le bien-être fœtal par l'écoute des Bruits Cardiaques Fœtaux (BCF).

Il n'y a qu'en France que l'on fait un toucher vaginal à chaque consultation.

Les examens biologiques réalisés à chaque consultation sont l'albuminurie, glycosurie. Sauf en Suède où l'albuminurie est faite sur signe d'appel, lorsque la TA est trop élevée et on ne pratiquait pas de glycosurie, mais la glycémie capillaire est vérifiée régulièrement lors de la grossesse.

La France ajoute la sérologie de la toxoplasmose à chaque consultation.

2. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

2.1. Les échographies

On retrouve la même différence entre le nombre d'échographie et le nombre de consultations. Les pays qui font le moins d'échographie lors de la grossesse, sont ceux qui adaptent le nombre de consultations en fonction de la parité.

En effet, en Suède une seule échographie est réalisée. Lors de cette échographie, on date la grossesse et on recherche les éventuelles malformations. Celle-ci est réalisée entre 17 et 20 SA.

Au Royaume-Uni, 2 échographies sont réalisées, celle de datation (entre 10 et 14 SA) et celle de morphologie (entre 18 et 21 SA).

Tandis qu'en France, Italie et Allemagne 3 échographies sont réalisées, une par trimestre.

Les échographies sont réalisées à peu près au même âge gestationnel, sauf en Suède, puisqu'une seule échographie en combine deux d'un autre pays.

Tous les pays font une datation échographique de la grossesse (en plus de la date des dernières règles) et un dépistage morphologique du bébé.

2.2. Examens biologiques et traitements prophylactiques

2.2.1. Examens biologiques

Examens biologiques similaires

Dans tous les pays étudiés, les bilans biologiques, se basent sur la surveillance ou la recherche de certains facteurs de risques. On retrouve donc beaucoup de bilans sanguins similaires, ayant pour variante la technique utilisée, le moment du dépistage et sa répétition.

Par exemple, on retrouve, pour tous les pays, la recherche d'anémie, de diabète gestationnel, et d'une infection à streptocoque B.

Un deuxième dosage du taux d'hémoglobine est réalisé dans la deuxième moitié de la grossesse pour la France et le Royaume-Uni.

Il est effectué trois fois en tout dans la grossesse pour l'Italie et la Suède, l'Italie ayant des dates de dépistages fixes, tandis que pour la Suède, c'est laissé à la libre appréciation de la sage-femme et fait par Photomètre B-Hémoglobine.

Il a lieu beaucoup plus fréquemment en Allemagne, où le dosage est répété à partir du 6^{ème} mois.

Un dosage de la glycémie à jeun est réalisé par tous les pays en général après 28 SA, sauf pour la Suède où on n'a pas de date mais on sait que la glycémie capillaire est dosée régulièrement.

Souvent si les valeurs sont positives, une hyperglycémie orale provoquée est réalisée pour vérifier l'existence d'un diabète gestationnel.

Pour la recherche d'une infection à streptocoque B, elle est faite, en fin de grossesse, par prélèvement vaginal en Allemagne, France, Italie ; et dans les urines pour le Royaume-Uni et la Suède, mais uniquement si il y a un antécédent d'infection au streptocoque B pour la Suède.

Examens biologiques différents

C'est en Italie que l'on retrouve le plus d'examens prescrits lors d'une grossesse. Les sérologies (HIV, anticorps anti HBS, hépatite C) sont à nouveau dosées en fin de grossesse. Ainsi qu'un ECBU systématique entre 24 et 27 SA.

La recherche de la sérologie de la toxoplasmose n'est pas appliquée à tous les pays. On la retrouve en France et en Italie, avec des dosages tous les mois pour la France et tous les 40 à 60 jours pour l'Italie. Et elle tend à se développer en Allemagne.

2.2.2. Traitements prophylactiques

Une injection prophylactique d'immunoglobuline anti-D est réalisée dans tous les pays. Unique ou multiple, elle est pratiquée aux environs de 28 SA pour la première dose et si il y en a une deuxième, vers 34 SA.

En Suède, cette injection est faite 48 heures après la naissance.

La même comparaison que la précédente peut-être faite. Paradoxalement, j'ai pu constater une nette différence entre les examens biologiques réalisés tout au long de la grossesse pour l'Italie et la Suède, alors que tous deux ont de bons résultats pour taux de mortalité maternelle et mortinatalité.

Tandis que la France et le Royaume-Uni, réalisant à peu près la même surveillance que l'Italie, ont de très mauvais résultats.

3. SUIVI PERSONNALISE A LA FEMME ENCEINTE

3.1. Ce que j'ai constaté

Lorsque j'ai réalisé mes recherches, j'ai pu constater que, d'une vue très générale, les surveillances effectuées sont à peu près les mêmes dans les pays étudiés.

Mais elles peuvent être très protocolisées, comme en France ou en Italie, où les examens et consultations se font à dates précises et régulières.

Ou ne pas l'être du tout, comme en Suède, où certaines surveillances faites à chaque consultation entraînent s'il le faut un examen supplémentaire ; ou alors certains examens sont obligatoires mais leur date de réalisation est laissée à la libre appréciation de la sage-femme.

Il en est de même pour la fréquence et le nombre des consultations.

En Suède et en Angleterre, les consultations sont plus ou moins nombreuses et rapprochées en fonction de la parité et de l'âge de la grossesse. Une primipare a plus de consultations qu'une multipare qui a déjà l'expérience d'une grossesse.

Dans tous les pays étudiés, sauf en France, les consultations sont plus rapprochées en fin de grossesse, où la surveillance de la bonne vitalité du fœtus est importante. Et s'il y a un « problème » majeur dépisté, il y pourra y avoir une intervention.

3.2. Mes propositions

3.2.1. Pour les consultations et échographies.

Je pense qu'il faut plus adapter le suivi de la femme enceinte à celle-ci et à sa grossesse.

En effet, en France les consultations ont lieu tous les mois que l'on soit en début ou en fin de grossesse. Alors que les risques pour la mère et le bien-être fœtal sont plus présents en fin de grossesse.

On pourrait donc :

- espacer les consultations de début de grossesse et les rendre plus fréquentes en fin de grossesse.
- diminuer le nombre de consultations, comme en Suède et au Royaume-Uni, pour les multipares, en répartissant les consultations et les échographies de façon à éviter de laisser une femme enceinte trop longtemps sans surveillance.
- expliquer pourquoi les consultations sont espacées et adapter son propos aux femmes. Pour une femme anxieuse et demandeuse, laisser une consultation par mois.

Pour une primipare

La première consultation doit avoir lieu avant 14 SA, avec l'échographie de 12 SA.

Puis les consultations suivantes pourraient être à 18 SA, 26 SA, 30 SA, 34 SA, 36 SA, 38 SA, 40 SA et enfin 41 SA.

Réaliser l'EPI avant 22 SA.

Et les échographies des 2^{ème} et 3^{ème} trimestres resteraient à 22 SA et 32 SA

Pour une multipare :

On pourrait supprimer la consultation à 18 SA, et pour éviter que la femme reste trop longtemps sans consultation, il faudrait réaliser l'EPI entre la première consultation et l'échographie.

La France est le seul pays à systématiser un toucher vaginal, qui n'est pas obligatoire. Je pense que l'on pourrait éviter cette systématisation et le proposer si la femme est anxieuse ou si elle pense avoir des contractions.

3.2.2. Pour les examens biologiques

On peut suivre l'exemple de l'Italie qui a de bons résultats pour la mortalité maternelle et mortinatalité, et on pourrait :

- espacer et diminuer certains prélèvements, comme la toxoplasmose ;
- réaliser les examens en fonction de la patiente, si une femme a un IMC correct, une prise de poids correcte, pas de glycosurie et que la glycémie capillaire est bonne, il n'est pas forcément utile de lui faire un test de O Sullivan.

Conclusion

Le suivi de grossesse physiologique dans les différents pays étudiés est assez similaire dans l'ensemble. On retrouve à peu près le même nombre de consultations et les mêmes examens.

La France fait parti des pays où l'on a le plus de réglementations et d'obligations pour la fréquence et le déroulement des consultations, et pour la prescription des examens.

En Suède et au Royaume-Uni, le suivi paraît plus adapté à la grossesse physiologique. En effet, le nombre de consultations suit le déroulement de la grossesse et tient compte de la parité de la femme.

De même qu'en Allemagne et en Italie, où les consultations sont plus rapprochées en fin de grossesse qu'au début.

Ainsi, une réadaptation du suivi de grossesse au déroulement de celle-ci, en France, permettrait d'optimiser la surveillance de celle-ci, sans pour autant la médicaliser.

Dans cette étude, on peut noter qu'en Suède et en Angleterre, c'est la sage-femme suit la grossesse et son suivi s'adapte le mieux au déroulement de la grossesse.

La sage-femme a toute sa place dans le suivi de la grossesse physiologique.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Agenzia Regionale Sanitaria - Settore Assistenza Sanitaria. Protocollo per l'assistenza in gravidenza, al parto e nel puerperio in condizioni di fisiologia in regione campania. .
[en ligne]. Disponible sur <http://www.sito.regione.campania.it> (16/02/2009)
- (2) BAXTER. Information für Schwangere.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.baxter.de> (20/01/2009)
- (3) BERGLUND Anna. Hälsovård för den gravida kvinnan är mer än bara medicinska kontroller.
Läkartidningen, 2002, pp. 28-20.
- (4) BERUFSVERBAND DER FRAUENÄRZTE. Schwangerenvorsorge in der Frauenarztpraxis auf einem Blick – Der Vorsorgefahrplan laut Mutterpass.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.bvf.de> (20/01/2009)
- (5) CHARLIER Jacques. Atlas du 21^{ème} siècle.
Edition Nathan. France : 2008, 208 p.
- (6) CIA (Central Intelligence Agency). The world factbook
[en ligne]. Disponible sur <https://www.cia.gov> (12/11/2008)
- (7) CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale). Les régimes locaux de sécurité sociale.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.cleiss.fr/> (12/11/2008)
- (8) Décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal
- (9) Department of Health. The Pregnancy Book 2007.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.dh.gov.uk> (20/01/2009)
- (10) Der MutterPass [en ligne]. Disponible sur <http://www.praxis-schraps.de> (20/01/2009)
- (11) DUFOUR Amandine. Choix du professionnel dans le suivi de grossesse : quelle place pour la sage-femme ?
Mémoire sage-femme. Metz : Ecole P. MORLANNE, 2008, 71p.
- (12) EUROSTAT. Statistiques générales, population et condition sociale [en ligne].
Disponible sur <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> (22/03/2009)
- (13) France-Diplomatie. Pays, zones géo. [en ligne].
Disponible sur <http://www.diplomatie.gouv.fr> (4/12/2008)

- (14) HAS (Haute Autorité de la Santé). Recommandations sur les examens complémentaires obligatoires ou conseillés pendant la grossesse
- (15) INED (Institut National d'Etudes Démographiques).
[en ligne]. Disponible sur <http://www.ined.fr> (14/08/2009)
- (16) INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques).
[en ligne]. Disponible sur <http://www.insee.fr> (4/12/2008)
- (17) MIKELIC Tereza. Accompagnement des femmes enceintes à bas risque obstétrical en France et au Royaume-Uni.
Les dossiers de l'obstétrique, 2008, n°368, pp.5-11.
- (18) MIKELIC Tereza. Accompagnement des femmes enceintes à bas risque obstétrical en France et au Royaume-Uni (suite).
Les dossiers de l'obstétrique, 2008, n°369, pp.28-35.
- (19) Ministère de la Santé et des Sports. Carnet de santé maternité.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.sante-sports.gouv.fr> (3/03/2009)
- (20) MISSIONECO (Mission Economique). Les publications des missions économiques.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.missioneco.org> (4/12/2008)
- (21) NHS (National Health Service). Antenatal care, Routine care for the healthy pregnant woman.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.nhs.uk> (16/01/2009)
- (22) NHS (National Health Service). Pregnancy and group B streptococcus.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.nhs.uk> (16/01/2009)
- (23) OMS (Organisation Mondiale de la Santé). WHO Statistical Information System.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.who.int> (16/01/2009)
- (24) Plan périnatalité 2005-2007.
- (25) Préfecture de la Manche. Organisation administrative locale.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.manche.pref.gouv.fr> (12/11/2008)
- (26) PROSPEUR (Premier Réseau Ouvert sur les Servies Publics en EUROpe). L'Union Européenne.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.prospeur.org/> (12/11/2008)
- (27) Regione Piemonte. Profilo assistenziale condiviso per il monitoraggio della gravidanza a basso rischio.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.regione.piemonte.it> (16/02/2009)
- (28) SANTOS TETA Vavita. Sage-femme : une profession au cœur de la santé publique européenne.
Mémoire sage-femme. Paris : Ecole Saint Antoine, 2006, 72p.

(29) Scottish Government Health Directorates. International Models of Maternity Care.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.sehd.scot.nhs.uk/> (4/02/2009)

(30) The Scandinavian Insider. Giving Birth in Sweden.
[en ligne]. Disponible sur <http://sosmag.se> (4/02/2009)

(31) VARDGUIDEN. Grupp B-streptokocker.
[en ligne]. Disponible sur <http://www.vardguiden.se> (4/02/2009)

ANNEXE 1

Taux de mortalité infantile : rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins de un an et le nombre d'enfants nés vivants

Taux de mortalité périnatale : rapport entre le nombre d'enfants nés sans vie et décédés à moins de 7 jours sur le nombre d'enfants

Taux de mortalité néonatale : rapport du nombre d'enfants décédés à moins de 28 jours à l'ensemble des enfants nés vivants.

Taux de mortalité néonatale précoce : rapport du nombre d'enfants décédés à moins de 7 jours à l'ensemble des enfants nés vivants.

Taux de mortinatalité : rapport du nombre d'enfants nés sans vie à l'ensemble des enfants nés.

Taux de mortalité maternelle : nombre de décès en cours de grossesse (quel que soit le terme) ou dans les 42 jours suivant l'accouchement, d'une cause quelconque liée à la grossesse ou à ses soins, pour 1000 naissances vivantes.

ANNEXE 2

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la sage-femme comme :

« Une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d'aider lors d'accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise. »

ANNEXE 2

Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les examens complémentaires obligatoires ou conseillés pendant la grossesse.

Contenu	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
Examens obligatoires							
HCG qualitatif	si doute						
Diagnostic de grossesse	✓						
Groupe sanguin	✓					2 ^e détermination si non faite avant	
Recherche d'agglutinines irrégulières	✓	si rhésus négatif ou si antécédents de transfusion, poursuite des recherches d'agglutinines irrégulières mensuelles au cours des 6 ^e , 8 ^e et 9 ^e mois					
Identification et titrage des anticorps	si RAI ² ✓			si RAI ² ✓			si RAI ² ✓
Sérologie rubéole	✓ ³	✓					
Sérologie syphilis	✓						
Sérologie toxoplasmose	✓ ³	si résultat négatif : mensuelle jusqu'au 9 ^e mois et après accouchement					
Recherche Ag HBs				✓			
Glycosurie-albuminurie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hémogramme				✓			
Examens à proposer systématiquement							
Marqueurs sériques HT21	entre 14 et 18 SA ¹						
Sérologie VIH 1 et 2	✓						
Prélèvement vaginal : recherche streptocoque B							entre 35 et 38 SA ¹
Frottis cervical	si plus de 3 ans						
Examens à proposer selon la symptomatologie ou les antécédents							
Numération-formule sanguine	✓						
ECBU	✓		✓			✓	✓
Sérologie Hépatite C	✓						

1. SA = semaines d'aménorrhée.

2. RAI = recherche d'agglutinines irrégulières.

3. = sauf immunité acquise (certitude par documents écrits).

ANNEXE 3

Extrait du décret no 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal

Art. 2. - Les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes prévus à l'article L.154 du code de la santé publique sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme. Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement.

Art. 3. - Chaque examen doit comporter un examen clinique, une recherche de l'albuminurie et de la glycosurie. De plus sont effectués: 1. Lors du premier examen prénatal: a) En cas de première grossesse, une détermination des groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (deux déterminations); b) Dans tous les cas, les dépistages de la syphilis, de la rubéole et de la toxoplasmose en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise, ainsi que la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B; si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires; 2. Au cours du quatrième examen prénatal (sixième mois de grossesse), un dépistage de l'antigène HBs, une numération globulaire, et chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées, la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B; si la recherche est positive l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires; 3. Au cours du sixième ou du septième examen prénatal (huitième ou neuvième mois de grossesse), une deuxième détermination du groupe sanguin A, B, O, rhésus standard si nécessaire; 4. Au cours des sixième et septième examens prénatals (huitième et neuvième mois de grossesse), chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées, la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B; si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires. En outre, la sérologie toxoplasmique sera répétée chaque mois à partir du deuxième examen prénatal si l'immunité n'est pas acquise.

[...]

Art. 5. - Au premier alinéa de l'article R.534-1 du code de la sécurité sociale, les mots: « quinze premières semaines de la grossesse », sont remplacés par les mots: « quatorze premières semaines de la grossesse ».

[Insérez ici le contenu de l'annexe non stylé]

RESUME

Chaque pays a une culture, une histoire propre qui fait que le suivi de grossesse physiologique peut différer d'un pays à l'autre.

Est-ce que ce suivi est si différent dans l'Union Européenne ?

Dans cette étude, j'ai comparé les différences qu'il pouvait y avoir dans la surveillance de grossesse physiologique entre l'Allemagne, la France, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suède, après avoir donné un rapide aperçu de la situation géopolitique de ces pays.

J'ai ainsi pu constater que des différences existaient, malgré une base semblable.

Ces différences sont visibles surtout au niveau de la fréquence des consultations.

En effet au Royaume-Uni et en Suède, le nombre de consultations est plus élevé pour les primipares.

En Allemagne, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède les consultations sont plus fréquentes en fin de grossesse.

Ce mémoire a pour but d'envisager les changements que l'on pourrait apporter dans le suivi de grossesse actuel, en France, pour permettre une diminution de la médicalisation de la surveillance de la grossesse et réadapter la fréquence des consultations au déroulement de celle-ci.