



HAL
open science

Évaluation des ateliers collectifs et de leur volet prévention menés dans le cadre du parcours attentionné maternité de l'Assurance Maladie

Séverine Beuriot

► **To cite this version:**

Séverine Beuriot. Évaluation des ateliers collectifs et de leur volet prévention menés dans le cadre du parcours attentionné maternité de l'Assurance Maladie. Santé publique et épidémiologie. 2016. hal-04494429

HAL Id: hal-04494429

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04494429>

Submitted on 7 Mar 2024

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-memoires-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
DE LORRAINE



Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2015-2016

**Évaluation des ateliers collectifs et de leur
volet prévention menés dans le cadre du
parcours attentionné maternité de
l'Assurance Maladie**

Soutenu en juin 2016

Mademoiselle Séverine Beuriot

Maître de stage :

Dr Isabelle Vincent

Guidant universitaire :

Dr Isabelle Millot

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement Mr Said Oumeddour, Responsable du Département Prévention et Promotion de la santé de la CNAMTS de m'avoir accueillie au sein de son équipe.

Je remercie également mon maître de stage Dr Isabelle Vincent, Directrice adjointe du DPPS ainsi que Véronique Belot, chargée de prévention, pour leur soutien tout au long de ces 5 mois. Et un grand merci à toute l'équipe, notamment Florence Orsini sans qui je n'aurais pas obtenu ce stage.

Je remercie tout aussi vivement Dr Isabelle Millot, mon guidant universitaire pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Introduction..... | 6 |
| 1 – Contexte..... | 7 |
| 1.1 La situation périnatale en France..... | 7 |
| 1.2 La prévention en France..... | 7 |
| 1.2.1 Le concept de prévention..... | 8 |
| 1.2.2 La politique de prévention..... | 8 |
| 1.2.2.1 Le cadre de la prévention..... | 8 |
| 1.2.2.2 La politique de prévention envers les femmes enceintes..... | 8 |
| 1.2.3 Présentation de l'Assurance Maladie..... | 9 |
| 1.2.3.1 – La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés..... | 9 |
| 1.2.3.2 Le Département Prévention et Promotion de la Santé..... | 9 |
| 1.2.3.3 Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie..... | 10 |
| 1.3 Description du parcours Maternité et des ateliers collectifs..... | 10 |
| 1.3.1 Le parcours maternité..... | 10 |
| 1.3.2 – Les ateliers collectifs..... | 11 |
| 1.3.2.1 Le cadre de référence..... | 11 |
| 1.3.2.2 La mise en œuvre par les CPAM..... | 11 |
| 1.3.2.3 L'évaluation précédente..... | 12 |
| 1.3.2.4 La « rénovation » du parcours Maternité..... | 12 |
| 1.4 La justification de l'investigation menée..... | 12 |
| 2 – Objectifs de l'investigation menée..... | 13 |
| 3 – Méthodes..... | 14 |
| 3.1 – Le recueil rétrospectif de données..... | 14 |
| 3.2 – L'enquête de terrain..... | 14 |
| 3.2.1 Terrain..... | 14 |
| 3.2.2 Population..... | 14 |
| 3.2.3 – Outils et procédures d'enquête..... | 15 |
| 3.2.3.1 – Les observations..... | 15 |
| 3.2.3.2 – Les questionnaires..... | 15 |
| 3.2.3.3 – Les entretiens..... | 16 |
| 3.2.3.4 – Les critères, indicateurs et sources de données..... | 16 |
| 4 – Résultats..... | 17 |
| 4.1 – Résultats principaux du bilan quantitatif..... | 17 |
| 4.2 – Résultats de l'enquête de terrain..... | 19 |
| 4.2.1 – Observations des ateliers collectifs..... | 19 |
| 4.2.1.1 – Organisation/déroulé..... | 19 |
| 4.2.1.2 – Méthodes et outils..... | 19 |
| 4.2.1.3 – Réactions et comportements des femmes..... | 19 |
| 4.2.2 – Questionnaires aux femmes enceintes..... | 20 |
| 4.2.2.1 – Caractéristiques des femmes..... | 20 |

| | |
|---|--------|
| 4.2.2.2- Préoccupations des femmes sur leur santé..... | 20 |
| 4.2.2.3 Thématiques de santé prioritaires pour les femmes..... | 21 |
| 4.2.2.4- Sources d'informations en santé des femmes..... | 21 |
| 4.2.2.5- Opinions des femmes sur un accompagnement individualisé en per et post post-partum..... | 21 |
| 4.2.2.6- Perceptions des femmes sur le volet santé/prévention..... | 22 |
| 4.2.3- Présentation et analyse des entretiens semi-directifs auprès des responsables prévention CPAM et des professionnels..... | 22 |
| 4.2.3.1- Profil des professionnels..... | 23 |
| 4.2.3.2-Perceptions des professionnels sur la pertinence des ateliers..... | 23 |
| 4.2.3.3- Perceptions des professionnels et responsables CPAM sur les effets du volet santé/prévention chez les femmes..... | 25 |
| 4.2.3.4- Perceptions des professionnels et responsables CPAM sur les limites et atouts des ateliers..... | 25 |
| 4.2.3.5- Opinions des professionnels et responsables CPAM sur les évolutions possibles des ateliers..... | 27 |
| 5- Discussion..... | 29 |
| 5.1 La participation et le ciblage..... | 29 |
| 5.2 L'organisation et le contenu des ateliers..... | 30 |
| 5.3 Les partenariats..... | 31 |
| 5.4 La place de l'Assurance Maladie..... | 31 |
| 5.5 Propositions..... | 32 |
| 5.6 Analyse de l'investigation menée..... | 32 |
| 5.6.1 Atouts portant sur la validité interne et externe de l'enquête..... | 32 |
| 5.6.2 Limites portant sur la validité interne de l'enquête..... | 33 |
| 5.7 Perspectives..... | 33 |
| 6- Conclusion..... | 34 |
| Index des tables..... | 35 |
| Index des illustrations..... | 36 |
| Bibliographie..... | 37 |
| Annexe I- Grille d'observation des ateliers collectifs maternité..... | XL |
| Annexe II- Questionnaire destiné aux femmes enceintes..... | XLI |
| Annexe III- Grilles d'entretiens destinées aux responsables prévention CPAM et aux professionnels..... | XLIII |
| Annexe IV- Critères, indicateurs et sources de données..... | XLV |
| Annexe V- Différents formats des ateliers observés..... | XLVIII |

Liste des sigles utilisés

ACS : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CES : Centre d'Examen de Santé

CMUc : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

COG : Convention d'Objectifs et de Gestion

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSP : Catégorie Socio- Professionnelle

DDGOS : Direction Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins

DPPS : Département Prévention et Promotion de la santé

FNPEIS : Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire

ISS : Inégalités sociales de santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PRADO : Programme d'Aide au retour à Domicile

RSA : Revenu Social d'Activité

Introduction

En France, chaque année, environ 800 000 femmes accouchent et ce sont près de 600 000 naissances qui concernent le régime général de l'assurance maladie (1). La santé de la femme enceinte et de l'enfant à naître est une priorité de santé publique au vu des conséquences individuelles et collectives en termes de santé et de coûts des complications obstétricales ou néonatales. En 2013, les dépenses de santé inhérentes à la maternité (avec ou sans pathologies) ont représenté 9 milliards d'euros soit 6 % des dépenses globales de santé (2).

Pour l'Assurance Maladie, informer les futures mamans sur leurs droits et les démarches à accomplir est primordial pour favoriser l'accès aux droits et aux soins, limiter les inégalités sociales de santé dans le suivi de grossesse et participer à la réduction des facteurs de risque inhérents à celle-ci. En effet, un moins bon suivi de grossesse peut avoir des conséquences néfastes sur la santé de la femme et de son enfant et impacte sur les indicateurs de mortalité, de mortalité néonatale et de prématurité (3).

Mais le rôle de l'Assurance Maladie consiste également à fournir aux femmes enceintes des informations en termes de prévention (4). Près d'un tiers des femmes –par exemple– déclarent ne pas avoir reçu d'information sur l'alcool ou le tabac de la part du médecin chargé de suivre leur grossesse. Plus de la moitié des femmes enceintes rapportent que leur consommation de tabac n'a pas non plus été évaluée par un médecin. De plus, certaines informations semblent mal comprises comme la recommandation de l'abstinence pendant la grossesse ; les femmes interprétant le « 0 alcool » en fonction de leurs références culturelles et familiales et méconnaissant les conséquences de l'alcool sur l'enfant à naître (5).

Dans une optique de réduction des facteurs de risque et des inégalités sociales de santé, d'adoption de comportements favorables à la santé (Stratégie Nationale de Santé 2013–2023), l'Assurance Maladie propose dans le cadre du parcours attentionné maternité des ateliers collectifs à toutes les femmes enceintes du régime général ayant déclaré leur grossesse –prioritairement à celles en situation de précarité. Ces ateliers, initiés en 2008, mis en pratique au niveau local par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et subventionnés via le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire comportent 2 volets, l'un sur les droits/démarches et l'autre sur la santé/prévention. Ils offrent ainsi aux futures mères des informations générales administratives, sanitaires et préventives. Une 1ère évaluation de leur déploiement (6) a été effectuée en 2008–2009 suivie d'une modification du parcours maternité en 2011.

C'est dans ce contexte que le Département Prévention et Promotion de la Santé de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés a souhaité effectuer un état des lieux de ces ateliers, et plus précisément du volet santé/prévention.

Notre mission durant ce stage de 2ème année de master Santé Publique et Environnement a donc consisté à réaliser une évaluation visant à caractériser les ateliers collectifs du parcours maternité et à les analyser sous l'angle des perceptions des acteurs et bénéficiaires.

1- Contexte

1.1 La situation périnatale en France

La France présente des indicateurs de périnatalité « moyens » au regard de ses voisins européens (7). En 2010, la prématurité représente 6,6% des naissances vivantes (vs 6,2% en Europe) et s'élève à 8,5% chez les femmes en situation de précarité (8). Le plus souvent, la prématurité résulte de facteurs liés aux conditions de vie sociale, professionnelle et de suivi de grossesse de la mère. Des disparités régionales peuvent aussi exister, creusant davantage les inégalités sociales de santé.

Près d'1 femme enceinte sur 5 déclare avoir bu au moins une fois alors qu'elle se savait déjà enceinte (8). 60% des femmes enceintes ont arrêté au début de la grossesse et 75 % l'ont fait au cours du 1er trimestre mais les plus jeunes d'entre elles tendent à continuer à consommer de l'alcool (9).

3 % des femmes déclarent avoir fumé du cannabis pendant leur grossesse. 1/4 des femmes enceintes déclarent fumer du tabac quotidiennement et celles qui fument plus de 10 cigarettes/jour représentent 8%. Plus d'une femme enceinte sur 6 fume pendant le 3ème trimestre de grossesse et 81% des fumeuses qui arrêtent le font au 1er trimestre (8). Toutefois, 8 femmes sur 10 qui ont arrêté pour une grossesse reprennent par la suite (8) et notons que selon la CNAMTS, le taux de recours à un substitut nicotinique d'une femme pendant sa grossesse était en 2010 de 3,16 % (1). Or, les addictions peuvent occasionner des fausses couches, des retards de croissance intra-utérin et d'éventuels retards psychomoteurs dont le syndrome d'alcoolisation fœtale (9).

17% des femmes enceintes sont en surpoids et près de 10% sont obèses selon l'enquête périnatalité de 2010 (8). Or, obésité et surpoids augmentent les risques de complications pour la mère et l'enfant pendant la grossesse et à l'accouchement.

Comme on l'a vu supra, un moins bon suivi de grossesse peut entraîner des conséquences délétères sur la santé de la femme et de son bébé. La surveillance prénatale est plus tardive chez les femmes enceintes vivant dans un contexte difficile (8) et les femmes n'ayant pas bénéficié des 7 consultations prénatales ont un niveau d'instruction faible ou absent, n'ont pas d'activité professionnelle, sont de nationalité étrangère et sont âgées de moins de 20 ans, ces dernières présentant encore de moins bons indicateurs de santé en général et bénéficiant d'un moins bon suivi que les autres femmes (1).

Ainsi, la précarité est associée à l'augmentation des complications obstétricales ou néonatales et à l'allongement de la durée d'hospitalisation des femmes (3). Afin de réduire les ISS, des messages de prévention sur les facteurs de risque de la grossesse sont donc prodigués aux femmes enceintes, notamment celles en situation de précarité.

1.2 La prévention en France

1.2.1 Le concept de prévention

La prévention doit répondre à 2 défis majeurs : d'une part, diminuer la mortalité prématurée et d'autre part, réduire les inégalités de santé. La prévention primaire vise à agir sur les facteurs de risque de maladies et leurs complications et ainsi éviter leur survenue.

La prévention mobilise de nombreux acteurs qui relèvent de secteurs professionnels différents. Elle nécessite une harmonisation tant au niveau national que régional et local. Elle s'organise sur le terrain selon des approches différentes : par pathologie ou problème de santé, par population (personnes âgées, enfants...) ou par déterminants de santé.

La prévention est basée sur la transmission de connaissances ou d'informations sur la santé et la maladie; on parle alors d'éducation sanitaire.

1.2.2 La politique de prévention

1.2.2.1 Le cadre de la prévention

La politique et les programmes de prévention s'appuient sur des lois (Loi de Santé Publique du 9 août 2004, Loi HPST du 21 juillet 2009 et sur des programmes ou des plans nationaux de santé.

La Stratégie Nationale de Santé 2013–2023 vise à « *...investir le champ de la promotion de la santé et de la prévention...* » et ce, dans « *une optique de combattre les injustices et inégalités de santé comme l'accès au système de soins* » (10).

Dans le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2016, l'objectif n°2 repose sur le développement des politiques de prévention. « *À côté de sa mission centrale de remboursement des soins, l'assurance maladie contribue à mettre en œuvre la politique de santé publique au moyen de programmes d'accompagnement des patients, de participations aux campagnes de prévention ciblées (dépistage du cancer, vaccination antigrippale...), ainsi que par le biais de certains dispositifs conventionnels et de l'accompagnement individualisé des professionnels de santé et des patients* » (11).

La loi de modernisation de la santé adoptée par le parlement en décembre 2015 comporte également 3 axes dont le renforcement de la prévention (12).

1.2.2.2 La politique de prévention envers les femmes enceintes

En matière de prévention des femmes enceintes, il existe le plan périnatalité 2005–2007 (13) (dont l'un des axes était l'amélioration de l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant avec l'entretien prénatal précoce, l'accompagnement et la prise en charge des femmes et couples en situation de précarité). Et certains programmes transversaux (PNNS, Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013–2017 qui axe sur la lutte contre la consommation d'alcool et tabac chez les femmes enceintes, les

jeunes et les personnes précaires...) interviennent aussi dans le champ de la prévention des femmes enceintes.

Les objectifs de la Convention d'Objectifs et de Gestion 2014-2017 conclut entre l'État et l'Assurance Maladie (14) pour une durée de 4 ans détermine les objectifs de gestion, les moyens de fonctionnement pour les atteindre et les actions à mettre en œuvre. Ainsi, la COG prévoit un examen bucco -dentaire pris en charge à 100 % pour les femmes enceintes- un partenariat avec la PMI pour l'animation des ateliers et la promotion de l'entretien prénatal précoce, l'accompagnement à l'arrêt du tabac des femmes enceintes et mères d'enfants de moins de 6 ans, la lutte contre le surpoids de la femme enceinte/mère et de l'enfant- l'aide d'une maïeuticienne à domicile au retour de la maternité (PRADO), un accompagnement spécifique pour les femmes enceintes en surpoids/obésité et pour celles qui souhaitent arrêter de fumer (dispositif de sevrage tabagique). A cela s'ajoute, le renforcement du rôle des sage- femmes dans l'aide au sevrage tabagique auprès des femmes enceintes et de leur conjoint ainsi que le rôle des médecins généralistes dans la prévention du tabac auprès des femmes enceintes. Tout ceci avec un accent mis sur les populations vulnérables et précaires.

1.2.3 Présentation de l'Assurance Maladie

1.2.3.1- La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

La CNAMTS est l'assureur de 3 femmes enceintes sur 4 en France (2). Elle finance le parcours maternité (y compris obstétrique) à hauteur de 4,8 milliards d'euros en 2010 (15). Les arrêts de travail au cours de la grossesse ont affecté près de 75 % des femmes enceintes et les indemnités journalières ont représenté près de 763 millions d'euros en 2010 (15). L'assurance maladie vise à réduire les ISS concernant le suivi de grossesse, améliorer le suivi et les indicateurs de mortinatalité et diminuer les dépenses de santé. Cela se traduit par la mise en œuvre d'une politique de gestion des risques et de prévention primaire destinée aux assurées notamment par le biais du parcours attentionné maternité. A noter qu'en 2016, les actions nationales de prévention et d'accompagnement de l'assurance maladie représentent 11,5 millions d'euros soit 5,75% du budget FNPEIS et en 2015, la part des ateliers collectifs était de 0,004% du budget global (actions nationales et locales) du FNPEIS (16).

1.2.3.2 Le Département Prévention et Promotion de la Santé

Le DPPS dépend de la Direction des Assurés qui « *contribue à la déclinaison des priorités de santé publique, et qui développe les actions de prévention et en assure la mise en œuvre* ». Cette dernière dépend de la DDGOS laquelle est responsable de la conception de la politique de gestion du risque selon 2 axes dont, entre autres, le développement de la prévention et de l'information et la lutte contre les ISS (17).

Le DPPS a donc pour l'une de ses missions de contribuer à la définition et à la coordination des actions de prévention et de promotion de la santé. « *Il veille également avec les organismes locaux de l'assurance maladie, à l'adhésion de la population aux programmes nationaux de prévention avec une attention particulière pour les personnes en situation de précarité et en assure le suivi* » (17).

1.2.3.3 Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie

Les CPAM « *assurent l'immatriculation des assurés et le traitement des feuilles de soins, des remboursements ou le versement des prestations. Elles sont aussi chargées de la mise en œuvre des accords conventionnels passés entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professionnels de santé. Elles jouent un rôle de prévention et d'éducation sanitaire (CES, actions de dépistage ciblées, actions...) ainsi que dans la détermination et la mise en œuvre de la politique d'action sanitaire et sociale (subventions d'associations)*» (18).

1.3 Description du parcours Maternité et des ateliers collectifs

1.3.1 Le parcours maternité

Le parcours Maternité comporte 2 volets, l'un pour les assurées et l'autre pour les professionnels de santé. Il regroupe multiples axe et est multicanal:

Pour les assurées :

Dès la déclaration de grossesse, les femmes reçoivent le « pack maternité » qui comprend :

- un courrier personnalisé accompagné du guide « ma maternité » et d'un calendrier prévisionnel des examens de suivi de grossesse ;
- des fiches conseils bucco-dentaire leur proposant un examen bucco-dentaire à partir du 4ème mois de grossesse ;
- des messages personnalisés adressés sur leur compte prévention d'ameli; un simulateur d'indemnité journalière sur le site www.ameli.fr ; une invitation à participer à un atelier collectif d'information ou à un entretien individuel.

Aussi, l'aide d'une sage-femme à domicile au retour de la maternité (PRADO) leur est proposée.

Lors de la déclaration de naissance de leur enfant, elles reçoivent :

- un courrier personnalisé accompagné du guide « j'accompagne les premiers pas de mon enfant » et d'un calendrier des examens obligatoires et vaccinations de l'enfant jusqu'à 3 ans ; des messages de prévention adressés sur leur compte prévention d'ameli.

Pour les professionnels de santé (médecins) :

Recommandations HAS sur le suivi médical de grossesse sur le site www.ameli.fr

1.3.2- Les ateliers collectifs

1.3.2.1 Le cadre de référence

Les ateliers collectifs (19) s'adressent à toutes les femmes enceintes accompagnées ou non de leur conjoint avec une priorité aux femmes enceintes en situation de précarité et/ou âgées de moins de 20 ans. Ceci en vue d'améliorer le suivi des femmes pendant leur grossesse en leur permettant d'accéder à des messages de prévention et à des soins de qualité en vue de réduire les complications obstétricales et néonatales et les inégalités de santé dans le suivi de la grossesse.

Le comité d'orientation/suivi de cette action est l'Assurance Maladie (financeur et promoteur).

Les objectifs des ateliers collectifs maternité redéfinis en 2011 sont les suivants :

- Donner aux femmes ciblées des informations précises et pratiques sur la prise en charge médicale et administrative de la grossesse :
 - Information sur les démarches à accomplir pour faire valoir ses droits à l'assurance maladie et maternité, prise en charge des soins, complémentaire santé ...
 - Information sur le suivi médical de la grossesse
 - Conseils pratiques en santé visant à agir sur les facteurs de risque de la grossesse : alimentation, tabac, alcool, médicaments
- Favoriser les échanges avec un professionnel de santé et d'autres futures parents ;
- Permettre le repérage de situations difficiles et si besoin l'orientation vers des structures ou professionnels spécialisés d'ordre médical ou social afin de favoriser un meilleur suivi de la grossesse et suivi post natal. Prévenir les facteurs de risque de la grossesse identifiés ;
- Donner une vision globale des offres de service de l'assurance maladie (y compris PRADO lorsqu'il est mis en œuvre dans le département) ;
- Réaliser un atelier collectif par mois (au minimum 1 par trimestre) ;
- Obtenir la participation de femmes de 16-20 ans ou bénéficiaires de la CMUc ;
Développer un partenariat avec la CAF et des personnels de santé dont la PMI.

1.3.2.2 La mise en œuvre par les CPAM

- Les acteurs

Conseillers CPAM, professionnels de santé (sage-femmes, diététiciennes, puéricultrices, médecins, PMI), conseillers CAF.

- La procédure

La CNAMTS a diffusé des instructions à l'ensemble des CPAM pour une mise en œuvre homogène des ateliers collectifs maternité.

Il a été transmis à chaque CPAM une trame (diaporama) créée par la CNAMTS comprenant les thèmes à aborder ainsi qu'un guide méthodologique, un formulaire type d'invitations personnalisables et un formulaire type de questionnaires de satisfaction. Une demande de dotation annuelle peut être faite à la CNAMTS pour un financement via le FNPEIS.

1.3.2.3 L'évaluation précédente

Les ateliers collectifs maternité ont été initiés en septembre 2008 et une première évaluation de leur déploiement (6) a été effectuée entre le 1^{er} octobre 2008 et le 30 septembre 2009 par le DDGOS/ Département Évaluation des Politiques dont le constat était le suivant :

- des difficultés pour cibler la population prioritaire et pour augmenter la participation des assurées invitées à ces ateliers,
- des partenariats existants mais à développer,
- des attentes des femmes axées sur les droits et un fort taux de satisfaction des femmes,
- une organisation des ateliers hétérogène spécifique à chaque territoire.

Les préconisations issues de cette évaluation était de :

- cibler prioritairement les femmes de 16-20 ans et/ou CMUc,
- développer le partenariat avec la PMI,
- rendre plus accessibles les ateliers aux populations visées,
- solliciter des professionnels de santé pour l'animation des ateliers,
- permettre l'orientation des femmes à l'issue des ateliers,
- organiser à l'échelon des CPAM une formation pour l'animation auprès des publics précaires.

1.3.2.4 La « rénovation » du parcours Maternité

Aussi, un groupe de travail composé des directions de la CNAMTS et de collaborateurs du réseau de l'assurance maladie se sont réunis pour étendre l'offre maternité en proposant depuis 2011 un accompagnement des futurs parents de la déclaration de grossesse aux 3 ans de leur enfant.

1.4 La justification de l'investigation menée

5 ans après la modification du parcours maternité, le DPPS a souhaité procéder à un état des lieux des ateliers collectifs et précisément du volet prévention en vue de prendre de nouvelles orientations stratégiques et de faire de nouvelles préconisations. Il s'est agi alors de répondre à la question suivante « Pourquoi et comment modifier le volet santé/prévention des ateliers collectifs maternité ? ».

2- Objectifs de l'investigation menée

L'objectif principal était de mettre en évidence les atouts et les limites des ateliers collectifs du parcours maternité de l'Assurance Maladie à l'aide d'une analyse de données issues de rapports d'activités des CPAM et d'une enquête de terrain réalisées entre janvier et mai 2016.

Les objectifs secondaires étaient les suivants:

- Connaître les pratiques et comportements des intervenants et participants lors des ateliers collectifs maternité et plus particulièrement lors du volet santé/prévention ;
- Saisir les perceptions des femmes enceintes participantes sur leurs attentes en santé/information en santé et sur le volet santé/prévention ;
- Comprendre les perceptions des professionnels et responsables prévention CPAM intervenant dans les ateliers collectifs maternité sur les besoins de santé des femmes ainsi que leur opinion sur le volet santé/prévention.

Notons que cette évaluation avait aussi pour objet de valoriser ce dispositif de la CNAMTS.

3- Méthodes

L'action commanditée a donc consisté, entre janvier et mai 2016, en la réalisation d'une évaluation ou analyse de situation des ateliers collectifs du parcours maternité et particulièrement de leur volet santé/prévention. Dans un premier temps, nous avons effectué un recueil rétrospectif de données et dans un second temps, un recueil prospectif reposant sur une enquête de terrain.

A des fins méthodologiques, nous nous sommes appuyés à la fois sur les recommandations de l'HAS (ANDEM) pour l'évaluation d'une action en santé publique (20), le « Manuel de recherche en sciences sociales » de Quivy R. et Van Capenhoudt L. (21) et sur le « Guide de l'enquête de terrain » de Béaud S. et Weber F. (22).

3.1- Le recueil rétrospectif de données

Nous avons effectué ce recueil à partir des rapports d'activités 2014 de 24 CPAM et de 13 demandes de dotation au FNPEIS pour l'année 2015 ce qui nous a permis de caractériser les ateliers collectifs maternité et d'établir un bilan quantitatif. Ces données ont été croisées avec celles d'une évaluation du déploiement réalisé en 2010 et elles ont aidé à la constitution des échantillons pour l'enquête de terrain.

L'échantillonnage s'est fait par choix raisonné sur un critère géographique des CPAM ayant fait un rapport d'activité ou une demande de dotation afin de permettre un maillage du territoire le plus large possible. 37 CPAM ont été incluses au total.

Le recensement des données a été réalisé dans un tableau EXCEL.

3.2- L'enquête de terrain

3.2.1 Terrain

Sélection de 4 CPAM organisant des ateliers collectifs avec un volet santé/prévention auprès des femmes enceintes, sur des critères de diversité en termes de territoires et de populations et en termes de mode organisationnel des ateliers collectifs.

Au préalable, information des CPAM sélectionnées et des professionnels intervenant dans les ateliers en vue d'obtenir leur adhésion à l'enquête.

3.2.2 Population

- Toutes les femmes enceintes participant aux 4 ateliers collectifs observés,
- Tous les professionnels de santé intervenant dans les 4 ateliers observés,
- Les responsables de prévention des 4 CPAM concernées par l'enquête.

3.2.3- Outils et procédures d'enquête

3 recueils de données ont été réalisés : des observations d'ateliers, des questionnaires aux femmes enceintes participant aux ateliers, des entretiens semi-directifs auprès des professionnels de santé intervenant dans les ateliers et des responsables prévention CPAM. Tous les outils ont été validés par le groupe-projet.

3.2.3.1- Les observations

Une grille d'observation (voir annexe I) a été élaborée et testée pour vérifier sa pertinence, sa validité et sa fiabilité lors d'un atelier collectif ce qui a permis d'y apporter quelques modifications.

-La procédure d'observation

L'observation non participante s'est attachée à repérer le rôle des intervenants, la participation (en termes de réactions/réactivité) du public, les outils- supports et approches employées pour « connaître » les pratiques de ces ateliers et les comportements des femmes.

-La saisie et l'exploitation des données

Les données ont été saisies dans un document EXCEL pour une analyse portant sur la « dynamique » et le contenu de l'atelier.

3.2.3.2- Les questionnaires

Pour les femmes enceintes participant aux ateliers, le choix s'est porté sur un questionnaire (voir annexe II) qui comporte des questions fermées ou à choix multiples facilitant ainsi les réponses en termes de rapidité et d'efficacité.

Ils ont été élaborés selon des critères pré-sélectionnés afin d'obtenir quelques caractéristiques des femmes (éléments absents des rapports d'activités), leurs attentes/demandes en termes de santé/prévention et leur opinion sur le volet prévention.

Les critères retenus ont donc été les suivants : caractéristiques des femmes enceintes participant aux ateliers, leurs préoccupations sur leur santé/grossesse, les thématiques de santé plébiscitées, leurs sources d'informations, leur opinion sur un accompagnement individualisé par l'assurance maladie sur certains problèmes de santé, leurs perceptions sur le volet santé/prévention.

Le questionnaire a été préalablement testé auprès de 10 femmes enceintes participant à un atelier collectif afin de vérifier sa pertinence, sa validité et sa fiabilité; cela nous a permis d'évaluer la compréhension des questions par les femmes ce qui nous a amené à modifier et simplifier ledit questionnaire en reformulant ou supprimant certaines rubriques ou questions.

- La procédure

Ils ont été distribués à toutes les femmes enceintes présentes à la fin de chaque atelier.

Le questionnaire était anonyme et ne comportait aucune donnée médicale et/ou hautement sensible. Il y était mentionné que les données seraient exploitées par l'assurance maladie.

–La saisie et l'exploitation des données

Saisie des données anonymes dans des fichiers EXCEL en vue d'une analyse statistique descriptive simple (fréquences absolue et relative, mode).

3.2.3.3- Les entretiens

2 grilles d'entretien (voir annexe III) ont été élaborées, l'une pour les professionnels et l'autre pour les responsables prévention CPAM en charge des ateliers collectifs.

Nous avons opté pour les entretiens semi-directifs individuels afin de libérer la parole et ainsi récolter les points de vue, les perceptions sur les besoins en santé des femmes et sur le volet prévention.

–La procédure de l'entretien

La prise de rendez-vous avec les responsables prévention CPAM s'est effectuée par téléphone avec plusieurs échanges préalables par mail pour les informer et les impliquer au plus tôt dans la démarche projet.

Pour les professionnels, la demande et prise de rendez-vous a été relayée par les responsables CPAM intervenant dans les ateliers collectifs. Les personnes interrogées étaient celles intervenant le jour même de l'observation dudit atelier.

Dans une optique d'écoute active et de retranscription fidèle des entretiens, ceux-ci ont été enregistrés avec l'autorisation des personnes interviewées. 2 personnes ont refusé et 1 entretien n'a pu être enregistré en raison d'un problème technique. Le caractère anonyme de la conversation était rappelé.

Ils ont duré en moyenne 1h dans un lieu neutre ou dans un bureau individuel au sein des CPAM selon la date et l'heure fixée avec les responsables. Pour les professionnels, la procédure a été identique soit sur le lieu de tenue des ateliers, soit au sein de la CPAM.

Les données recueillies étaient confidentielles et ont été restituées de manière anonyme. De même, une restitution des résultats de l'enquête et une synthèse propre à chaque caisse a été prévue (=valorisation).

–La saisie et l'exploitation des données

Retranscription intégrale des entretiens dans des fichiers WORD pour une analyse textuelle du contenu. Les étapes de codage- catégorisation, d'analyse thématique et d'interprétation ont ainsi été réalisées.

3.2.3.4- Les critères, indicateurs et sources de données

Nous vous les présentons dans un tableau en annexe IV.

4- Résultats

4.1- Résultats principaux du bilan quantitatif

Les résultats sont issus de 24 rapports d'activité 2014 établis par les CPAM et de 13 demandes de dotation 2015. Il existe un formulaire standardisé pour les demandes de dotation lesquelles présentent le projet pour l'année à venir. Il n'existe pas de format standard pour les rapports d'activité ainsi des données peuvent être manquantes ou diverger dans leur méthode de recueil ou de mesure.

Les données des variables catégorielles seront présentées en pourcentage et les données des variables continues seront en moyenne.

Il convient de comprendre pour chaque (n=), le nombre de CPAM ayant fourni des données.

- Nombre de CPAM = 27/37
- Nombre moyen de participants (femmes enceintes et accompagnants)/ atelier=18,53
- % de participation moyenne des femmes enceintes aux ateliers (n=20/37) = 8,6%
- Proportion moyenne de satisfaction des participants aux ateliers (n=24/37) : 87%
- Caractéristiques des femmes participantes (n= 10 CPAM/37).

- Catégories socio-professionnelles (CSP) des participantes aux ateliers (voir figure 1).

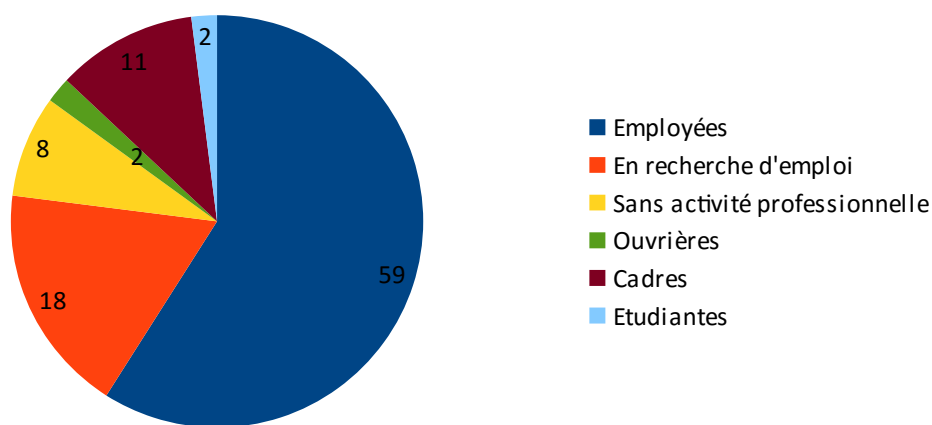


Figure 1- Répartition des femmes enceintes participant aux ateliers collectifs maternité selon leur CSP (%)

Les employées ont représenté largement plus de la moitié et les femmes en recherche d'emploi moins d'1/5ème de l'ensemble des participantes aux ateliers. A noter que la proportion de femmes primipares était de 84,53%. La proportion de femmes enceintes de moins de 20 ans celles des CMUistes (n= 16/37) était respectivement de 3,2% et 10,6% soit un total de 13,8 %.

➤ Modalités de ciblage (n=30/37)

Sur 30 CPAM, 6 sur 10 ont invité toutes les femmes enceintes sans prioriser les CMUc et les moins de 20 ans. Le ciblage a généralement été effectué après « requêtage » de la CPAM parfois assistée de la CAF, de la PMI ou des missions locales.

➤ Nombre moyen d'ateliers réalisés/an/CPAM (n=37) : 12,25 – Mini: 4 – Max: 40

La fréquence des ateliers a été d'un par mois en moyenne mais pouvant être de plusieurs par mois à un uniquement par trimestre. Certaines CPAM les ont programmés dans des villes et/ou des locaux différents. Plus rarement, ils se sont déroulés dans un lieu unique et fixe (CPAM par ex.).

➤ Format des ateliers

– Durée moyenne (minutes) des ateliers (n= 11/37): 120– Min : 90 – Max : 180

– Partenaires et intervenants des ateliers (n=37) : voir figure 2.

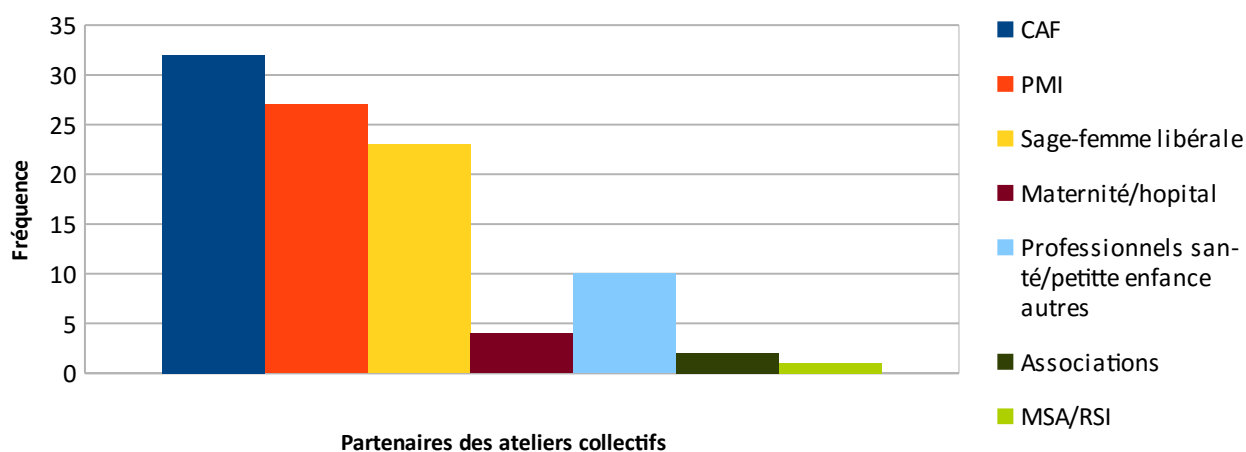


Figure 2– Fréquence des partenaires intervenants dans les ateliers collectifs maternité

Pour l'animation des ateliers, la CAF et la PMI ont été les partenaires principaux et majoritaires (respectivement dans 90% et 75% des ateliers) suivies des sage-femmes libérales dans la moitié des cas. Les autres professionnels de santé (orthophonistes, tabacologues, diététiciennes) et de la petite enfance (assistantes maternelles) ont été associés dans 1 atelier sur 4. La collaboration pour la promotion des ateliers et/ou le « requêtage » des femmes précaires avec les Ateliers Santé Ville, les associations de quartier a été plus rare.

➤ Déroulé des ateliers (n=27/37)

20 CPAM ont déclaré avoir utilisé le diaporama et 5 ont réadapté le plan ou apporté des modifications sur le diapo. Des documents de l'INPES ont été employés par 17 CPAM.

Les thèmes abordés ont été les droits et démarches– les allocations et modes de garde, la prise en charge et le suivi médical de la grossesse, les questions de santé/ prévention.

Les thématiques de santé les plus fréquemment abordées ont été l'alimentation de la femme enceinte et de l'enfant- les addictions- le tabac - l'allaitement maternel puis les vaccinations, le baby blues, l'examen bucco-dentaire, le toucher/massages pour les bébés.

4.2- Résultats de l'enquête de terrain

Entre le 24 février et le 17 mars 2016, 4 ateliers ont été observés, 4 professionnels et 4 responsables CPAM interviewés et 59 femmes enceintes ont rempli un questionnaire.

4.2.1- Observations des ateliers collectifs

4.2.1.1- Organisation/déroulé

Participation: Lors des observations des 4 ateliers collectifs, il y a eu un total de 80 participants se répartissant ainsi : 61 femmes enceintes - soit en moyenne 15 femmes/atelier avec un minimum de 13 et un maximum de 20- et 20 accompagnants dont 14 conjoints, 5 enfants et 1 accompagnant autre. Notons dans 2 ateliers une diversité culturelle chez les participantes.

Lieux: Les ateliers se sont déroulés dans divers types de local : maison de quartier, maternité, centre social, CPAM. La moitié était décentralisée.

Intervenants: 8 agents CPAM soit en moyenne 2/atelier- 3 professionnels de santé- un professionnel autre et 1 conseiller CAF sont intervenus dans les ateliers. Soit un total de 3 intervenants/ atelier.

Déroulement : 4 formats différents en termes de locaux, d'horaires, de durée, de thèmes abordés, de temps imparti pour les thématiques de santé : 1 Atelier santé et bien-être, 2 ateliers globaux (droits et santé), 1 atelier droits et thématique de santé. Notons que les ateliers ont duré entre 1h30 et 3h30 au total et le temps imparti pour la prévention a été de 20 min à 1h (voir tableau en annexe V).

4.2.1.2- Méthodes et outils

La méthode a été plutôt magistrale (« exposé ») avec toutefois une recherche d'interactivité avec les participantes comme la présentation de chaque participant ou la sollicitation pour le partage d'expériences (voir en annexe V pour plus de détails).

Des documents ont été laissés à disposition dans la moitié des cas et donnés systématiquement dans l'autre moitié. Ces documents concernaient l'alimentation, le tabac, le sommeil, les dispositifs et documents CNAMTS, CAF et divers.

4.2.1.3- Réactions et comportements des femmes

Le nombre de participantes et participants intervenant spontanément a été d'1/4 et près

d'1/3 des femmes sont restées à la fin pour des questions personnelles ou des demandes de rendez-vous en lien avec les démarches administratives. Les questions abordées en cours d'atelier ont porté sur la grossesse (sevrage tabagique, consommation de viande, port de charges lourdes, HTA), le per/ post -post-partum (lieu, péridurale, PRADO, allaitement et travail), le bébé (bébé secoué, vaccinations), les droits et démarches. Les questions personnelles en fin d'atelier ont porté sur la grossesse, l'accouchement, l'allaitement maternel, les droits et démarches et autres (témoignage histoire personnelle). Des femmes ont parfois interagi entre elles et certains conjoints sont intervenus pour poser des questions. Les signes de baisse de l'attention (bâillements, soupirs, allées et venues aux WC, consultations du smartphone) sont survenus en moyenne au bout d'1h30.

4.2.2- Questionnaires aux femmes enceintes

4.2.2.1- Caractéristiques des femmes

82% des femmes étaient primipares, $\frac{3}{4}$ d'entre elles en étaient au second trimestre de leur grossesse. 93% d'entre elles ont déclaré vivre en couple. 3 femmes sur 4 ont déclaré avoir un niveau d'instruction supérieur ou égal au BAC. Plus de la moitié d'entre elles ont déclaré ne bénéficier d'aucune prestation ou allocation, 1 femme sur 6 bénéficiant de la CMUc ou du RSA et 1 sur 5 a déclaré être au chômage (voir tableau I).

Tableau I- Nombre et répartition d'allocataires ou prestataires des minimas sociaux parmi les femmes enceintes participant aux ateliers collectifs observés

| Nombre de femmes bénéficiaires | n=59 | % |
|--------------------------------|------|------|
| Allocation chômage | 12,0 | 20,0 |
| CMUc | 6,0 | 10,0 |
| RSA | 1,0 | 1,8 |
| CMUc + RSA | 3,0 | 5,1 |
| ACS | 0,0 | 0,0 |
| Aucune prestation/allocation | 34,0 | 58,0 |
| Pas de réponses | 3,0 | 5,1 |
| Total | 59 | 100 |

4.2.2.2- Préoccupations des femmes sur leur santé

A la question « avez-vous des questions sur votre santé et votre grossesse ? », plus des 2/3 des femmes interrogées (n=59) n'ont cité aucune préoccupation particulière concernant leur état de santé/grossesse et 12 % n'ont pas répondu. Sur les 11 femmes ayant répondu, 2 ont

fait mention d'un questionnement sur la grossesse en général, 4 plus précisément sur l'accouchement et le post-partum, 3 sur les démarches administratives, et 2 sur l'allaitement. Toutefois 1 femme sur 5 s'est questionnée sur la grossesse (2/11), l'accouchement et le post-partum (4/11), les démarches administratives (3/11), ou l'allaitement (2/11).

4.2.2.3 Thématiques de santé prioritaires pour les femmes

Cette question comportait plusieurs choix possibles (voir figure 3). Les 3 thématiques de santé prioritaires ayant un intérêt pour les femmes enceintes participantes (n=59) ont été la nutrition, la parentalité et le mal de dos. Le tabac, l'alcool et les drogues n'ont été coché par aucune femme.

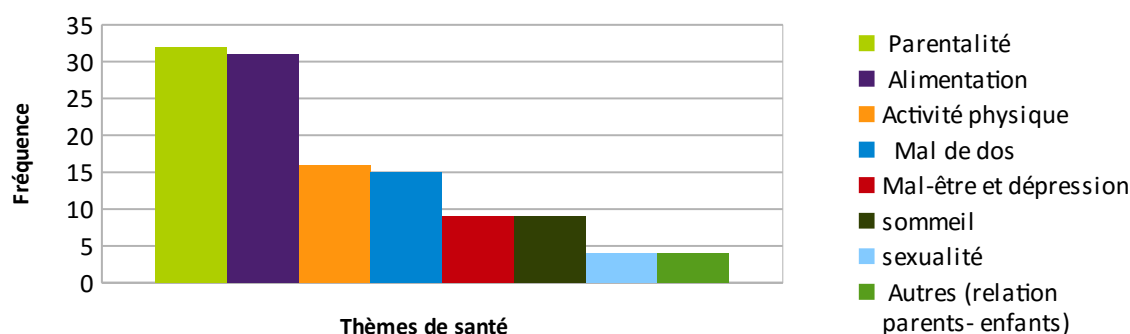


Figure-3 Fréquence des thèmes de santé plébiscités par les femmes enceintes participant aux ateliers collectifs maternité

4.2.2.4- Sources d'informations en santé des femmes

Dans cette question à choix multiples, le gynécologue (54%), la sage-femme (44%) et les amis/proches (43%) ont été les trois 1ères sources d'information citées par les femmes enceintes participantes (n=59). Venant ensuite le médecin traitant (35%) et les sites internet de la CPAM ou CAF (34%) puis les forums internet, les ateliers collectif CPAM (29%), la PMI (10%) et autres (8%). 39 % des femmes ont indiqué avoir entre 2 et 3 sources d'informations, 37 % 4 à 5 sources et 24 % 1 source unique. Pour le quart des femmes indiquant une seule source d'information, les 3 1ères sources étaient identiques à celles des femmes en ayant déclaré plusieurs à la différence que le médecin traitant était cité en 3ème position avec les amis/proches.

4.2.2.5- Opinion des femmes sur un accompagnement individualisé en per et post post-partum

Près de la moitié des femmes ont déclaré être intéressées par une aide pour limiter la prise de poids pendant la grossesse et près de 90 % d'entre elles se sont dit plutôt intéressées par l'

aide d'une maïeuticienne à domicile au retour de la maternité ainsi que par des conseils les premiers mois de vie de bébé. Notons que près d'1 femme sur 4 n'a pas répondu au sujet d'une aide pour les addictions et qu'environ 5% ont déclaré ne pas y être intéressées (voir tableau 2).

Tableau 2– Proportion de femmes se déclarant plutôt intéressées pour un accompagnement individualisé et spécifique de l'assurance maladie pendant leur grossesse ou en post-partum

| Types d'accompagnement | (n=59) | % | Plutôt intéressée | Plutôt pas intéressée | Non concernée | Non répondu | Total |
|--|--------|---|-------------------|-----------------------|---------------|-------------|-------|
| Accompagnement pour aide au sevrage tabagique | | | 0 | 3 | 75 | 22 | 100 |
| Accompagnement pour aide au sevrage alcool | | | 0 | 4 | 74 | 22 | 100 |
| Accompagnement pour aide à limiter la prise de poids | | | 46 | 39 | 0 | 5 | 100 |
| Accompagnement pour aide au sevrage de drogues | | | 0 | 4 | 74 | 22 | 100 |
| Aide maïeuticienne au retour de la maternité | | | 83 | 11 | 0 | 6 | 100 |
| Accompagnement les 1ers mois de vie de bébé | | | 88 | 7 | 0 | 5 | 100 |

4.2.2.6- Perceptions des femmes sur le volet santé/prévention

Opinion sur le volet santé/prévention:

87 % des femmes (n=59) ont déclaré avoir été très intéressées par le volet santé/ prévention. Parmi elles, 2/3 l'ont trouvé utile en termes d'informations (75%) « *ça m'a appris des choses que je ne savais pas avant* », intéressant dans sa forme (15%) « *complet, très varié* », « *permet des échanges* » et ce, malgré parfois son manque de pertinence (10%) « *intéressant mais un peu tard dans ma grossesse* », « *intéressant mais j'ai déjà eu les informations* ».

Intérêt du volet :

A la question « quelle est l'information principale en santé que vous reprenez aujourd'hui ? », près de la moitié des femmes (n=59) ont déclaré que certaines informations les avaient marquées à savoir la santé du bébé (pleurs du bébé, massages, vaccinations) et l'alimentation (bien manger, s'hydrater, éviter les sucres). Toutefois 1 femme sur 4 a déclaré n'en avoir retenu aucune, 1 sur 4 avoir retenu des informations sur les démarches administratives et 1 sur 7 n'a pas apporté de réponses.

4.2.3- Présentation et analyse des entretiens semi-directifs auprès des responsables prévention CPAM et des professionnels

Les entretiens semi-directifs (verbatim) seront présentés et analysés conjointement ici.

Nous aborderons les caractéristiques des professionnels intervenus dans les ateliers puis nous présenterons les résultats selon les thèmes qui se sont dégagés lors de ces entretiens.

4.2.3.1- Profil des professionnels

3 sont professionnels de santé (2 issus du domaine médical et 1 du paramédical) et 1 issu du domaine du bien-être. La moitié d'entre eux travaillent dans le secteur libéral, 1 dans la fonction territoriale et 1 avec une activité mixte (service publique et activité hospitalière).

Tous les professionnels considèrent avoir suffisamment de connaissances pour informer et orienter les femmes enceintes participant aux ateliers, et si l'un d'entre eux évoque ses limites en animation et un autre la « chance » d'y être formé, aucun ne ressent le besoin de recevoir une formation sur les techniques de communication ou sur l'éducation pour la santé.

4.2.3.2-Perceptions des professionnels sur la pertinence des ateliers

Tous les responsables et 2 professionnels évoquent dans un discours plutôt ambivalent, le manque de pertinence des ateliers. En effet, s'ils affirment que les ateliers répondent aux besoins d'informations en santé des femmes enceintes participant aux ateliers, ils ajoutent que ces femmes possèdent déjà beaucoup d'informations- pouvant être confuses ou contradictoires nécessitant d'être clarifiées- et pour l'un d'entre eux, les informations délivrées lors des ateliers sont redondantes. Cela vient corroborer les réponses de 3 femmes enceintes sur 4 ayant répondu aux questionnaires ayant déclaré avoir plusieurs sources d'informations. Et l'on peut considérer que les 2/3 des femmes interrogées se sentaient suffisamment informées puisqu'elles ont indiqué ne pas avoir de préoccupations particulières sur leur état de santé et ont posé spontanément peu de questions lors des ateliers. Au regard de notre échantillon, les femmes participantes ont peu exprimé le besoin d'informations.

Besoins des femmes enceintes

« Mon ressenti c'est qu'il y a énormément de sources d'informations. Et à mon avis, y en a de trop. Et souvent, elles sont à la recherche d'informations mais entre guillemets les bonnes informations c'est-à-dire émanant de professionnels. Parce que bon y a internet, y a énormément de sources d'informations contradictoires. Et du coup elles sont perdues ».

« Le public que l'on a c'est pas forcément le public...enfin je dis pas que c'est inutile pour les personnes qui y étaient mais de notre point de vue c'est peut-être pas forcément les personnes qu'on souhaiterait qui viennent et qui en auraient besoin ».

Les femmes qui seraient prioritaires pour bénéficier des messages de prévention/santé sont celles en situation de précarité ayant moins accès à l'information mais elles sont absentes de ces ateliers. A propos, 2 professionnels questionnent la définition de la précarité qui leur paraît peu explicite. Ils indiquent par ailleurs que la proximité et les entretiens individuels pourraient être les solutions pour mobiliser les femmes précaires et satisfaire leurs besoins.

« Et du coup comment aller mobiliser, chercher les autres ? Déjà, peut-être pour les inciter- bon il faut les avoir repérées-et géographiquement peut-être leur faciliter les choses- parce que si en plus on leur dit euh il faut aller prendre le bus...et puis là et puis là, j'pense c'est un frein quand même. Dans la proximité, les services de proximité ».

« Encore faudrait-il savoir qu'est-ce qu'on entend par précarité ? ».

Pour une professionnelle, il n'y a pas de différence entre femmes enceintes précaires et non précaires, toutes ayant, selon elle, des besoins particuliers auxquels on ne peut répondre qu'en entretien individuel. 3 professionnels vantent l'entretien prénatal précoce qui est un moyen pour aborder les problématiques ou questions psychosociales mais ils déplorent son faible développement et sa faible notoriété. C'est la raison pour laquelle, ils en parlent dans les ateliers pour le faire connaître.

« Les besoins des femmes enceintes sont variables d'une femme à une autre et leurs attentes sont différenciées et on peut identifier ça qu'en consultation individuelle, par l'entretien prénatal précoce par ex. D'ailleurs personne n'en a entendu parler... ».

Thématiques de prévention prioritaires selon les professionnels

Globalement, les discours paraissent relativement normalisés car ils reprennent les grandes thématiques prioritaires nationales : suivi de grossesse, alimentation et addictions qui sont les plus citées et les plus fréquemment abordés dans les ateliers. Puis, un professionnel insiste avec beaucoup de conviction pendant 3 minutes sur les violences conjugales. Cette thématique étant sans doute en lien avec son expérience dans le secteur médico-social où les situations de violences faites aux femmes pourraient apparaître davantage. Un autre professionnel évoque dans un discours plutôt « militant » les allergies cutanées et alimentaires.

« L'alimentation c'est pas spécifique à la grossesse mais ce sont des messages qu'il faut rappeler rappeler rappeler... »

Au sujet des addictions, un professionnel insiste sur le fait qu'on ne parle pas assez du cannabis, l'autre insiste sur le tabac tout en relativisant la consommation tabagique dans la population de femmes enceintes et en appuyant sur la nécessité d'une prise en charge en entretien individuel. Un autre professionnel met en avant les réalités et spécificités culturelles ou culturelles du public auprès duquel il intervient et pose la question de l'uniformisation et de la normalisation des discours en prévention/promotion de la santé. Elle affirme que dans certaines populations, parler de problème d'alcool n'a pas lieu d'être.

« Tout ce qui concerne la prévention sur l'alcool, ça j crois vraiment que l'info est bien passée. De ce que j'observe dans l'atelier hein, encore une fois, on est dans un département à forte population migrante, à forte population musulmane qui n'a pas d'habitudes... donc pour nous c'est un sujet qui est classé ».

« Une minorité de femmes fument pendant la grossesse mais les addictions ont une part d'inconnue révélée en consultation individuelle et pas en collectif ».

L'on peut se demander s'il n'y a pas une certaine banalisation du tabac et de l'alcool dans le discours de ces professionnels...

4.2.3.3- Perceptions des professionnels et responsables CPAM sur les effets du volet santé/prévention chez les femmes

Chez 3 professionnels et 3 responsables, le discours présente des contradictions et il s'en dégage un sentiment d'efficacité modéré ou limité du contenu du volet santé/prévention pour les femmes enceintes participantes.

Ils reconnaissent l'existence d'un impact des ateliers sur les connaissances et comportements des femmes enceintes. Ceci peut être corroboré par le fait que près la moitié des femmes enceintes questionnées ayant participé aux ateliers ont déclaré qu'une ou plusieurs informations en santé les avaient marquées ce qui est supérieur à ce que l'évaluation précédente indiquait où 1 femme sur 5 avait déclaré avoir appris de nouvelles informations sur l'alcool et 1 sur 3 sur l'alimentation. De plus, les perceptions des professionnels et responsables confortent l'évaluation de 2008-2009 où sur 61 femmes ayant déclaré fumer à la date de réalisation de l'atelier, 59% envisageaient de réduire leur consommation de cigarettes et la moitié d'arrêter de fumer après l'atelier. Dans le même temps, ils insistent sur les effets limités ou méconnus des ateliers sur les participantes. La question de l'évaluation des résultats/effets est ici sous-jacente. D'autre part, l'efficacité des ateliers est parfois réduite à la satisfaction des participantes.

« Je n'pense pas que ce soit suffisant parce que je sais par expérience quand on travaille sur justement l'alimentation, la prise en charge de l'obésité, toutes les addictions et Cie, c'est pas une réunion d'information ou un entretien qui va ... C'est pas suffisant, c'est pas suffisant. Et puis là du coup, il faut de l'individuel, là il faut de l'individuel ».

« Oui il y a un impact... c'est difficile de savoir ce qu'elles retiennent mais en même temps elles ont toujours l'air satisfaites de ce qu'on leur donne ».

Pour 1 professionnel et 1 responsable, l'impact sur les connaissances est indéniable. Et pour 1 autre professionnel, il y a un impact sur l'adoption de comportements favorables à la santé, et a contrario pour 1 responsable, c'est impossible de le savoir.

Quant à l'orientation des femmes participantes vers des dispositifs ou acteurs médico-sociaux adéquats, tant les professionnels que les responsables évoquent la possibilité de le faire ce qui est l'un des objectifs des ateliers collectifs.

« On peut orienter vers les CES pour l'arrêt du tabac et à l'hôpital pour l'obésité »

« On oriente surtout vers la sage-femme libérale qui quand même c'est son cœur de métier ».

4.2.3.4- Perceptions des professionnels et responsables CPAM sur les limites et atouts des ateliers

Freins perçus

Selon tous les responsables, le frein principal porte sur le manque de moyens et la politique

de maîtrise des dépenses qui sont évoqués à plusieurs reprises pour expliquer le choix de telle modalité ou les difficultés rencontrées.

« Le service promotion ou prévention était beaucoup plus étendu avant que je n'arrive. Nous on est 2, ils étaient 4 ou 5 donc ils faisaient des actions locales beaucoup plus importantes. On n'est plus sur ces mêmes orientations... »

Limites et difficultés perçues

Cibler les adolescentes et/ou les femmes enceintes en situation de précarité ainsi que mobiliser les femmes invitées sont perçus par tous les responsables à la fois comme une difficulté dans la mise en œuvre et une limite des ateliers où moins d'1 femme sur 7 était CMUiste ou avait moins de 20 ans.

« ... les mamans de moins de 20 ans y en a très très peu... c'est compliqué. Si vous faites une requête dans une ville, vous n'aurez personnes, enfin dans une ville y en y en a. Il faudrait les regrouper sur une ville mais déjà les ado elles sont jeunes dans leur tête et les faire se déplacer sur des questions de santé c'est compliqué. Et on a tenu compte de l'expérience de la CAF qui nous dit avoir aussi essayé ça et finalement ce qui fonctionne mieux avec les - 20 ans c'est l'entretien individuel. »

« En fait les femmes précaires on essaie de les relancer pour qu'elles viennent à ce type d'ateliers et on se rend bien compte que finalement ça ne correspond peut-être pas forcément à leurs besoins. Des entretiens individuels c'est peut-être plus facile ».

Pour augmenter la participation, 2 responsables mettent en avant la solution de multiplier le nombre d'ateliers et de les décentraliser mais pointent aussitôt des problèmes logistiques et de moyens pour l'appliquer, exprimant ainsi une certaine ambivalence entravant la volonté d'augmenter réellement le taux de participation.

« ... Comment faire pour avoir des taux de participation ? Bah nous on l'a hein! Ce serait de les étendre à d'autres secteurs où y a plus de naissances... J'aurais forcément plus de monde. Ça veut dire étendre les ateliers, les organiser dans l'ensemble du département, pas centralisé uniquement sur la grosse ville mais voilà, après derrière il faut des moyens humains et on les a pas. Et ça un coût aussi pour la collectivité. Est-ce que c'est pertinent ? »

« Si on augmente le nombre de participants, on aura un problème de salle. On pourra pas accueillir tout le monde. Et puis, qui se chargera d'animer tous ces ateliers ? ».

De plus, si tous les responsables estiment que l'assurance maladie a toute légitimité à intervenir dans le champ de la prévention, 2 d'entre eux et 2 professionnels questionnent son rôle à agir auprès des publics précaires en mettant en avant d'autres acteurs ou dispositifs qui seraient plus adéquats.

« ...Consacrer nos moyens plus vers les publics précaires si encore on est le bon interlocuteur parce qu'on peut se poser quand même la question. Y a quand même les centres de PMI qui sont quand même là pour encadrer...et de toute façon il faut limiter les interlocuteurs auprès de ces publics-là. Il faut la confiance... »

« L'assurance maladie devrait s'appeler l'assurance santé et elle a tout un rôle à jouer dans la prévention »

Une autre difficulté soulevée avec insistance par 2 professionnels est le manque de coordination et de concertation avec les responsables prévention CPAM sur le contenu des ateliers avouant ignorer leurs modalités d'organisation. Et pour 3 responsables, il existe des difficultés de collaboration avec leurs partenaires pouvant entraîner aussi des problèmes organisationnels ou logistiques.

« ...on n'a jamais vraiment calé ce qu'on devait dire pas dire, où est-ce qu'on va, qu'est-ce qu'on veut, voilà ça se met en place voilà au fur et à mesure des questions aussi.. »

« Eux [la CAF] fonctionnent en territoires donc voilà ils n'ont pas la même chose... Ils ont un parcours qu'est différent du nôtre c'est- à- dire que eux ils s'adressent au 1er enfant ».

Atouts perçus

L'atout principal mis en avant tant par les responsables que les professionnels est le faible coût des ateliers et la forte satisfaction des femmes enceintes participantes.

« Elles [les participantes] sont toujours contentes des ateliers, c'est ce qui ressort des questionnaires à chaud et c'est ce qu'elles nous disent à la fin ».

4.2.3.5- Opinions des professionnels et responsables CPAM sur les évolutions possibles des ateliers

Suggestions en termes d'amélioration des ateliers

Les partenariats avec la PMI, la CAF ou les acteurs de proximité seraient à développer tant pour 3 professionnels que pour 3 responsables même si ceux-ci y semblent moins enclins car une collaboration n'est pas toujours aisée à mettre en place et nécessiterait de mettre en œuvre une nouvelle organisation des ateliers.

« Parce que ces publics très précarisés, c'est par le biais de la PMI qu'on va les toucher »

« ...alors le partenariat avec le CG...on sait que c'est pas toujours facile... ».

Les professionnels avancent d'autres points à améliorer dans une optique d'amélioration de la qualité. Pour 1 professionnel, il faudrait prioriser des messages de prévention incontournables, diminuer la taille et la durée de l'atelier pour augmenter le nombre de participantes et favoriser les échanges, pour 1 autre mettre en place des ateliers petite enfance/parentalité.

« Moi j'trouve qu'il [l'atelier] est quand même noyé du coup les messages... je trouve qu'il y a beaucoup beaucoup beaucoup d'informations. Alors je me demande si y en a pas trop et peut-être donner 2 ou 3 messages, des conseils pratiques, factuels, simples... ».

Opinions sur un accompagnement individualisé à l'issue des ateliers par l'assurance maladie

Il y a une convergence des avis défavorables à un accompagnement des femmes enceintes par

l'assurance maladie à l'issue des ateliers collectifs, tant chez 3 professionnels que tous les responsables. Cela nécessiterait un repérage des « cas » durant l'atelier et un suivi de l'orientation envisagée. Or, les responsables mettent en avant un manque de moyens et les professionnels une impossibilité à dépister les femmes présentant une problématique médico-sociale (question éthique). Ainsi, pour tous, les ateliers doivent se borner à informer les femmes sur les acteurs ou dispositifs permettant une prise en charge individuelle.

« Moi je pense qu'il nous appartient d'orienter. J'crois qu'on peut pas une fois qu'on a vu les mamans de se permettre d'aller encore plus loin. il faudrait rappeler la maman...déjà on le fait sur les demandes de RV individuels droit /prestations, Vous voyez, ça c'est déjà un suivi alors si en plus... c'est compliqué ».

« on peut pas aller vers une femme en lui disant Mme vous êtes obèse, vous devez... Non c'est pas possible. Euh, j'ai l'impression que vous fumez... enfin vous voyez. Non c'est pas possible. ..La question des addictions que ce soit tabac, alcool, alimentation, y a un facteur psychologique énorme derrière et du coup, on marche sur des œufs, on marche sur des œufs. ...Soit elle vient à la fin elle vient se livrer ou elle va rappeler peut-être après mais y aller comme ça d'emblée, non alors là non. Non ça me semble...Parce que là on devient un petit peu sélectif, on commence à trier les gens sur le volet. ».

5- Discussion

Si les atouts des ateliers collectifs maternité reposent sur leur variété, sur la qualité et le professionnalisme des intervenants ainsi que sur la forte satisfaction des femmes enceintes y participant, sa limite principale porte sur l'inadéquation du volet santé/prévention (= constat superposable à l'évaluation de 2008–2009). Nous allons tenter ici d'y apporter un éclairage et formuler un certain nombre de propositions.

5.1 La participation et le ciblage

Le taux de participation des femmes enceintes invitées relativement inchangé comparativement à l'évaluation précédente (autour de 8%), et ce malgré les efforts des CPAM à promouvoir les ateliers, à procéder à des relances par SMS, téléphone ou courriels, à diversifier les lieux d'accueil, à proposer des horaires et des formats différents selon les spécificités de leur territoire, peut démontrer le manque d'intérêt des femmes enceintes à l'égard de cette offre qui ne répondrait pas à leurs demandes.

Une enquête interne de la CNAMTS sur les facteurs de risque de la grossesse auprès des assurées du régime général (1) avait mis ainsi en évidence un différentiel entre les femmes « population générale » et celles CMUistes pour la réalisation de certains actes et dans le nombre de consultations prénatales avec un écart nettement plus marqué pour les moins de 20 ans et justifiait ainsi le choix de prioriser ces 2 populations. Or, les femmes en situation de précarité ou moins de 20 ans participent peu aux ateliers collectifs du parcours maternité.

Les CPAM éprouvent la difficulté à cibler et à mobiliser les femmes enceintes dites prioritaires. Seulement 4 CPAM sur 10 ont procédé à des invitations ciblées malgré leur volonté affichée de le faire. Cela pourrait s'expliquer par la référence peu explicite du cadrage mentionnant « toutes les femmes enceintes avec une priorité aux femmes de - de 20 ans et femmes en situation de précarité ». D'autre part, exceptée la condition en terme d'âge, le critère « femmes en situation de précarité » demeure tout aussi sujet à multiples interprétations comme l'ont souligné certains professionnels dans leurs interviews. Si l'assurance maladie a plutôt une approche administrative de la précarité en retenant un critère de « bénéficiaires de prestations sociales », les situations de fragilité sont diverses et variées et relèvent de processus de précarisation et désaffiliation (23) nécessitant une approche également sociologique. Cela concerne les femmes n'ayant pas recours aux droits ainsi que toutes les autres femmes en situation de vulnérabilité sociale (handicap, maladie). Et si elles sont exclues, l'on tend de ce fait à creuser davantage les inégalités sociales de santé.

De plus, comme le soulignent certains responsables, il y a une très faible part des moins de 20 ans présente aux ateliers qui est toutefois à mettre en perspective avec les grossesses adolescentes arrivées à leur terme équivalant à 1,8 % du total des naissances en France en 2013 (24). Cela peut poser la question de continuer à cibler cette population certes prioritaire... Par contre, la faible proportion des femmes enceintes CMUistes participant aux ateliers semble bien sous représentée par rapport à la réalité sociale puisque 57 % des femmes de + de 20 ans en population générale étaient CMUistes en 2014 (25). Toutefois,

plus d'1 femme sur deux a déclaré ne recevoir aucune prestation ce qui peut signifier qu'elle n'y a pas droit mais également qu'elle n'a pas recours à ses droits. En 2010, ce sont 4% des femmes enceintes qui avaient renoncé à des soins pour raisons financières et 1% qui n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse » (8). Par conséquent, si de prime abord, les femmes enceintes ayant participé aux ateliers observés ne semblent donc pas « prioritaires » au vu de leurs caractéristiques, l'on pourrait considérer qu'au moins 1 sur 3 étant bénéficiaires de prestations ou allocations sociales était tout de même en situation de précarité ou de précarisation. D'où la nécessité de redéfinir la précarité sur des critères élargis et précis.

Et si la faible fréquentation des femmes enceintes en situation de précarité peut être due au fait qu'elles ne sont pas toutes conviées, on peut aussi émettre l'hypothèse qu'il s'agit d'une population refusant ce genre de dispositif puisqu'elle se sentirait stigmatisée (sentiments d'inutilité- d'exclusion ou de marginalisation, perte d'estime de soi, peur du regard social) (26) et pourrait avoir des représentations négatives sur les institutions publiques considérées alors comme organismes de contrôle voire de « flicage ». Et là encore, le volet santé/prévention ne collerait pas aux attentes de cette population.

5.2 L'organisation et le contenu des ateliers

Malgré l'hétérogénéité et la richesse des ateliers et des professionnels y intervenant, aucun ne connaît un succès en termes de participation ni en termes d'interactivité ou d'intérêt pour la prévention chez les femmes enceintes. Si une femme sur 2 a déclaré retenir un ou des messages de prévention lors des ateliers, l'on peut s'interroger sur la qualité de l'information retenue (ex « *bien manger* »). Aussi, une large majorité des femmes a déclaré les informations reçues utiles mais essentiellement sur le volet droits ce que soulignent d'ailleurs les responsables interrogés. Ceci vient appuyer le fait qu'1 femme sur 5 avait déclaré avoir trouvé intéressant le volet santé/prévention en 2008-2009. Ce fort taux d'intérêt pour les ateliers corrélé au fort taux de satisfaction semble évoquer le désir des femmes participant à ces ateliers d'obtenir des informations (principalement) sur les droits mais aussi de se trouver dans un lieu de rencontres et d'échanges.

Ainsi, former les intervenants à la communication de groupe et maintenir des ateliers d'une dizaine de participants serait souhaitable pour favoriser l'écoute et des échanges de qualité. Réduire la durée des ateliers serait aussi à envisager car la baisse d'attention est survenue en moyenne au bout d' 1h30. Toujours dans une démarche plus participative et plus éducative, différencier l'atelier santé et l'atelier droits pourrait être une piste à explorer permettant de mieux répondre aux besoins des femmes enceintes. Cela nécessiterait de repenser les ateliers et les partenariats.

Au vu des attentes des femmes et au vu des besoins identifiés par les professionnels, les thèmes prioritaires ont été évoqués dans la majeure partie des ateliers. Toutefois, si le suivi de grossesse et l'alimentation ont généralement été développés, les autres ont été abordés succinctement. Il y a alors eu une multitude d'informations transmises pouvant être difficiles

à retenir pour les femmes ou pouvant ajouter de la confusion parce qu'insuffisamment explicitées d'autant que les messages de prévention peuvent alimenter ou véhiculer de « fausses croyances » (27) et être contre-productifs. Cela nécessite de les prioriser et de les adapter au public présent par le choix des thèmes, du vocabulaire, de l'approche à employer.

5.3 Les partenariats

La CAF est le premier partenaire des CPAM dans l'animation des ateliers or ils organisent déjà leurs propres ateliers destinées aux primipares. Les CPAM pourraient se rapprocher des CAF pour participer à leurs ateliers « je prépare l'arrivée de mon enfant » pour le volet droits/démarches, cela leur permettrait de libérer du temps et de consacrer alors tous les moyens sur la prévention des comportements à risque auprès des femmes enceintes.

De plus, si la PMI ne collabore pas avec la CPAM dans de nombreux ateliers étudiés, elle apparaît pourtant aux yeux des professionnels et responsables comme le partenaire-cléf pour le volet santé/prévention en mesure d'assurer un repérage des situations de fragilité/vulnérabilité et de proposer un accompagnement adapté aux situations. Toutefois, les inégalités territoriales et les disparités entre politiques départementales rendent les missions de la PMI plus ardues à mettre en place et complexifie aussi les collaborations éventuelles.

Un manque de coordination et de concertation entre les CPAM et leurs partenaires a été constaté. Le « travailler ensemble » en interdisciplinarité et inter-sectorialité ne semble pas usuel du fait d'objectifs, de méthodes de travail ou de cultures différentes. Il conviendrait alors de réfléchir à la manière d'améliorer la coordination et la collaboration des partenaires institutionnels, associatifs ou libéraux pour la mise en œuvre des ateliers collectifs depuis leur conception jusqu'à leur animation.

5.4 La place de l'Assurance Maladie

Si l'Assurance Maladie a une légitimité à prodiguer des informations générales et standardisées en santé et en prévention auprès de ses assurés, l'on peut s'interroger sur sa légitimité à agir auprès des publics précarisés et sur certaines thématiques de santé. Comme l'a souligné un responsable, l'Assurance Maladie n'est sans doute pas le meilleur interlocuteur pour s'adresser aux publics les plus précarisés auprès desquels les acteurs de proximité (PMI, ASV etc.) parviennent, au prix d'un long travail, à instaurer un climat de confiance et à mettre en place tout un réseau. Aussi, chercher à aborder tous les sujets de la périnatalité est-il judicieux ? Que l'Assurance Maladie évoque auprès des femmes enceintes leurs droits et les modalités de suivi de leur grossesse semble tout à fait pertinent pour lutter contre les ISS en lien avec l'accès aux droits et aux soins. Par contre, vouloir investir par exemple, le champ de la parentalité nous semble incongru car- même si c'est une attente des futures mères et des préconisations de l'IGAS dans un rapport de février 2013 (28)- d'autres acteurs de terrain sont plus à même de répondre à ces problématiques après la naissance de l'enfant (professionnels de santé, PMI, associations). Quant aux questions psycho-sociales et/ou aux

problèmes d'addictions et d'obésité, c'est la consultation individuelle avec des professionnels de santé (entretien prénatal précoce par ex) qui semblerait la plus adéquate.

Aussi, est-ce bien le rôle de l'assurance maladie de repérer- dans ces ateliers- les femmes enceintes présentant des problèmes médico-sociaux et de les accompagner (dans leur prise de rendez-vous par ex.)? On se situe ici davantage dans une volonté de contrôle (des assurées mais aussi et surtout des dépenses de santé) que d'accompagnement. On est assez loin des principes de promotion de la santé tels que l'empowerment ou la « gouvernance de soi » pour autonomiser les personnes sur leur santé. Cela questionne le statut de l'Assurance Maladie, à la fois financeur et promoteur de santé et soulève des questions éthiques...

Enfin, se pose la question de l'adéquation entre les objectifs (en termes de processus) fixés par la CNAMTS et les moyens alloués aux CPAM pour la mise en œuvre de ces ateliers. Si le faible coût des ateliers est perçu comme un atout, il révèle surtout un défaut de cohérence impactant sur l'atteinte des objectifs des ateliers.

5.5 Propositions

Voici quelques propositions destinées à la CNAMTS :

- 1.1 Amener une réflexion sur la population à cibler pour améliorer la pertinence des ateliers ;
- 1.2 Donner une définition de la précarité des femmes enceintes à rejoindre, à l'aide de critères précis ;
- 1.3 Allouer davantage de moyens aux CPAM pour plus de cohérence dans la mise en œuvre des ateliers (ressources, formation des acteurs, partenariats) ;
- 1.4 Constituer une « boîte à outils » pour aider les CPAM à améliorer la qualité des ateliers (fiches thématiques, priorisation d'1 ou 2 messages de prévention à retenir, limitation de la durée des ateliers à 1h30 et du nombre de participants à 15) ;
- 1.5 Lancer une campagne de promotion sur l'entretien prénatal précoce auprès des professionnels de santé et des femmes enceintes ;
- 1.6 Promouvoir et développer PRADO (sage- femme à domicile au retour de la maternité).

5.6 Analyse de l'investigation menée

5.6.1 Atouts portant sur la validité interne et externe de l'enquête

L'association de méthodes quantitatives et qualitatives et le caractère multi- centrique de l'enquête ont apporté une complémentarité des données et ont enrichi l'analyse.

Les 3 types d'outils d'enquête ont donc permis davantage de « puissance » laquelle repose sur la capacité de recoupement/ confrontation des différentes données (29).

Enfin, certains résultats sont venus corroborer le constat effectué en 2008-2009 par la CNAMTS lors de l'évaluation du déploiement En ce sens, ces résultats seraient potentiellement « généralisables » à l'ensemble des CPAM (validité externe).

5.6.2 Limites portant sur la validité interne de l'enquête

La difficulté à cerner la demande de la CNAMTS ainsi que des différences de vocabulaire (état des lieux ≠ évaluation) ont entraîné des interrogations/difficultés en termes de méthodologie.

Le bilan quantitatif présente un faible niveau de preuves (niveau 4 grade C), notre échantillon n'étant pas représentatif (puisqu'il n'y a pas eu la sélection exhaustive des CPAM) et notre recueil de données étant rétrospectif.

La catégorisation de certaines questions à choix multiples dans les questionnaires a pu orienter les réponses des femmes enceintes et influencer sur les résultats. Aussi, une mauvaise compréhension des questions par les femmes enceintes n'a pas été impossible (29).

Les entretiens relèvent d'une méthode exigeante et consommatrice de temps tant dans le déroulement que dans l'analyse... Elle n'était peut-être pas la méthode la plus appropriée du fait de notre manque d'expérience (questions parfois directives entravant alors la liberté de paroles et réduisant la diversité des propos/ exploitation insuffisante ou défectueuse des données...). Des biais de déperdition et de déformation de l'information ont été possibles du fait notamment de l'absence d'enregistrement pour 3 entretiens. Et un biais d'interprétation a pu exister également puisque l'analyse des données a été réalisée par une seule personne sans comparaison ou confrontation possibles (21). Enfin, nous avons réalisé huit entretiens or il est admis que dix à trente sont nécessaires pour parvenir à la saturation de l'information (22).

5.7- Perspectives

Les résultats de cette évaluation ont montré un défaut d'adéquation entre les ateliers collectifs maternité et les besoins des femmes enceintes et une méconnaissance de ses effets sur les participantes.

A l'heure où la démocratie sanitaire s'inscrit dans la loi (30), ce type de problème pourrait être surmonté par la participation des femmes enceintes (assurées sociales) aux orientations, choix ou décisions concernant le parcours attentionné maternité de l'Assurance Maladie en général et les ateliers collectifs en particulier. Cette participation doit se voir comme processus et moyen d'améliorer la pertinence, l'efficacité, la légitimité et l'efficacité de toute intervention de santé publique dans une optique de promotion de la santé.

Une évaluation des effets des ateliers de type « enquête avant-après » pourrait être envisagée afin d'estimer les informations que les femmes possèdent avant et après les ateliers. Cela permettrait de mesurer plus précisément l'efficacité de cette action.

Enfin, la CNAMTS pourrait aussi définir les modalités d'une recherche interventionnelle sur le parcours attentionné maternité, dans un souci de produire des connaissances, d'améliorer son programme, d'estimer son incidence sur la santé des femmes enceintes et de s'inscrire alors dans une réelle démarche d'évaluation et de qualité de ces programmes et dispositifs de prévention.

6- Conclusion

Les résultats de cette évaluation ont permis d'identifier et de comprendre les atouts et les limites des ateliers et de leur volet santé/prévention. Il en a découlé la formulation de propositions en termes de contenu et d'organisation destinées à la CNAMTS pour une éventuelle réorientation stratégique de ces ateliers collectifs du parcours attentionné « maternité ».

Cette enquête a également permis de mettre en lumière le rôle de l'Assurance Maladie dans le champ de la santé publique. Outre la question sur sa légitimité à intervenir à la fois comme financeur et acteur du système de santé, on peut interroger ses orientations axées principalement sur les principes d'éducation sanitaire c'est-à-dire sur une approche informative, une perspective médicale et une induction de comportements. Où l'on voit qu'instaurer davantage d'éducation pour la santé et de démocratie sanitaire (approche responsabilisante et participante) dans ses programmes et dispositifs reste un enjeu majeur pour cette grande institution qu'est l'Assurance Maladie.

Index des tables

Tableau I. Nombre et répartition d'allocataires ou prestataires des minimas sociaux parmi les femmes enceintes participant aux ateliers collectifs observés

Tableau II. Proportion de femmes se déclarant plutôt intéressées pour un accompagnement individualisé et spécifique pendant leur grossesse ou en post-partum

Index des illustrations

Figure 1. Répartition des femmes enceintes participant aux ateliers collectifs maternité selon leur CSP

Figure 2. Fréquence des partenaires intervenant dans les ateliers collectifs maternité

Figure 3. Fréquence des thèmes de santé plébiscités par les femmes enceintes participant aux ateliers collectifs maternité

Bibliographie

1. Rouve S. Indicateurs de l'action facteurs de risque de la grossesse. Paris : CNAMTS–DSES/DEPP ; 2011
2. L'Assurance Maladie. (page consultée le 03/04/16). Statistiques et publications, [en ligne]. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/presentation-et-principaux-resultats.php>
3. Rey S, Danet S, Benrekessa J. Santé périnatale : des inégalités sociales et territoriales en France. France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2015 fév 24 ; (6-7) : 115-90
4. L'Assurance Maladie. (page consultée le 03/04/16). Connaître l'Assurance maladie, [en ligne]. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaître-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/l-assurance-maladie/index.php>
5. Toutain S. Ce que les femmes disent de l'abstinence d'alcool pendant la grossesse en France. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [en ligne]. Mars 2009, N° 10-11. [consulté le 25/1/16]. Accessible en ligne <http://www.invs.sante.fr/beh/2009/10_11/beh_10_11_2009.pdf>
6. Programme Accompagnement Maternité– Évaluation du déploiement des Ateliers collectifs. Paris : CNAMTS DDGOS/Département Évaluation des politiques; 2010
7. Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. European perinatal health report. EUROPERINAT, 2013. Accessible en ligne <<http://europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>>
8. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (page consultée le 15/01/16). La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats, [en ligne]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er775-2.pdf>
9. Beck F, Richard JB, Dumas A, Simmat-Durand L, Vandentorren S. Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes. Santé-action [en ligne]. Mars 2013, n°423, [consulté le 12/02/16]. Accessible en ligne <<http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-423.pdf>>
10. Ministère des affaires sociales et de la santé. (page consultée le 10/01/16). Stratégie Nationale de Santé, [en ligne]. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf
11. Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. [en ligne].<http://www.securite-sociale.fr/LFSS-2016>
12. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. (page consultée le 15/03/16). Loi de modernisation de la santé, [en ligne] <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf>

13. Plan périnatalité Humanité, proximité, sécurité, qualité 2005–2007. 10 nov 2004 [en ligne]. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
14. Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour les Travailleurs Salariés. Convention d'Objectifs de Gestion entre l'État et la CNAMTS 2014–2017. Paris: CNAMTS
15. Groupe Efficience Maternité– CNAMTS/DGOS. Parcours Maternité Analyse des marges d'efficience. Paris : CNAMTS ; 2012
16. L'Assurance Maladie. (page consultée le 03/04/16). Connaître l'Assurance maladie, [en ligne].http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Maternite_avec_ou_sans_pathologies_2013.pdf
17. Règlement d'Organisation de la CNAMTS. Octobre 2015. (Document intranet)
18. L'Assurance Maladie. (page consultée le 03/04/16). Connaître l'Assurance maladie, [en ligne].<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaître-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/le-reseau-de-l-assurance-maladie/les-cpam-et-les-caisses-de-securite-sociale.php>
19. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. LETTRE–RÉSEAU LR–DDO–131/2011. Paris : CNAMTS; 2011 (disponibilité sur intranet)
20. Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Évaluation d'une action de santé publique : Recommandations. Octobre 1995. (page consultée le 31/01/16), [en ligne]. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/santpubl.pdf>
21. Quivy R, Van Campenhoudt L. Manuel de recherche en sciences sociales. 3ème éd. Paris : Dunod ; 2006
22. Béaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. 4ème éd. Paris : La découverte ; 2010
23. Castel R. Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat. Paris : Fayard ; 1995
24. Institut National de la statistique et des études économiques. (page consultée le 19/01/16). Taux de pauvreté selon l'âge et le sexe en 2013, [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=if9
25. Institut National de la statistique et des études économiques. (page consultée le 19/01/16). Taux de pauvreté selon l'âge et le sexe en 2013, [en ligne]. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.aspreg_id=0&ref_id=NATTEF04416
26. PAUGAM S. Les formes contemporaines de la disqualification sociale. CERISCOPE Pauvreté, 2012, (page consultée le 05/05/2016), [en ligne] <http://ceriscope.sciences-po.fr/pauvrete/content/part5/les-formes-contemporaines-de-la-disqualification-sociale>
27. Assemblée Nationale, Cours des Comptes. (page consultée le 06/04/16). Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale. La prévention sanitaire, [en ligne]http://www.assembleenationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf

28. Jacquy-Vazquez B, Sitruk P, Raymond M. Évaluation de la politique de soutien à la parentalité. Rapport de l'IGAS, février 2013.
29. Neuman WL. Social Research Methods. 7th ed. Boston : Pearson ; 2009
30. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (page consultée le 30/4/2016).[en ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>

Annexe I- Grille d'observation des ateliers collectifs maternité

Grille d'observation du volet santé/ prévention des ateliers collectifs maternité N°

| Critères | Observations |
|---|---|
| Modalités organisationnelle | Lieu (appartenance, situation des locaux, accessibilité géo): Date : Heure de début : / Heure de fin : Combien de participantes : Combien d'accompagnants : Profil des accompagnants : Organisation (type atelier, disposition tables, matériel etc..) : Commentaires: |
| Profil des professionnels | Conseiller CPAM SF libérale SF PMI Médecin libéral Autres professionnels Puer PM I Autres professionnels de santé Médecin PMI Commentaires |
| Type méthodologie, pédagogie et outils | Diapo « cnamts » Autres : Méthode magistrale Méthode participative/ interactive Approche injonctive Documents laissés à disposition. Lesquels : Commentaires : |
| Thèmes de santé abordés et temps imparti pour chacun | Nutrition (__ min) Alimentation (__ min) Activité physique (__ min) Addictions : (__ min) Tabac (__ min) Alcool (__ min) Parentalité (__ min) Vaccinations (__ min) Autres : (__ min) Commentaires : |
| Déroulé de l'atelier | |
| Réactions /comportements des femmes enceintes | Attitude d'écoute (position corporelle): Interaction/participation Bruit/silence Commentaires |
| Commentaires généraux | |

Annexe II- Questionnaire destiné aux femmes enceintes participant aux ateliers observés

Enquête qualitative auprès des futures mamans participant au volet prévention des ateliers collectifs (parcours maternité)

Par ce questionnaire, nous aimerions recueillir vos impressions et suggestions concernant votre santé de future maman dans le but de mieux répondre à vos besoins et ainsi améliorer le volet santé/prévention de ces ateliers.

Date de remplissage du questionnaire :

__/__/____

Pour mieux vous comprendre

1) Quels sont les 2 thèmes qui vous intéressent ?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alimentation et grossesse | <input type="checkbox"/> Sommeil et grossesse | <input type="checkbox"/> Drogues et grossesse |
| <input type="checkbox"/> Mal de dos et grossesse | <input type="checkbox"/> Tabac et grossesse | <input type="checkbox"/> Activité physique et grossesse |
| <input type="checkbox"/> Sexualité et grossesse | <input type="checkbox"/> Devenir parent | <input type="checkbox"/> Alcool et grossesse |
| <input type="checkbox"/> Mal-être, dépression et grossesse | | <input type="checkbox"/> Constipation, nausées et grossesse |
- Autres. Précisez : _____

2) Avez-vous des questions sur votre santé et votre grossesse?

- Oui, lesquelles ?
- _____
- _____

- Non

3) Vous obtenez des informations sur votre grossesse par :

- | | | | |
|---|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Le médecin traitant | <input type="checkbox"/> Personne | <input type="checkbox"/> La sage-femme | <input type="checkbox"/> Des amis/proches |
| <input type="checkbox"/> Les sites internet de la CPAM ou CAF | <input type="checkbox"/> La PMI | <input type="checkbox"/> Les forums internet | |
- L'atelier collectif de la CPAM Le gynécologue Autres. Précisez : _____

4) Pendant votre grossesse, vous voudriez être aidée :

- pour arrêter de fumer
- Plutôt intéressée Plutôt pas intéressée Je ne fume pas ou plus du tout depuis ma grossesse
- pour trouver un professionnel à qui parler de mon problème avec l'alcool
- Plutôt intéressée Plutôt pas intéressée Je ne bois pas ou plus du tout depuis ma grossesse

- pour éviter de prendre trop de poids
- Plutôt intéressée Plutôt pas intéressée
- pour trouver un professionnel à qui parler de mon problème avec des drogues
- Plutôt intéressée Plutôt pas intéressée Je n'ai pas de problèmes de drogues
- par une sage-femme à la maison après l'accouchement
- Plutôt intéressée Plutôt pas intéressée
- pour avoir des conseils sur la santé de bébé pendant ses premiers mois de vie
- Plutôt intéressée Plutôt pas intéressée

5) Cet atelier vous a-t-il intéressé ?

- Un peu intéressé Non, pas du tout intéressé Oui, très intéressée

Pourquoi :

6) Quelle est l'information principale en santé que vous retenez aujourd'hui?

- Aucune information sur la santé ne m'a marquée particulièrement

Pour mieux vous connaître

1) Vous vivez :

- en couple seule autre. Précisez : _____

2) Votre grossesse se situe entre les

- 1^{er} et 3^{ème} mois de grossesse 4^{ème} et 6^{ème} mois de grossesse 7^{ème} et 9^{ème} mois de grossesse

3) Votre niveau d'études est

- Primaire CAP-BEP Brevet des collèges BAC BAC+2 BAC+3 ou plus

4) Vous bénéficiez de prestations/ aides sociales :

- RSA CMUc ACS Allocation chômage Aucune prestation ou allocation

Merci de votre collaboration

Pour améliorer son service, ces données pourront être exploitées de manière anonyme par l'assurance maladie.

Annexe III- Grilles d'entretiens destinées aux responsables prévention CPAM et aux professionnels intervenant dans le volet santé/prévention des ateliers collectifs maladie

Guide d'entretien auprès des responsables du département prévention des CPAM

La prévention auprès des femmes enceintes au sein des ateliers collectifs- Enquête qualitative réalisée par la CNAMTS/DPPS en 2016.

Objectifs : Comprendre les perceptions des responsables du département prévention des CPAM sur l'utilité et l'évolution des ateliers collectifs et sur le volet prévention.

N° d'entretien :

Type d'entretien : semi-directif

Lieu :

Date :

Durée : 50 minutes

Autorisation enregistrement : Oui Non

Présentation (5 min)

Présentation, rappel des objectifs, rappel des consignes, rappel de l'anonymat, rappel de l'enregistrement.

Phase 1 : Ateliers collectifs (20 min)

Depuis quand organisez-vous des ateliers ? Comment cela se passe-t-il ? Qu'est-ce qui a amené à les réorganiser ? Quel partenariat avez-vous et comment se passe la collaboration ? Quels points forts et quelles difficultés ? ? Quelle est la légitimité de l'assurance maladie à organiser les ateliers ? Quelles évolutions depuis le début avez-vous été amenés à faire et pour quelles raisons ? Enfin, avec le recul, que pensez-vous des ateliers collectifs « maternité » (en termes de pertinence, d'objectifs, de faisabilité, de moyens, de coût...) ?

Phase 2 : Volet prévention (20 min)

Pertinence, intérêt et utilité sociale

Que pensez-vous du volet prévention ?

Selon vous, ce volet prévention répond-il aux besoins des femmes enceintes ? Pourquoi ? A-t-il un impact sur l'acquisition de connaissances, l'adoption de comportements favorables à la santé, à l'orientation des femmes vers les dispositifs ou services appropriés ? Pourquoi ?

Evolution et perspectives

Existe-t-il des freins à la mise en œuvre du volet prévention (objectifs, moyens, partenariats...) ?

Quels sont les aspects – et + du volet prévention ?

Selon vous, y a-t-il des points à améliorer ? Lesquels ? Pourquoi ? Comment les mettre en place ?

Quelles évolutions à donner aux ateliers en général et au volet prévention en particulier ? Un accompagnement personnalisé après l'atelier est-il envisageable ? Quelles en seraient les modalités ?

Conclusion : (5 min)

Remerciements

Guide d'entretien auprès des professionnels intervenant dans le volet prévention des ateliers collectifs

La prévention auprès des femmes enceintes au sein des ateliers collectifs- Enquête qualitative réalisée par la CNAMTS/DPSS en 2016.

Objectifs : Comprendre les perceptions des professionnels intervenant dans le volet prévention sur les besoins de santé/prévention des femmes enceintes ainsi que leurs perceptions sur ledit volet prévention.

N° d'entretien :

Type d'entretien : semi-directif

Lieu :

Date :

Durée : 1h

Autorisation enregistrement : Oui Non

Présentation (5 min)

Présentation, rappel des objectifs, rappel des consignes, rappel de l'anonymat, rappel de l'enregistrement.

Phase 1 : Profil des professionnels (10 min)

Question principale :

Quelle est votre profession ?

Où travaillez-vous habituellement? Auprès de quel public ?

Avez-vous d'autres formations/diplômes ?

Question sur les compétences :

Depuis combien de temps animez-vous ce volet prévention ?

Selon vous, quelles sont les compétences nécessaires pour animer ce volet prévention ? Quelles compétences mobilisez-vous ? Lesquelles seraient à développer ? Pensez-vous avoir suffisamment d'informations/connaissances pour orienter les femmes (ex substitut nicotinique...) ?

Phase 2 : Besoins en santé/prévention des femmes enceintes (10 min)

Selon vous, quels sont les besoins en santé/ prévention des femmes enceintes/précaires? Quelles seraient les thématiques prioritaires de santé/ prévention à développer auprès de ces publics ?

Que pensez-vous que les femmes pensent ce dont elles ont besoin en termes de santé ?

Phase 3 : Perception du déroulement des volets prévention (10 min)

Comment les volets prévention se déroulent-ils ? Quels sont les thèmes de santé qui accrochent le plus les femmes ? Rencontrez-vous des difficultés ? Lesquelles ?

Phase 4 : Intérêt/utilité du volet prévention (10 min)

Selon vous, ce volet prévention répond-il aux besoins des femmes enceintes ? Pourquoi ? A-t-il un impact sur l'acquisition de connaissances, l'adoption de comportements favorables à la santé, à l'orientation des femmes vers les dispositifs ou services appropriés ? Pourquoi ?

Phase 5 : Evolution du volet prévention (10 min)

Selon vous, y a-t-il des points à améliorer ? Lesquels ? Pourquoi ?

Quelles évolutions à donner aux ateliers ? Certaines CPAM font des ateliers thématiques ou..., qu'en pensez-vous ? Un accompagnement après l'atelier vous paraît-il pertinent, réalisable et utile ?

Conclusion :

Remerciements (5 min)

Annexe IV- Critères, indicateurs et sources de données

Tableau III- Critères, indicateurs et sources de données

| Critères | Indicateurs | Questions | Sources de données |
|---|--|--|---|
| 1° Caractéristiques des femmes enceintes | <p>1a) Etat civil : % de femmes en couple et seules</p> <p>1b) Prestations sociales : Nombre et % de bénéficiaires RSA / CMUc / ACS / Allocation chômage/ Aucune</p> <p>1c) Niveau d'étude : % de <= primaire/ brevet des collèges/ bep-cap/ bac/ bac+2/ >=bac+3</p> <p>1d) Trimestre de grossesse % de 1^{er} trimestre/2nd trimestre/ 3^{ème} trimestre</p> <p>1e) Parité : % de primipares</p> | Quel est le profil des femmes enceintes participant aux ateliers? | Questionnaires aux femmes enceintes |
| 2° Préoccupations / questions pendant la grossesse | <p>2a) % de oui et de non</p> <p>2b) Si oui : diversité des questions</p> | Quelles sont les préoccupations et interrogations en termes de santé des femmes enceintes participant aux ateliers ? | Questionnaires |
| 3° Thématiques de santé prioritaires pendant la grossesse | Nombre de « alimentation/ activité physique/mal-être et dépression/ mal de dos/ alcool/ sexualité/ tabac/ sommeil/ constipation, nausées, vomissements/devenir parents/ drogues/ autres » citées. | Quels sont les thèmes de santé prioritaires aux yeux des femmes enceintes participant aux ateliers ? | Questionnaires |
| 4° Informations en santé pendant la grossesse | <p>4a) % de « gynécologue/ sage-femme/ Médecin traitant/ PMI/ atelier collectif CPAM/ amis-proches/ sites internet CPAM ou CAF/ forums internet/ autres » cités.</p> <p>4b) % de 0-1 source/ 2-3 sources/ 4- 5 sources</p> | <p>Quelles sont les sources d'informations en santé/prévention des femmes enceintes participant aux ateliers ?</p> <p>Quel est le nombre de sources d'infos/femme enceinte participant aux ateliers ?</p> | Questionnaires |
| 5° Soutien pendant la grossesse | % de « plutôt intéressée » pour le sevrage tabac/ sevrage alcool/ sevrage drogues/ surpoids-obésité/ aide maïeutique au retour de la maternité/ conseils les 1ers mois de vie de l'enfant. | Un accompagnement personnalisé (de l'assurance maladie) pour aider et soutenir les femmes dans leurs difficultés en lien avec la santé intéresserait-il les femmes enceintes participant aux ateliers ? | Questionnaires |
| 6° Perceptions sur le volet prévention | <p>6a) % de « très intéressée »</p> <p>6b) Fréquence des raisons : utilité/pertinence/ autres</p> <p>6c) % de « aucune »</p> | <p>Quelles sont les perceptions des femmes sur le volet prévention qui vient de se dérouler (organisation, utilité, attentes...) ? Pourquoi ?</p> <p>Quelle est l'information en santé retenue par les femmes enceintes participant aux ateliers ?</p> | <p>Questionnaires</p> <p>Questionnaires</p> |

| | | | |
|---|--|--|---------------------|
| <p><i>Résultats/ utilité sociale</i></p> <p><i>Souhaits/ Perspectives</i></p> | <p>11d) Diversité des opinions</p> <p>11 e) Diversité des opinions</p> <p>11 f) opinion favorable et défavorable</p> | <p>Quels sont les aspects – et + du volet prévention ?</p> <p>A-t- il un impact sur l'acquisition de connaissances, l'adoption de comportements favorables à la santé, à l'orientation des femmes vers les dispositifs ou services appropriés ?</p> <p>Y a –il des points à améliorer ? Lesquels ? Pourquoi ?</p> <p>Suggestion atelier thématique/ atelier en soirée/ atelier décentralisé/ accompagnement individualisé/ traduction certains documents</p> | |
| <p>12°Organisation du volet prévention/santé</p> <p>Durée</p> <p>Participation</p> <p>Locaux</p> <p>Intervenants</p> <p>Formats et spécificité ateliers</p> | <p>12 a) Nombre de minutes</p> <p>12 b) Nombre total de participants/ nombre de femmes enceintes/ nombre d'accompagnants/ nombre de conjoints</p> <p>12 c) Type de local</p> <p>12 d) Nombre d'intervenants/ atelier</p> <p>12 e) Type/format des ateliers</p> | <p>Comment se déroule le volet prévention ?</p> | <p>Observations</p> |
| <p>13°Méthodologie et outils employés</p> | <p>13 a) Type d'approche/ Méthode</p> <p>13 b) Type de documents et supports</p> | <p>Quelle est la méthode/ approche employée?</p> <p>Quels sont les outils et supports utilisés ?</p> | <p>Observations</p> |
| <p>14° Thématiques de santé abordées</p> | <p>14 a) Nombre de Alimentation/ activité physique/ alcool/ tabac/ autres addictions/ vaccinations/ médicaments/ maux de la grossesse/ accouchement et post-partum/ suivi de BB/ suivi de grossesse/ parentalité</p> <p>14 b) Nombre de minutes pour alimentation/activité physique/tabac/ alcool/ autres addictions/ parentalité/ vaccinations/ médicaments/ accouchement et post-partum,/suivi de BB/ suivi de grossesse</p> | <p>Quels sont les thèmes abordés et le temps imparti pour chacun?</p> | <p>Observations</p> |
| <p>15°Réactions/comportements des femmes</p> | <p>15 a) Nombre de femmes prenant des notes</p> <p>15 b) Délai moyen de baisse d'attention (bâillements, soupirs, téléphone, WC)</p> <p>15 c) Nombre de femmes posant des questions/ interagissant spontanément en cours d'atelier</p> <p>15 d) Type de questions posées</p> <p>15 e) Nombre de participants restant à la fin pour des questions personnelles</p> <p>15 f) Type de questions posées</p> | <p>Quelles sont les réactions verbales et non-verbales des femmes enceintes ?</p> | <p>Observation</p> |

Annexe V- Différents formats des ateliers observés

Tableau IV- Différents formats des ateliers observés

| Formats de l'atelier | Lieux | Intervenants | Thématiques abordées | Durée (min) | Organisation | Approche |
|--|---|--|---|---|---|---|
| Atelier santé et bien-être | Maternité privée (restaurant du personnel) proximité centre-ville | 1 CPAM + 1 professionnel de santé libéral (SF) | Prévention = Alimentation + toxi infections Activité physique Tabac + alcool Vaccination Médicaments Parentalité EBD Suivi Grossesse Divers accouchement Divers bébé Droits et démarches | 18 11 1 <1 1 1 <1 1 1 22 10 10 3 | 1h30 en soirée- Alternance de 2 lieux (CPAM et maternité)- Diaporama cnamts sur écran- Chaises devant écran + intervenants debout sur côté écran- Eau et documents à disposition + cadeau | Magistrale + recherche d'interactivité. |
| Atelier global | CPAM (salle de réunion) centre-ville | 1 CPAM + 1 professionnel de santé de la PMI (puéricultrice) + 1CAM | Prévention = Alimentation + toxiinfection Activité physique Tabac Alcool Vaccination Médicaments EBD Suivi Grossesse Divers accouchement Divers bébé Droits et démarches | 32 13 5 8 3 <1 <1 1 30 25 25 30 | 3h en après-midi- 1 lieu unique- Diaporama CNAMTS sur écran- Chaises avec tables en ovale + intervenants en bout de table avec écran derrière- Collation et documents à disposition | Magistrale + recherche d'interactivité. |
| 1 atelier Droits et lien mère-enfant (toucher) | Maison de quartier | 1 CPAM + 1 professionnel libéral (bien-être) + 1 CAM + 1CAF (abs) | Prévention/bien-être = Alimentation Alcool Bébé, peau, lien mère-enfant, massages) Suivi Grossesse Droits et démarches | 57 1 1 55 50 30 | 3h l'après midi- Lieux et locaux variés- Support guide « ma maternité +- visuels- Chaises en cercle ouvert- Collation et documents + cadeaux donnés | Magistrale + recherche d'interactivité |
| Atelier Droits et alimentation | Centre social | 1 CAF + 1 CAM + 1 professionnel de santé (SF) + 1 CPAM | Prévention = Alimentation + toxiinfection + Médicaments + Tabac + alcool Suivi Grossesse Droits et démarches | 35 35 10 45 | 3h30 l'après midi- Lieux et locaux variés- Accueil individualisé Communication +/- visuels- Chaises en cercle avec table au milieu- Collation et documents donnés | Magistrale + recherche d'interactivité |

La durée totale des ateliers comprenait l'accueil des participants, la présentation des intervenants/participantes, l'exposé, la pause ou la collation éventuelle et le temps d'échanges en fin d'atelier.

Résumé

Réduire les inégalités sociales de santé dans le suivi de grossesse et les complications obstétricales ou néonatales est un objectif prioritaire poursuivi par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. A ces fins, des ateliers collectifs délivrant des informations aux femmes enceintes sont mis en œuvre au niveau local par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Ce mémoire rapporte l'évaluation réalisée dans le cadre opérationnel de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés afin de mettre en évidence les atouts et limites des ateliers collectifs avec un focus sur leur volet prévention. Elle a consisté en un recueil rétrospectif de données issues de rapports d'activité des Caisses Primaires d'Assurance Maladie et en un recueil prospectif basé sur l'observation d'ateliers collectifs, la distribution de questionnaires aux femmes enceintes participantes et la tenue d'entretiens semi-directifs auprès des intervenants. Les résultats principaux de cette évaluation ont permis de formuler des propositions pour la réorientation du contenu et de l'organisation des ateliers collectifs.

MOTS CLEFS : ASSURANCE MALADIE, PRÉVENTION, FEMME ENCEINTE, INÉGALITÉ SOCIALE, RÉUNION, ÉVALUATION

Abstract

To reduce social health inequalities in the monitoring of pregnancies and obstetric or neonatal complications is one priority objective of the Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Information meeting for pregnant women have implemented by the Caisses Primaires d'Assurance Maladie at local level for these purposes. This thesis reports the evaluation performed within the operational framework of the Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés in order to show information meetings' strengths and weaknesses with a focus on the prevention component. It has consisted of one retrospective data collection stemming from activity reports of the Caisses Primaires d'Assurance Maladie and one prospective based on information meetings' observations, questionnaires for pregnant women participating and speakers' interviews. The principal results of this evaluation led to formulate some proposals for the reorientation of the content and organization's information meetings.

KEYWORDS : ASSURANCE MALADIE, PREVENTION, PREGNANT WOMEN, SOCIAL INEQUITY, MEETING, EVALUATION

INTITULÉ ET ADRESSE DU LABORATOIRE OU DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL :

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

50 avenue du professeur Lemierre

75 986 Paris Cedex