

LA NÉCESSITÉ D'UN PARCOURS DE SANTÉ POUR LES FEMMES

STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

PART. II

Perspectives & propositions

-

2014

Contribution du Collectif des Sages-Femmes

SOMMAIRE

—

INTRODUCTION

I - LES BESOINS GENERAUX DES FEMMES EN TERMES DE SANTE GENESIQUE

- A - Une démarche de prévention : le suivi gynécologique
- B - Interruption Volontaire de Grossesse
- C - Suivi de grossesse

II - LE PARCOURS DE SANTE DES FEMMES

- A - La sage-femme: un pivot central du parcours de santé des femmes
- B - La sage-femme dans l'approche centrée patients
- C - Le rôle des ARS
- D - Le service territorial de santé
 1. Les réseaux de santé régionaux périnataux
 2. Les communautés périnatales
 3. La Protection maternelle et infantile ou PMI
 4. La maïeutique ambulatoire en pré et post natal
 5. Le praticien coordinateur en Maïeutique

III - DES MOYENS POUR PLACER LA SAGE-FEMME AU CŒUR DU PARCOURS DE SANTE DES FEMMES

- A - Assurer aux femmes un libre choix (éclairé) de leur praticien
 1. Par une sensibilisation des professionnels concernés
 2. Par des campagnes d'information à visée du public
 3. Par une clarification des identités professionnelles de chaque intervenant
- B - Des mesures à mettre en place afin de placer la sage-femme au cœur du parcours de santé des femmes
 1. Concernant les droits de prescription des sages-femmes
 2. La révision d'articles de loi
 3. L'attribution d'une prime à la performance
 4. Un accès à l'informatique médicale pour les sages-femmes
 5. Plus de sages-femmes dans des Maisons de Santé Pluri professionnelles
 6. Le développement de réseaux de proximité
 7. Un accès facilité aux plateaux techniques
- C - Réduire les inégalités d'accès à la santé
 1. Réduire les inégalités territoriales
 - a- Par un Contrat d'Engagement de Service Public pour les sages-femmes
 - b- Par une modification du zonage conventionnel
 - c- Par la création d'un statut de Praticien Territorial de Maïeutique
 2. Réduire les inégalités Sociales d'accès aux soins
 - a-Par l'Information de tous les acteurs
 - b-Par la limitation du cout des consultations médicales

CONCLUSION

INTRODUCTION

-

S'intéresser spécifiquement à la santé des femmes, c'est à la fois porter un regard sur les inégalités qui demeurent entre femmes et hommes, et prendre en compte le clivage social grandissant au sein même de la population féminine. Dans un 1er document, nous avons défini l'intérêt d'un parcours de santé spécifique pour les femmes : un parcours efficace, efficient, bienveillant, centré sur un professionnel médical de santé : la sage-femme.

Nous développerons plus précisément dans ce second document ce parcours de santé, ainsi qu'un certain nombre de propositions permettant de le rendre le plus efficace et efficient possible.

LES BESOINS GENERAUX DES FEMMES EN TERMES DE SANTE GENESIQUE

A - UNE DÉMARCHE DE PRÉVENTION : LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

Le suivi gynécologique s'attache particulièrement à permettre :

- le dépistage des cancers (sein, col de l'utérus),
- les consultations de contraception,
- la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles, des violences et des troubles de la sexualité,
- la prise en charge des interruptions volontaires de grossesses.

Ce suivi s'articule avant tout autour d'une démarche de prévention, plus particulièrement de dépistage, et doit conduire si nécessaire à une consultation spécialisée auprès d'un médecin gynécologue.

Toutefois, en Île-de-France, 23,7 % des femmes estiment être en mauvaise santé et 27,6% dans les autres régions selon l'Observatoire régional de Santé^[1] et jusqu'à 43,1% parmi la population des chômeurs en France et 52,5% pour les populations précaires^[2,3]. Une étude menée dans le milieu du travail entre 2007 et 2008 a montré que la prévalence de l'absence de suivi gynécologique régulier variait entre 17% et 39,9% selon le statut professionnel et que l'absence de contraception était estimée à 54,7 % (orale, préservatif et autre)^[2]. L'absence du suivi gynécologique augmente avec l'âge (43% après 60 ans

et chez les femmes qui ne bénéficient pas d'une assurance complémentaire^[4].

Le principal facteur de risque du cancer du col est l'absence de dépistage. Cette absence est estimée à 23,7% et 43,1% des femmes ont bénéficié d'un frottis depuis plus de trois ans selon une étude réalisée par la société française de colposcopie et pathologie cervicovaginale^[5]. Par ailleurs, il a été mis en évidence par plusieurs enquêtes « un manque d'information médicale précise et compréhensible », lors de la réalisation des dépistages par frottis, responsable d'une potentialisation de l'anxiété chez les patientes^[6]. Une étude menée en France et en Europe^[6], a permis d'observer, dans le cas d'un résultat anormal, une anxiété pour 74% des cas, un stress pour 38,6% et 25% d'incompréhension. Ces valeurs sont supérieures aux observations menées dans les autres pays.

B - INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Concernant les interruptions volontaires de grossesse (IVG), leur recours en France est stable depuis 2006 malgré une augmentation de la couverture contraceptive constante^[7]. Il y a eu 222.300 IVG en 2011 selon la DREES, soit 15 IVG pour 1000 femmes et 27 pour 1000 chez les femmes de 20 à 24 ans^[8]. En parallèle, on note que le recours à l'IVG concerne plus fréquemment des femmes jeunes de moins de 25 ans ou mineures (13.500 IVG de jeunes filles en 2009^[9]), la médiane se situant à 27 ans [10,11]. L'enquête IVG 2007 estime que **40% des femmes seront concernées par une IVG au cours de leur vie féconde**, le principal déterminant étant lié à une période de transition (changement de partenaire, de situation ou de contraception).

75% des femmes déclarent utiliser une contraception mais les échecs demeurent fréquents^[12]. Il a ici aussi été mis en évidence un manque important d'information, notamment concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence (délai d'efficacité, moyens de recours). Le dernier baromètre Santé réalisé en 2010 montrait que l'âge moyen du premier rapport sexuel chez les filles était de 17 ans^[13]. Selon l'enquête Health Behaviour School-Aged Children de l'OMS, 23% des filles françaises âgées de 15 ans avaient déjà eu des rapports sexuels contre 32% des garçons. Seuls 41% des adolescents utilisent des préservatifs lors de leurs rapports sexuels et seulement 19% des filles utilisent un moyen contraceptif supplémentaire combiné au préservatif^[13]. En 2009, 339.045 boîtes de contraception d'urgence ont été distribuées par des infirmières scolaires^[14,15].

La mise en place d'un parcours de Santé spécifique pour les femmes s'impose comme une nécessité. Une attention particulière doit être portée aux premières étapes de la vie reproductive.

C - SUIVI DE GROSSESSE

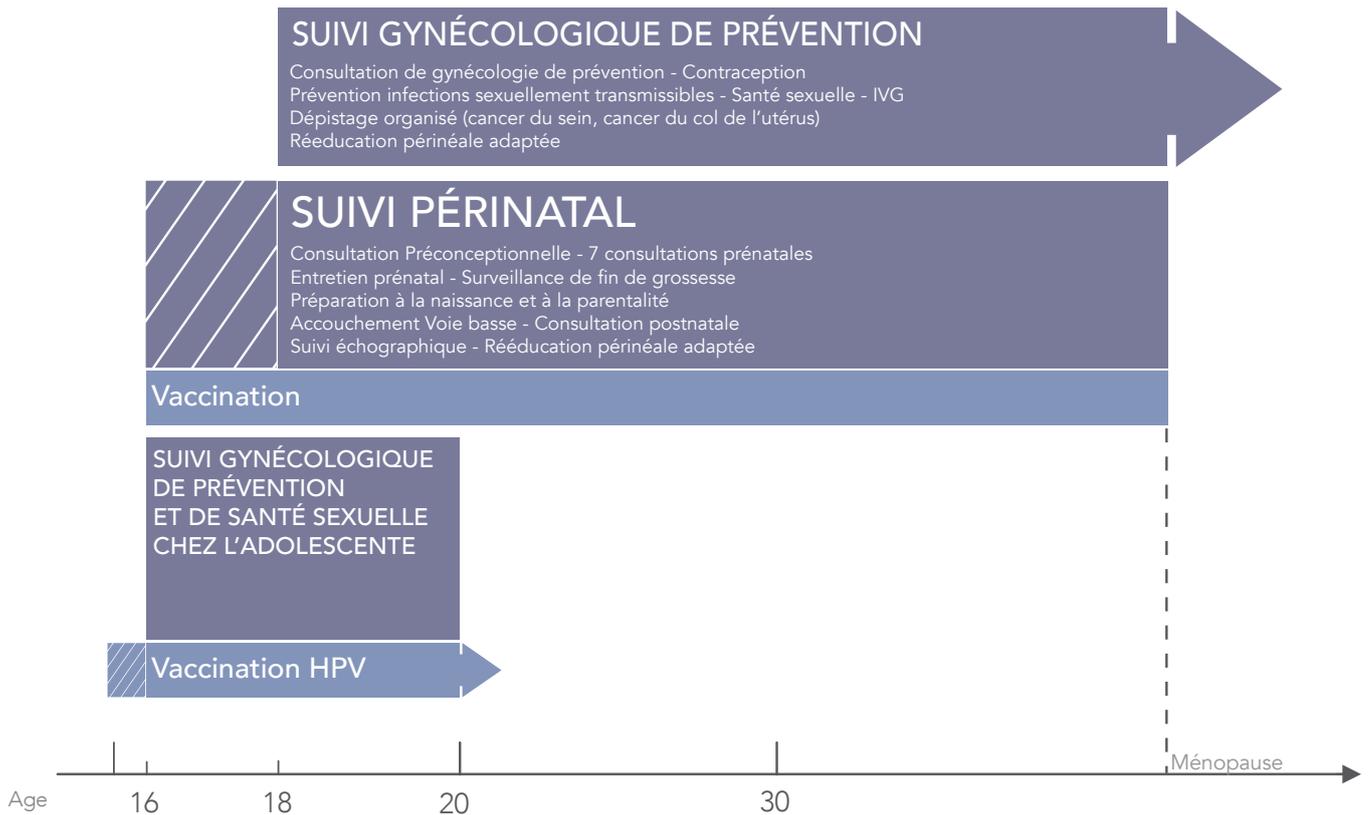
Le suivi de la grossesse fait l'objet de recommandations parfaitement codifiées en France par la Haute Autorité de Santé^[16].

Malgré ces recommandations, l'enquête périnatale nationale conduite en 2010 a montré que 75,8% des femmes ne bénéficiaient pas de l'entretien prénatal précoce et que 26,8% des primipares ne suivaient pas de séances de préparation à la naissance et à la parentalité, 8,5% ne bénéficiaient pas du nombre de consultation recommandé et près de 8% déclaraient leur grossesse après le premier trimestre^[17]. 4,4% des femmes n'avaient également pas bénéficié de suivi pour des raisons financières^[17]. On constate par ailleurs une diminution de la durée des séjours en maternité, les séjours de 3 jours ou moins concernent 16,6% à 72,9% des femmes selon les établissements et seulement 19,7% d'entre eux proposent un suivi à domicile en routine^[18].

Toujours selon l'enquête périnatale, différents professionnels interviennent dans le cadre des suivis de grossesses, les femmes bénéficient d'au moins une consultation pour 23,8% chez un médecin généraliste, 48,8% chez une gynécologue-obstétricienne en ville 63,4% chez un gynécologue-obstétricien à l'hôpital, 16,1% chez une sage-femme en ville, 39,4% chez une sage-femme à l'hôpital et enfin 4,2% chez une sage-femme de PMI^[17].

Enfin, plusieurs études ont montré que les indicateurs européens en matière de santé périnatale place la France parmi les derniers pays d'Europe avec notamment le taux de mortalité le plus élevé soit 9,2 pour 1000 naissances^[19].

PARCOURS DE SANTÉ PRIMAIRE DE LA FEMME



-  Sage-femme / Médecin généraliste
-  Programme de vaccination

II

-

LE PARCOURS DE SANTÉ DES FEMMES

« Faire en sorte qu'une population reçoive la combinaison optimale (et non l'addition) des bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût. »

HAS, projet stratégique 2013-2016^[20]

La Haute Autorité de Santé, déclare, dans son projet stratégique 2013-2016, vouloir «répondre aux principaux enjeux de la régulation par la qualité et l'efficacité que sont des **parcours de soins efficaces et des approches centrées sur le patient** en renforçant l'expertise et les modalités d'évaluation du système de santé. »

Le Collectif des sages-femmes demande donc que cette approche, désormais prioritaire dans les politiques de santé et dans l'élaboration des programmes régionaux de santé des ARS, soit élaborée pour répondre aux besoins concernant la santé des femmes.

A - LA SAGE-FEMME : UN PIVOT CENTRAL DU PARCOURS DE SANTÉ DES FEMMES

Le parcours de santé des femmes doit être défini comme une trajectoire globale des patientes dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à la personne et à ses choix. Selon la HAS, il nécessite une **coordination des différents acteurs de prévention, de santé et du médico-social**.

Les sages-femmes, par leurs compétences médicales en gynécologie et obstétrique^(annexe1), leur rôle dans la prévention de l'apparition des différentes pathologies génésiques et leurs capacités d'écoute et de conseils, sont à même de remplir les missions d'acteur de premier recours au sein du parcours de santé des femmes, au même titre que les médecins généralistes pour la population générale. Ce rôle consiste à recevoir directement l'ensemble des femmes en dehors d'un contexte pathologique,

à les suivre dans leur parcours de santé tant que cela respecte le champ de compétences des sages-femmes. Lorsque celui-ci est dépassé, la sage-femme oriente pour une prise en charge pluridisciplinaire ou non vers les différents acteurs nécessaires. Cela peut être d'un point de vue sanitaire : vers un gynécologue médical, un gynécologue obstétricien ou un spécialiste ou d'un point de vue médico-social : vers la PMI, le psychologue ou tout autre acteur nécessaire.

En outre, la prise en charge coordonnée de la patiente doit exiger une excellente communication pluridisciplinaire (professionnels libéraux, PMI, établissements de santé) afin de répondre aux exigences d'un parcours de santé personnalisé.

Le parcours de santé des femmes avec pour pivot central la sage-femme (ou le médecin généraliste dans certaines zones) permettra donc une coordination adéquate des soins, que ce soit en terme de parcours personnalisé ou d'économie sanitaire. Ceci, afin de répondre aux objectifs du parcours de soins efficient définis par la HAS: « faire en sorte qu'une population reçoive la combinaison optimale (et non l'addition) des bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût. »



B - LA SAGE-FEMME DANS L'APPROCHE CENTRÉE PATIENTS

Selon les différentes études internationales, cette démarche consistant à **considérer le patient comme une personne unique afin de construire une alliance thérapeutique entre les attentes des patients et la demande des professionnels**, a permis d'améliorer la prise en charge thérapeutique. Il y est constaté de meilleurs résultats en santé et une diminution des erreurs de diagnostics grâce à une communication améliorée. On remarque aussi une meilleure observance, une diminution de la sous et sur-utilisation des soins médicaux ainsi qu'une diminution des coûts liés à la multiplication des examens ou des consultations de spécialiste.

Les sages-femmes ont, depuis longtemps, adopté cette approche centrée patiente et elles y ont fait leurs preuves. Le rapport de la

Cour des Comptes de 2011 reconnaît que les sages-femmes peuvent assurer un suivi global, respectueux des usagers et de la physiologie, avec une médicalisation à bon escient et des prescriptions parcimonieuses tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement, du post-natal et du suivi gynécologique. Au même titre, le rapport du Comité des Sages définit « que les sages-femmes sont moins prescriptrices du fait de consultations mettant l'accent sur le conseil et la prévention au-delà de l'acte médical ».

Le rôle des sages-femmes dans un parcours spécifique à la Santé des femmes efficient et centré sur la patiente est indéniable puisqu'elles répondent à chaque critère dicté par la HAS pour la construction de ce type de parcours.

C - LE RÔLE DES ARS

Selon la HAS, « *cette approche -parcours- suppose une méthode coordonnée de l'ensemble des déterminants et des acteurs qui interviennent (stratégie thérapeutique, stratégie de prise en charge, organisation des soins...)* ». Cependant, au vu des différentes spécificités territoriales, cette méthode doit se baser sur l'observation et l'analyse des difficultés et de l'état de santé des différentes populations ; données fournies par les Observatoires Régionaux de Santé (ORS). Chaque Agence Régionale de Santé (ARS), acteur majeur de la régulation des

soins sur le territoire, doit donc prendre en main ce projet de parcours de santé des femmes afin de répondre aux besoins personnalisés de la population féminine qu'elle représente.

Pour ce faire, les ARS ont tout intérêt à inviter des sages-femmes (libérales, hospitalières, territoriales ou coordinatrices de réseaux périnataux) à siéger aux Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie. Elles pourront être porteuses de propositions sur l'élaboration, la mise

en œuvre et l'évaluation de la politique de santé concernant les femmes. De plus, le Collectif des sages-femmes demande à ce que la HAS respecte ses engagements d'enrichir ses relations avec les ARS en donnant suite aux instructions des protocoles de coopération et en les aidant à optimiser et à développer les parcours de soins, afin que ce parcours de santé des femmes soit développé au sein de chaque région dans un délai raisonnable.

Établir un véritable parcours de santé des femmes, c'est préciser les rôles de chaque intervenant, en fonction de ses compétences et de ses priorités, tout en tenant compte des spécificités territoriales.

D - LE SERVICE PUBLIC TERRITORIAL DE SANTÉ

Selon Mme Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé « toutes les structures, tous les professionnels, y compris les libéraux, sont appelés à coopérer concrètement et efficacement pour garantir la meilleure organisation des parcours de soins et assurer la qualité de la prise en charge des usagers, patients, personnes âgées, personnes handicapées autour d'objectifs de santé publique et de réduction des inégalités de santé, prévention et promotion de la santé, accès aux soins, prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale. »

Les objectifs du service public territorial de santé sont les suivants :

- structurer les soins primaires, et les soins de premier recours
- mutualiser ces unités de soins primaires par une organisation territoriale
- structurer les relations ville-hôpital

Le service rendu attendu^[21] :

- meilleure réponse à la demande de soins en fonction du territoire
- améliorer le parcours de soins des patients
- une meilleure implication des usagers

Le Collectif des sages-femmes entend vouloir s'intégrer dans ce schéma, mais souhaite que des mesures incitatives soient effectuées afin d'orienter les femmes vers les sages-femmes, pour leur grossesse et leur suivi gynécologique de prévention.

Le réseau de périnatalité est un ensemble d'acteurs et de ressources finalisés sur la production de soins de qualité en ce qui concerne les femmes, leur conjoint, le nouveau-né durant la période périnatale et tout au long d'un suivi plus prolongé en cas de vulnérabilité repérée ou suspectée. Le réseau périnatal permet le suivi de toute grossesse normale ou pathologique, en amont et en aval de la prise en charge à la naissance, ainsi que le suivi des nouveau-nés durant la période périnatale. L'objectif est d'améliorer la qualité des prises en charge en proposant au patient un réseau gradué de compétences de proximité. Ainsi, les naissances doivent avoir lieu dans une maternité dont le niveau de soins néonataux est adapté aux risques potentiels.

Le réseau a pour mission d'organiser une prise en charge globale et continue de la femme enceinte, du couple mère-enfant ou de la famille par une information des parents et leur accompagnement. Il assure les formations et les collaborations professionnelles. Il est chargé d'organiser et d'assurer le partage de l'information, d'évaluer les pratiques et la valeur ajoutée de ce travail en réseau et de recueillir et transmettre des données épidémiologiques.

Différents acteurs interviennent dans ces réseaux, ils exercent en établissement de santé public ou privé, en PMI ou en libéral permettant le lien ville-hôpital. On retrouve des professionnels sages-femmes, gynécologues, anesthésistes réanimateurs, pédiatres, médecins généralistes, médecins rééducation, radiologues et échographistes, puéricultrices, kinésithérapeutes, psychologues, psychiatres et les services sociaux. Des représentants d'usagers participent aussi aux problématiques du réseau. Toutefois, la participation et la représentativité des sages-femmes libérales doit y être améliorée.

Les réseaux régionaux de santé périnatale, grande avancée dans la prise en charge des patients et ayant fait leurs preuves en périnatalité, pourraient aussi intégrer des missions de santé génésique. Cette proposition a pour objectif de créer une véritable prise en charge globale au sein des réseaux et d'améliorer la prévention en gynécologie. Ceci, à la condition d'une intégration réelle et importante des sages-femmes au sein de ces réseaux.

2. La Protection maternelle et infantile ou PMI

Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil général et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

Il organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. Il joue également un rôle essentiel en matière d'accueil des jeunes enfants : instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles, réalisation d'actions de formation, surveillance et contrôle des assistantes maternelles ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans.

Ces services sont composés d'une équipe pluridisciplinaire comportant essentiellement des médecins, sages-

femmes, puéricultrices, assistantes sociales et psychologues ^[24].

La sage-femme dépend d'une hiérarchie qui est celle de la fonction publique territoriale. Ses compétences médicales n'étant pas assez mises en valeur, nous demandons la création du statut de praticien territorial en Maïeutique.

Il s'avère que ces services de PMI manquent cruellement de professionnels dans certains territoires pour pallier aux inégalités sociales, il est donc urgent de remédier à cette situation. Alors que dans d'autres, elles ont dû, par le passé, pallier au manque d'offre de soin libéral.

Dans l'avenir, il sera nécessaire de recentrer et de développer l'activité des sages-femmes territoriales autour des consultations et des actions de prévention médico-sociale.

3. Les communautés périnatales ^[23]

La loi HPST de 2009 insiste sur les valeurs de proximité et d'humanité dans la prise en charge des patientes, afin d'éviter une surmédicalisation inutile. Une des mesures proposées était la création de réseaux de périnatalité de proximité, ouverts sur la ville. La création de communautés périnatales a alors vu le jour, leur objectif étant de coordonner les informations entre la ville et l'hôpital afin que les patientes aient des soins et des soutiens appropriés à leur état.

Nous citerons l'exemple de la communauté périnatale de Roubaix qui propose une consultation d'orientation aux patientes, et permet de déterminer le niveau de

risque de la grossesse. Les patientes à faible risque se voient alors proposer un suivi ambulatoire. Une étude spécifique sur cette communauté périnatale a montré la faisabilité d'une telle organisation : 50,6% des patientes inscrites à la maternité bénéficient d'une consultation d'orientation. Parmi elles, 38,9% sont dirigées vers un suivi ambulatoire. Il en ressort aussi que les patientes prises en charge en ambulatoire sont globalement satisfaites et évoquent les avantages suivants : proximité, disponibilité du soignant, flexibilité d'organisation et création d'un lien de confiance.

En ce qui concerne les professionnels, ils sont intéressés par un tel réseau mais sont demandeurs d'un effort supplémentaire de formation et de communication. Cette étude conclut que la communauté périnatale de Roubaix qui offre à une majorité de patientes un entretien prénatal précoce et une orientation adaptée, permet une prise en charge respectueuse des recommandations tout en désengorgeant l'établissement hospitalier.

4. La maïeutique ambulatoire en pré et post natal

En France, la durée moyenne de séjour après un accouchement est de 4,4 jours avec des variations en fonction des territoires. En Europe, certains pays montrent des chiffres de retour à domicile beaucoup plus précoces. Nous pouvons citer comme exemple l'Angleterre où 60% des femmes rentrent chez elles le jour même ou le lendemain d'un accouchement eutocique. En Suède et en Finlande, la plupart des mères accompagnées de leur nouveau-né rentrent à leur domicile avant 4 jours. Pour autant, cette organisation a montré son efficacité dans la santé des femmes et des nouveau-nés puisque la Suède est classée 2ème meilleur pays au monde pour devenir mère, selon l'ONG « Save the Children ». Ces femmes qui choisissent un retour à domicile que nous considérons « précoce » sont accompagnées par des sages-femmes en ambulatoire dans le post-partum immédiat.

Au vu du bénéfice qu'apporte ce type de coordination ville-hôpital, permettant une prise en charge globale et efficace de la patiente, les communautés périnatales ont tout intérêt à se développer en intégrant pleinement les sages-femmes.

En France, le système PRADO (Projet de Retour et d'accompagnement à Domicile) se met progressivement en place. Cet accompagnement médical en post-natal par une sage-femme libérale n'a pas pour but de raccourcir le temps d'hospitalisation mais bel et bien d'améliorer la prise en charge post-natale pour la mère et l'enfant et de diminuer la ré-hospitalisation des nouveau-nés. Même si le système PRADO mérite quelques améliorations, notamment en termes de communication interprofessionnelle, les premières études en cours de réalisation par l'UNCAM semblent montrer une amélioration des chiffres périnataux.

Que cela soit en France ou ailleurs en Europe, la prise en charge post-natale en ambulatoire est largement répandue et elle fait ses preuves. Cette politique incitative du PRADO pour l'accompagnement en ambulatoire pourrait commencer en anténatal, et ainsi permettre de limiter le

nombre d'intervenants autour des couples. Dans le cas des grossesses à bas risque, le suivi gynécologique et obstétrical peut être réalisé par la seule sage-femme ou le médecin traitant. **En ce sens, nous préconisons donc qu'une politique d'incitation à l'accompagnement ambulatoire soit mise en œuvre dès l'anténatal.**

Au même titre, la prise en charge des grossesses pathologiques en ambulatoire est, depuis les années 2000, favorisé par

une politique de soutien. Le coût réduit de telles mesures, ainsi que l'amélioration du bien-être des patients concernés, est un exemple à suivre pour l'organisation du parcours de santé des femmes. Ce dispositif, conduit en coopération avec les médecins doit continuer à se développer en favorisant la prise en charge pluridisciplinaire.

5. Le praticien coordinateur en Maïeutique

Ce praticien aura pour mission d'organiser l'équipe des praticiens hospitaliers en Maïeutique, et favorisera la coordination ville hôpital, en participant aux côtés des autres professionnels à la structuration, à l'organisation et au maintien du service public territorial de santé.

IV

-

DES MOYENS POUR PLACER LA SAGE-FEMME AU COEUR DU PARCOURS DE SANTE DES FEMMES

Actuellement, une sage-femme est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme :

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

» [25]

Cette définition fait souvent office de définition internationale de la profession de sage-femme. Elle présente de façon résumée les différents rôles que la sage-femme peut occuper. L'OMS s'est engagée à faire valoir et reconnaître les qualifications propres aux sages-femmes car elle considère qu'elles sont un pilier essentiel du personnel de santé maternelle et néonatale. L'OMS travaille avec les pays pour que les questions relatives aux soins obstétricaux soient intégrées dans les stratégies et plans de santé nationaux et les encourage à mieux reconnaître et soutenir la profession de sage-femme.

D'après le Rapport annuel 2011 de la Cour des comptes [26], le Gouvernement français a tout intérêt à valoriser la profession de sage-femme.

« La cour émet un avis très critique sur le modèle périnatal français, notant les mauvais résultats de notre pays (indicateurs de mortalité périnatale) malgré une technicisation quasi systématique qui n'a cessé de s'accroître. Les auteurs ont fait le lien avec la valorisation de la profession de sage-femme, spécialiste de la grossesse physiologique, qui est la plus à même de limiter cette technicisation croissante et coûteuse tout en garantissant aux patientes la sécurité de leur prise en charge. Aussi, la première recommandation du rapport porte-t-elle

sur une meilleure articulation des compétences respectives des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes et, en faisant encore davantage de ces dernières les professionnelles de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé. [...] Par ailleurs, les magistrats de la rue Cambon estiment qu'il serait souhaitable de modifier la nomenclature des actes professionnels des sages-femmes libérales afin de réorienter, à enveloppe constante, leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi post-natal. La Cour a en effet constaté que l'activité des sages-femmes libérales était massivement orientée vers les cours de préparation à la naissance, ne reflétant pas les compétences de la profession et limitant le rôle de ces professionnelles dans les politiques de santé. [...] On peut également que les auteurs se sont penchés sur le positionnement des sages-femmes dans d'autres pays, vraisemblablement pour souligner les lacunes et les retards de la France dans la valorisation de cette profession. » .

A - ASSURER AUX FEMMES UN LIBRE CHOIX (ÉCLAIRÉ) DE LEUR PRATICIEN

Une étude réalisée (en 2008) sur la connaissance de la profession de sage-femme par les femmes en âge de procréer, révèle les données suivantes^[27] :

- 50,6% des femmes en âge de procréer interrogées pensent que sage-femme est une profession paramédicale.
- 21,6% de ces femmes en âge de procréer pensent que la sage-femme n'a pas le droit de prescription.
- Seulement 31,2% de ces femmes en âge de procréer savent que la sage-femme intervient dans la contraception.

Une autre étude, menée en 2005, a montré que :

- 59% des primigestes interrogées (étude réalisé sur un échantillon de femmes enceintes de leur 1er enfant) pensent que sage-femme est une profession paramédicale

- 78% ne savent pas qu'une sage-femme est formée à la réanimation du nouveau-né, et 56% à la pratique de l'échographie.

La méconnaissance de la population générale concernant les compétences des sages-femmes entraîne un défaut de choix en termes de liberté de choix du praticien. Il est indispensable de se pencher sur cette question, si l'on veut qu'un parcours de santé des femmes soit un atout majeur pour l'amélioration de l'état de santé de celles-ci. Des outils de communication doivent être travaillés afin que les femmes soient informées des rôles et compétences de chacun des praticiens qu'elles seront amenées à consulter.

1. Par une sensibilisation des professionnels concernés

Le parcours de santé de la femme nécessite une organisation entre les différents professionnels concernés, les institutions et les établissements de santé. Il engage une connaissance des compétences de chacun au niveau professionnel, afin d'établir des projets de coopération ; or la sage-femme n'est pas encore reconnue à sa juste valeur par ses confrères médicaux. Une certaine méconnaissance quant à ses missions et sa formation mène à des incompréhensions.

Une étude, ciblée sur le Puy-de-Dôme, en 2008, montrait^[28] le manque de connaissance de la profession de sage-femme par les médecins généralistes :

« 38% des médecins généralistes interrogés pensent que sage-femme est une profession paramédicale. Seulement 27% de ces médecins généralistes savent que la contraception orale peut être prescrite par une sage-femme. »

Les médecins généralistes, praticiens de 1er recours pour l'ensemble de la population, sont pourtant ceux qui orientent les patients au sein des parcours de soins. Ceux qui ne pratiquent pas le suivi gynécologique de prévention doivent orienter les femmes vers le praticien le plus adapté. La méconnaissance de la profession de sage-femme, là encore, n'assure pas que les patientes auront une information complète afin de choisir de façon éclairée leur praticien de référence pour le suivi gynécologique et/ou obstétrical de prévention.

Une étude régionale menée en Auvergne, en 2012, montrait que^[29] :

*« 23,5% des pharmaciens interrogés considéraient que la sage-femme ne pouvait pas réaliser la rééducation périnéale
. 11,2% de ces pharmaciens pensaient que les sages-femmes n'avaient pas le droit de prescription auprès des nouveau-nés
. 73,6% pensaient que les sages-femmes ne pouvaient pas prescrire d'AINS
. 24,2% ont répondu qu'elles ne pouvaient pas prescrire une contraception d'urgence
. 40,7% ont répondu qu'elles ne pouvaient pas prescrire l'implant contraceptif
. 70,3% ont répondu qu'elles ne pouvaient pas prescrire le vaccin préventif contre les lésions du col de l'utérus (HPV)
. 79,6% des pharmaciens ayant répondu disaient ne pas avoir eu un enseignement ciblé à propos des droits de prescription des différents professionnels de santé concernés au cours de leurs études ».*

Les pharmaciens font partie des professionnels de santé auxquels la population a accès librement, sans frais, et sont souvent ceux qui orientent les patients vers les praticiens adaptés à la situation présentée. Il est essentiel que ceux-ci soient mieux formés et informés quant aux droits de prescription des sages-femmes.

2. Par des campagnes d'information à visée du public

Les sages-femmes doivent être mieux identifiées par les femmes comme étant un praticien de référence, en particulier en ville. Les différentes campagnes d'information, organisées par des instituts sous tutelle du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, doivent mentionner ce praticien systématiquement. De même, un travail devrait être élaboré avec les laboratoires pharmaceutiques, afin que les sages-femmes soient mieux identifiées par les patientes comme un référent quant à leurs traitements médicamenteux.

L'INPES ou Institut national de prévention et d'éducation pour la santé est un établissement public administratif (EPA) français placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé. Créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹. Il est doté, pour 2010, d'un budget de 114,72 millions d'euros. Sous la tutelle du ministère de la Santé, l'INPES a pour missions :

- *de mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique,*
- *d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé,*
- *d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire,*
- *de participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence,*
- *d'établir les programmes de formation à l'éducation à la santé.*

L'Institut National du Cancer ^[30] :

- Mieux prévenir les cancers
- Diagnostiquer plus tôt les cancers
- Garantir l'accès à des soins de grande qualité pour tous dans le respect du principe d'équité et rendre plus accessibles innovations et progrès
- Apporter une information adaptée aux populations, aux patients et aux professionnels
- Rechercher des moyens plus efficaces pour prévenir, diagnostiquer, traiter les cancers.

Les sages-femmes, notamment via leur société savante, le Collège National des Sages-Femmes de France, souhaitent continuer à travailler avec ces différents instituts, associés à l'UNCAM, afin d'apporter leur expertise professionnelle, notamment pour la création d'outils d'information à visée du public.

3. Par une clarification des identités professionnelles de chaque intervenant

L'identité professionnelle est ce qui définit une personne, ou un groupe de personnes, sur le plan professionnel : c'est la définition de son métier principal et l'ensemble des éléments stables et permanents traversant les différentes fonctions remplies par cette personne ou ce groupe ^[31].

Everett Cherrington Hughes (1897-1983), sociologue américain a défini 4 données qui constituent la base de l'identité professionnelle ^[32] :

- la nature des tâches
- la conception des rôles
- l'anticipation de la carrière
- l'image de soi dans le métier.

Il est essentiel pour chaque profession de santé d'avoir cette identité propre; elle permet en effet à chaque acteur d'un parcours de santé de se sentir valorisé dans ses compétences. Dans le champ de la périnatalité, un certain nombre de compétence sont partagées (médecins généralistes et gynécologues obstétriciens ou pédiatres par exemple). Ces « chevauchements » créent des tensions, nuisibles tant pour les professionnels que pour les patients concernés.

Sage-femme est une profession médicale avec une identité particulièrement floue. Toutes ses compétences sont partagées. La déclaration de grossesse, le suivi de grossesse physiologique, l'accouchement eutocique, le suivi échographique, la préparation à la naissance et à la parentalité, le suivi post partum et le suivi gynécologique de prévention sont partagés avec le médecin. La rééducation

périnéale fait aussi partie du domaine de compétence du masseur-kinésithérapeute. Ces partages de compétences entraînent insidieusement une concurrence et un manque de reconnaissance de la part de ses pairs médicaux et paramédicaux ^[33].

La Haute Autorité de Santé, en 2010, reconnaît cet état de fait ^[34] :

« Les changements portés par les projets de coopération touchent à l'identité professionnelle des différents acteurs de santé impliqués, ce qui génère crainte, résistance, indifférence ou enthousiasme. Prendre conscience de cette dimension subjective peut aider le promoteur à mettre en place des actions pour limiter les réticences, telles que : associer les professionnels, favoriser les échanges et les débats, avec une communication claire sur les rôles des différents intervenants, la complémentarité de leurs compétences, les modes de coordination et de régulation, en insistant sur l'impact attendu de ces changements en termes d'amélioration de la prise en charge du patient et de l'efficacité des soins et des traitements. Cette approche transparente est d'autant plus efficace que la communication est pédagogique, par exemple avec la présentation de pratiques identiques ou assimilables mises en œuvre par d'autres équipes en France ou à l'étranger, et régulière avec la présentation en cours de route des avantages constatés de la nouvelle organisation. »

La situation actuelle engendre un manque de lisibilité des professionnels envers les patients, compliquant ainsi leur orientation dans le système de santé.

C'est au gouvernement, et plus spécifiquement au Ministère des Affaires Sociales et de la Santé aujourd'hui, qu'il

incombe de rendre lisible le parcours de santé des femmes, en veillant à ce que chaque professionnel concerné soit considéré à sa juste valeur. Les sages-femmes attendent cette évolution lors des prochains groupes de travail sur le 1^{er} recours.

B - DES MESURES À METTRE EN PLACE AFIN DE PLACER LA SAGE-FEMME AU CŒUR DU PARCOURS DE SANTÉ DES FEMMES

1. - Concernant les droits de prescription des sages-femmes

La profession de chirurgien-dentiste est citée, tout comme la profession de sage-femme, au sein du titre I du livre I du Code de la Santé Publique : c'est aussi une profession médicale à domaine défini.

Pourtant, et ce depuis 1985, aucune liste exhaustive ne limite la prescription du chirurgien-dentiste. Les sages-femmes ont la même obligation déontologique de ne pas formuler de prescription en dehors de leur compétence (Article R4127-313). Pourquoi les sages-femmes doivent-elles alors être limitées dans leurs prescriptions par une liste fixée par un arrêté ministériel ? Cette situation met en difficulté des sages-femmes et des patientes (en exemple : les sages-femmes peuvent prescrire à une patiente enceinte un traitement contre une infection urinaire basse, mais pas à une patiente en postnatal présentant cette même infection) et multiplie les consultations inutiles.

Les délais, parfois très longs, et la procédure de modification d'un arrêté ministériel rendent la liste autorisée aux

sages-femmes très vite obsolète et en contradiction avec les recommandations les plus récentes de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Le Collectif des sages-femmes demande la révision de l'article L-4151-4 du CSP :

« Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. » à remplacer par : *« les sages-femmes peuvent prescrire l'ensemble des dispositifs médicaux, des examens, et des médicaments nécessaire à l'exercice de leur profession. »*

2. - La révision d'articles de loi

- Révision de l'article L-4151-1 du code de la Santé Publique : « L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. » à remplacer par : « la sage-femme peut effectuer l'examen post-natal à condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée.»
- Révision de l'article L-4151-3 : « En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.»
- Supprimer : « Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites

de couches pathologiques » à remplacer par : « à la demande d'un médecin, une sage-femme peut assurer la surveillance et la prise en charge conjointe d'une situation pathologique en collaboration et en concertation»

- Pratique de l'IVG médicamenteuse : pour un accès simplifié à l'Interruption Volontaire de Grossesse, pratique du premier rendez-vous, délivrance de la première attestation, pratique de l'IVG médicamenteuse et réalisation de la consultation post IVG par la sage-femme.
- Modification des articles L.321-1, D.331-1 et D.331-2 du code de sécurité sociale ne limitant plus la durée d'un arrêt de travail prescrit par une sage-femme.
- Inscrire la sage-femme dans la consultation préconceptionnelle : associer les sages-femmes aux travaux en cours de la HAS.

3. - L'attribution d'une prime à la performance

A l'instar des médecins libéraux, les sages-femmes libérales devraient bénéficier de mesures de ce type, adaptées à leur profession :

Rémunération à la performance des médecins ^[35]

La convention médicale, qui régit les obligations des médecins libéraux et leurs relations avec la Sécurité sociale, signée le 26 juillet 2011 entre les syndicats de médecins et la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), a introduit un nouveau mode de rémunération supplémentaire des médecins libéraux.

Ce texte, en vigueur de 2012 à 2016, prévoit une rémunération à la performance, en parallèle au paiement à l'acte, versée par la Sécurité sociale, qui s'adresse aussi bien aux médecins généralistes qu'aux spécialistes.

Elle est conditionnée par plusieurs objectifs de santé publique remplis par le médecin traitant : modernisation du cabinet médical, réduction des prescriptions d'antibiotiques ou d'arrêts de travail, préférence aux médicaments génériques, réalisation de vaccins saisonniers, gestion du dossier médical personnel (DMP), etc.

Jusqu'à 26 critères à respecter sont identifiés, même si aucun n'est spécifiquement obligatoire. Chaque indicateur atteint permet d'acquérir des points, jusqu'à 1 300 points au maximum. Le point valant environ 7 €, la prime peut atteindre jusqu'à 9 120 € au maximum.

Ce nouveau mode de rémunération du médecin se fait sur la base du volontariat, puisque le praticien signe un contrat avec la CNAM qui ne le rend pas obligatoire mais incitatif.

4. - Un accès à l'informatique médicale pour les sages-femmes

Dans une interview^[36] datant d'octobre 2013, Mme Benoit-Truong, sage-femme et vice-présidente du CNOSF, expose les difficultés rencontrées par les SF libérales en termes de télésanté :

« Aujourd'hui on rencontre une difficulté avec l'informatique médicale et les sages-femmes, notamment pour celles exerçant en libéral, puisque les logiciels de gestion de cabinet (LGC) spécialisés n'existent tout simplement pas ! Les sages-femmes

libérales sont un peu exclues du système, ce qui est déplorable car elles échangent beaucoup avec les établissements de santé, les médecins, les laboratoires, etc.

Cela est d'autant plus dommageable que la grande majorité des sages-femmes libérales sont aujourd'hui informatisées et pratiquent la télétransmission des feuilles de soins. »

5. - Plus de sages-femmes dans des Maisons de Santé Pluri professionnelles

Un document de travail récent de la Haute Autorité de Santé (SEVAM, 18 mars 2013) a exposé une réalité :

« Il faut favoriser le développement des équipes pluri professionnelles de soins de proximité ».

L'article L. 6323-3 du Code de Santé Publique définit :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Comme il n'y a pas de « labellisation », toute structure peut s'appeler maison de santé. En revanche, dès que des financements publics sont sollicités, le projet doit répondre à un cahier des charges national défini par la DGOS. Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte.

Trop peu de sages-femmes participent à ces projets, le frein principal étant la méconnaissance des compétences de la profession de sage-femme, de ses confrères médicaux comme des collectivités territoriales participant à ces projets.

Les SISA (Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires)^[37]:

Créées par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et régies par les articles L4041-1 et suivants, et L 4042-1 et suivants ainsi que les articles L 4043-1 et suivants du Code de la santé publique., les SISA sont souvent présentées comme la forme juridique la plus pertinente pour les maisons de santé pluridisciplinaire.

Les SISA ne peuvent être constituées que par des personnes physiques (à l'exclusion donc de toute personne morale) qui exercent les professions suivantes :

- o Profession médicale (médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, sages-femmes)
- o Auxiliaire médical (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens ...)
- o Pharmacien.

Elles doivent :

- Permettre aux différents professionnels de santé un exercice pluri-professionnel et coordonné ;
- Pouvoir mettre en commun des revenus entre les associés de diverses professions de santé, ou facturer à l'Assurance Maladie des prestations coordonnées ;
- Partager, avec le consentement des patients, l'information médicale, sous couvert du secret médical bien évidemment, entre les différents professionnels de santé prenant en charge le patient d'une façon coordonnée, dans le cadre d'une maison de santé ou d'un pôle de santé.

Une SISA doit comporter au moins deux médecins et un auxiliaire médical parmi ses associés.

Dans certaines régions, il paraîtrait intéressant qu'une SISA puisse être créée à l'initiative de sages-femmes, également profession médicale, sans pour autant avoir cette obligation de comporter deux médecins. Des Maisons de Santé Pluridisciplinaires centrées sur la périnatalité pourraient alors voir le jour.

Focus sur les centres de santé^[38]

Il existe environ 1220 en 2013, présentant une grande variété de leurs activités, de leurs nombre de salariés, mais aussi de leurs modes de gestion (associations, mutuelles, ...). Ils assurent une offre de soins précieuse et répondent aux préoccupations financières d'accès aux soins grâce aux tarifs opposables et à la pratique de la dispense d'avance de frais. Ils présentent également des avantages pour les professionnels : travail en groupe, allègement de la charge de travail administrative, statut de salarié. Malheureusement, ce sont des structures financièrement fragiles. Il est nécessaire qu'une réelle volonté politique accompagne ces structures, dont l'utilité sanitaire et sociale a été démontrée.

Depuis le 4 mars 2002, les réseaux de santé ont une définition officielle

(Code de la santé publique, article L6321-1) :
«Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.»

Les objectifs du développement de tels réseaux ont été explicités dans le Plan de Périnatalité 2005-2007^[39] :

«Créer et développer des réseaux de santé de proximité ville/PMI/hôpital en amont et en aval de l'organisation inter-établissements, afin de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance :

- En orientant la femme enceinte vers le lieu le mieux adapté à sa surveillance; la définition d'indicateurs nationaux doit permettre d'évaluer l'adéquation de l'orientation.
- En privilégiant, si possible, la proximité de son lieu d'habitation;
- En prenant en charge de façon adaptée la grossesse en cas de situation pathologique ou de risque psychosocial ;

- En informant et en respectant le libre choix de la patiente et de sa famille ;
- **En créant une «communauté périnatale»** correspondant à l'ensemble des professionnels de la naissance qui appartiennent au réseau. »

La DGOS^[40], en 2012, insistait sur la nécessité de travailler à nouveau sur l'organisation de ces réseaux :

« Il existe environ 700 réseaux de santé, financés par le FIQCS (167M€ en 2011). Alors que les réseaux constituent l'un des principaux dispositifs de coordination, leur bilan est contrasté et il s'avère nécessaire de faire évoluer leur fonctionnement. Les réseaux de santé, qui ont été introduits par la loi du 4 mars 2004, sont l'un des principaux dispositifs de coordination des parcours de santé. »

Les sages-femmes, professionnelles de la santé des femmes et des nouveau-nés, exercent à la fois en hospitalier, en ville, au sein des PMI. Elles sont de fait au cœur de ces réseaux centrés sur la gynécologie et la période périnatale. Afin que leur expertise soit utilisée à bon escient, il paraît fondamental que leurs compétences soient identifiées, valorisées, et ce en ville comme à l'hôpital. Elles doivent être statutairement valorisées, en tant que praticiens. (Praticiens hospitaliers, praticiens territoriaux, praticiens ambulatoires).

Le Code de la Santé Publique permet à un établissement public de santé d'associer un professionnel de santé libéral non hospitalier à son fonctionnement. L'objectif consiste, notamment, à ouvrir le plateau technique hospitalier aux professionnels libéraux afin d'en optimiser l'usage (article L.6112-4 al 2). Le directeur de l'établissement public peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral à participer aux missions de service public de l'établissement ainsi qu'à ses activités de soins (art. L.6146-2). Les modalités de participation des professionnels de santé libéraux aux missions de service public assurées par les établissements publics sont fixées aux articles R.6146-17 à R.6146-24.

Cette activité rentre dans le cadre du Plan de Périnatalité 2005-2007 qui recommande : « **humanité, proximité, sécurité, qualité** »^[39], mais aussi dans celui du rapport de la Cour des Comptes de septembre 2011 : « **Chercher à faciliter, sans dépassements d'honoraires non conventionnels et à coût constant, le suivi global de la patiente.** »^[26].

Une étude, réalisée en 2013^[41], a recensé :

- « 49 sages-femmes libérales exerçant en plateau technique. Ce nombre représente 1,3 % des sages-libérales ; pourcentage qui a diminué ces dernières années (5 % en 2007 et 4,4 % en 2008 selon le CNOSF).

- 23 plateaux techniques, dont 4 en Ile de France. La répartition géographique est hétérogène avec des plateaux techniques disséminés sur l'ensemble du territoire français»

Elle a également mis en évidence qu'une telle prise en charge serait économiquement intéressante.*

Toutefois, cette économie ne peut se faire au détriment du revenu des sages-femmes libérales. Le montant de la cotation Forfait accouchement (d'un montant de 313.60€) correspond à la surveillance du travail d'accouchement (6 à 12h en moyenne), à la pratique de l'accouchement, à l'examen du nouveau-né et à la surveillance du postpartum (2h en moyenne). La redevance perçue par l'établissement hospitalier s'élève à 30%. Pour permettre à ce dispositif d'exister, il devient urgent de créer, une cotation propre aux sages-femmes, pour la surveillance du travail d'accouchement (pouvant durer plusieurs heures), et pour la surveillance du postpartum.

La cotation de l'accouchement pour le médecin est en théorie la même, mais dans les faits ce sont bien les sages-femmes salariées de la clinique qui assurent la surveillance du travail et la surveillance du postpartum, la cotation correspond donc pour le médecin libéral au paiement de l'accouchement lui-même.

En 2005, Marion Babin a réalisé une étude auprès des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global en France avec accès ou non à un plateau technique^{[42] [43]} :

« D'après les sages-femmes interrogées, voici les principales difficultés qu'elles ont rencontrées :

- Les difficultés d'accès au plateau technique (principalement liées aux lourdeurs administratives et à l'opposition de l'équipe.)*
- La couverture assurancielle onéreuse : le coût de l'assurance en 2011 avec accès au plateau technique est de 2955€ par an (contre 411€ sans accès au plateau).*
- La solitude, la marginalisation et la non-reconnaissance de leurs compétences.*
- L'organisation familiale et les horaires. En effet c'est une activité qui impose d'être disponible à toute heure et tous les jours, tout en gérant son cabinet. »*

En 2013, le coût de l'assurance en RCP reste élevé, en moyenne 1500€. Une réflexion sur une meilleure organisation et coopération entre sages-femmes doit être menée afin que les femmes puissent bénéficier plus aisément de cette prise en charge globale.

C - RÉDUIRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS À LA SANTÉ

1. - Réduire les inégalités territoriales

a - Par un Contrat d'Engagement de Service Public pour les sages-femmes

Il conviendrait de proposer un contrat aux étudiants en Maïeutique sur le modèle du CESP, afin que les régions sous-dotées en professionnels médicaux de santé bénéficient de leur présence.

Le principe du CESP^[44]

Proposer aux étudiants et aux internes en médecine et, à partir de la rentrée 2013-14, aux étudiants en odontologie, une allocation mensuelle de 1 200€.

En échange, les bénéficiaires s'engagent – pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum – à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée. Souscrire un CESP, c'est aussi bénéficier d'un accompagnement individualisé durant toute la formation et d'un soutien au moment de l'installation ou de la prise de fonctions.

Ce dispositif revêt donc à la fois :

- une dimension sociale par l'aide au financement des études ;
- une dimension citoyenne puisqu'il complète les différentes mesures déjà mises en place par les collectivités territoriales et l'État pour développer l'attractivité de l'exercice de la médecine dans des territoires où la densité médicale est faible.

b - Par une modification du zonage conventionnel

Les zonages spécifiques par profession s'inscrivent dans le cadre du dispositif conventionnel, déterminé et négocié entre les syndicats professionnels de santé et l'assurance maladie. Afin d'afficher une proximité auprès des femmes, il est nécessaire de revoir le zonage conventionnel, en calculant le nombre de sages-femmes nécessaires en fonction du nombre de femmes dans une région donnée et non en fonction des naissances.

Nous proposons la création d'un contrat pour les sages-femmes libérales sur le modèle du Praticien Territorial de Médecine Générale :

Le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)^[45] est réservé aux médecins généralistes non encore installés ou installés depuis moins d'un an.

Le PTMG «exerce en clientèle privée, en tant que médecin installé en cabinet libéral ou médecin collaborateur libéral» (Décret n°2013-736).

Ce contrat est passé entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le médecin généraliste. Il est **conclu «pour une durée qui ne peut excéder un an, à compter de la date de sa signature, mais il est renouvelable une fois «par tacite reconduction pour la même durée»**. Ce contrat peut inclure d'autres engagements, en particulier sur la permanence des soins, le dépistage, etc.

Si le médecin souhaite rompre ce contrat ou ne pas le renouveler au bout d'un an, il peut le faire **par lettre recommandée avec demande d'avis de réception** (préavis de 2 mois).

Le PTMG «s'engage à respecter les tarifs opposables» (consultation à 23 €). S'il réalise chaque mois, sur 12 mois, au moins «165 consultations de médecine générale au tarif opposable» (seuil minimal d'activité), il est assuré de toucher «une rémunération complémentaire aux honoraires perçus d'un montant tel que le **revenu global soit égal à un revenu brut mensuel maximum de 6 900 €**» (**équivalent à 3640 € nets mensuels**) pendant les deux années de cet exercice contractualisé.

Cette rémunération complémentaire, financée par le **fonds d'intervention régional**, n'est versée que si les honoraires touchés par le médecin (en dehors des actes et honoraires perçus au titre de la permanence des soins) sont inférieurs au «montant plafond forfaitaire mensuel» permettant d'assurer un revenu mensuel net de 3640 €.

En pratique, au cours des 6 premiers mois, le **PTMG doit adresser à l'ARS une déclaration mensuelle récapitulant le nombre d'actes** réalisés à tarif opposable et le montant des honoraires correspondant. Ensuite, la déclaration devra être trimestrielle.

Si le PTMG ne peut assurer son activité de soins en raison d'une maternité (la majorité des jeunes médecins d'aujourd'hui sont des femmes) ou d'une maladie :

- **la condition d'un minimum de 165 actes mensuels est suspendue le temps de l'arrêt de travail** («attesté par la constatation médicale de son incapacité à assurer son activité de soins») ;

- **la rémunération complémentaire devient forfaitaire :- en cas de maternité et/ou congés maternité**, cette rémunération sera égale à la différence entre le montant plafond forfaitaire mensuel et le montant correspondant au seuil minimal d'activité (165 actes). Concrètement, selon l'arrêté du 14 août, cela équivaut à 3 105 € bruts lorsque le PTMG exerce 9 demi-journées par semaine ou plus, 1 552,50 € bruts lorsque le PTMG exerce 8 demi-journées par semaine ou moins ;

- **en cas de maladie**, cette rémunération complémentaire, qui pourra être assurée pendant 3 mois, ne sera égale qu'à la moitié de la différence décrite ci-dessus pour les femmes enceintes (1 552,50 € bruts lorsque le PTMG exerce neuf demi-journées par semaine ou plus, 776,25 € bruts lorsque le PTMG exerce huit demi-journées par semaine ou moins) ; **ne sont pas pris en compte les actes et honoraires résultant de l'activité éventuelle d'un médecin remplaçant** le PTMG pendant son arrêt de travail.

2. - Réduire les inégalités Sociales d'accès aux soins

A ce jour deux millions de femmes en France Métropolitaine n'ont pas de complémentaire santé^[46].

La Plan de Périnatalité 2005-2007 met en évidence à quel point réduire les inégalités sociales d'accès aux soins est un enjeu de santé publique :

« Des suivis médiocres ou inexistantes des grossesses, sont particulièrement associés à la précarité et la pauvreté, et responsables d'une plus grande fréquence des pathologies périnatales. Un certain nombre de femmes en situation de précarité, seules, avec un faible niveau scolaire, sans revenu autre que celui des aides publiques, n'ont pas accès à un suivi de leur grossesse conforme aux normes prévues par la législation. Il s'agit notamment de femmes à la rue, de femmes migrantes en situation irrégulière, mais aussi parfois de femmes de foyers polygames, de femmes tsiganes, manouches, roms...de femmes détenues et de mineures. Les risques médicaux encourus par l'enfant sont bien connus : retard de croissance intra-utérin, prématurité, syndrome d'alcoolisation foetale, syndrome de sevrage, infections (tuberculose – VIH - hépatite...), etc... »

Outre les enjeux médicaux, l'insécurité, ainsi que la non-reconnaissance des qualités et du rôle propre à la mère et au père peuvent non seulement compromettre les relations avec l'enfant, mais encore les relations mêmes au sein du couple. Pour l'enfant comme pour la fratrie, une grande part de leur avenir se joue dans cette période cruciale.

Il existe donc des enjeux médicaux - dans la mesure où ces perturbations peuvent retentir fortement sur le développement psychomoteur et la santé physique et mentale de l'enfant - socio-économiques par l'aggravation de la situation familiale notamment et psychologiques pour la mère, le père, l'enfant, la fratrie et leurs relations mutuelles. »

Afin de limiter le renoncement au soin, il est essentiel que tous les acteurs médico-psycho-sociaux soient formés et informés des rôles (et coûts) de chacun des intervenants des réseaux de santé et de soin.

a - Par l'Information de tous les acteurs

Les femmes en situation de précarité, en particulier, doivent être informées de leurs droits en termes d'accès à la santé. Les assistants sociaux, les membres d'associations doivent être en mesure d'apporter une information claire et précise sur cette question, et d'orienter vers les praticiens adaptés.

Les professionnels de santé, de leur côté, doivent être capables d'orienter les femmes qu'ils considèrent être en difficulté. La période de la grossesse notamment est un moment privilégié pour évaluer la situation sociale et psychologique d'une patiente.

Pour les patientes vivant dans une situation précaire (au plan financier, au plan familial, au plan professionnel), les consultations médicales de prévention sont le moment idéal pour informer les patientes sur leurs droits généraux et les orienter, si besoin, vers un assistant social, un psychologue, un conseiller conjugal, et/ou une association (violences conjugales, harcèlement au travail, mutilations sexuelles, restos du cœur, ...)

La sage-femme, par la place centrale qu'elle occupe dans le parcours de santé des femmes, est l'interlocuteur idéal pour évaluer et participer à l'élaboration de supports de communication sur ces questions.

b - Par la limitation du coût des consultations médicales

En juin 2013, le CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé) décrit la situation suivante :
« En France, **1 médecin sur 4 peut facturer des dépassements d'honoraires, soit 29 000 praticiens**^[47]. Il s'agit dans la quasi-totalité des cas de médecins exerçant en secteur 2 et, de manière marginale (300 médecins) de praticiens installés en secteur 1 avec droit permanent à dépasser (DP).

- 7% des médecins généralistes exercent en secteur 2 ou en secteur 1 DP.
- Mais plus de 40% des médecins spécialistes sont installés en secteur 2, avec une proportion plus importante au sein des spécialités à caractère hospitalier. Le taux le plus élevé s'observe ainsi chez les chirurgiens libéraux : 77% d'entre eux exercent en secteur 2. C'est aussi les cas de 56% des gynécologues chirurgicaux et obstétriciens, et de plus de la moitié des ORL (57%) et des ophtalmologistes (55%). »

Une enquête menée en 2012, par le journal Le Monde, basée sur des données de l'assurance-maladie montre que : « **sur les 5,7 milliards d'euros qui sont restés à la charge des Français ou de leurs mutuelles en 2011, 2,3 milliards étaient imputables aux seuls dépassements.** [...] Il existe de fait une grande diversité d'un département à l'autre. En moyenne, les taux de dépassements des spécialistes varient de 11 % au-dessus du tarif de la Sécu dans le Cantal ou le Lot à... 114 % à Paris, selon les derniers calculs que l'assurance-maladie nous a fournis. »

« L'évolution des restes à charge devient en effet un enjeu prioritaire de l'accès aux soins et un indicateur pour estimer le bon ajustement des choix en matière d'orientation de la dépense collective en santé. En matière d'honoraires médicaux, les dépassements constituent un point critique pour l'accès aux soins identifié depuis plusieurs années par tous les acteurs du système de santé.^[48]»

Comme le prévoit l'article 3.4.1 de la convention nationale des sages-femmes (arrêté du 10 décembre 2007, JO du 19 décembre 2007^[49]) « *les tarifs d'honoraires de la sage-femme conventionnée doivent être fixés au regard de la convention* ».

Néanmoins, l'article 3.4.3 de la convention précitée prévoit la possibilité pour une sage-femme de pratiquer des dépassements d'honoraires.

Cette disposition précise toutefois que « la sage-femme ne peut appliquer un dépassement d'honoraires que dans les deux situations suivantes :

- circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient
- déplacement non médicalement justifié en matière de soins de maternité et infirmiers.

Les dépassements d'honoraires, concernant les consultations de sages-femmes, sont rares. De ce fait, le recours au paiement différé (tiers payant) est assez souvent proposé par les sages-femmes.

Dans un pays où 2 millions de femmes n'ont pas de complémentaire santé, placer la sage-femme au cœur du parcours de santé des femmes, c'est limiter le renoncement au soin et permettre un accès à la santé pour toutes.

EN CONCLUSION

Le parcours de santé des femmes doit permettre la prise en charge de la santé génésique et notamment son volet gynécologique.

Ce parcours particulier doit débuter dès l'adolescence et se poursuivre tout au long de la vie. Il sera marqué par les événements rythmant la santé génésique. Ce parcours, lisible, coordonné, simplifié, aura pour professionnel-pivot la sage-femme.

Pour que ce parcours soit efficient et permette une réelle avancée en termes de santé des femmes, il conviendra d'adopter un certain nombre de mesures politiques et financières. A l'heure où la périnatalité, la santé sexuelle et reproductive, ainsi que les violences subies par les femmes sont des préoccupations majeures de santé publique, il est temps que nos dirigeants politiques prennent des décisions courageuses, afin que soit amélioré l'état de santé des femmes.

LE COLLECTIF DES SAGES-FEMMES

Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes
Collège National des Sages-Femmes de France
Association National des Etudiants Sages-Femmes
Fédération Santé CFTC
Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique
Association Nationale des Sages-Femmes Cadres.

ANNEXE 1

-

LA FORMATION INITIALE DES SAGES FEMMES

L'inscription dans le schéma LMD (Licence Master Doctorat) des quatre filières de santé (médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique) s'est traduite par la création de la première année commune aux études de santé, mise en place depuis la rentrée universitaire 2010-2011. La formation conduisant au diplôme d'Etat de sage-femme est organisée en cinq ans.

L'arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques définit le niveau licence, soit le premier cycle des études de maïeutique. L'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme porte sur les années d'études correspondant au niveau master.

REPARTITION DES UE ENTRE L2 ET L3

1 UE théorique équivaut environ à 10 heures de cours

1 UE clinique équivaut environ à 1 semaine de stage de 35 heures

LICENCE 2- LICENCE 3		
UE THEORIQUES	L2	L3
UE de SEMIOLOGIE*	1	
UE Sciences Humaines et Sociales, droit et Législation	6	3
UE Santé Publique, démarche de recherche	5	2
OBSTETRIQUE	6	10
GYNECOLOGIE		5
PEDIATRIE, Puériculture, Néonatalogie	5	5
UE de l'Agent Infectieux, Hygiène	8	
UE Génétique Médicale		4
UE Hormonologie- Reproduction	7	
UE Tissu Sanguin	4	
UE Appareil Cardiorespiratoire	3	
UE Rein et voies urinaires	2	
UE Autres systèmes : système digestif, locomoteur, neurosensoriel, dermatologie		4
UE libres : Tutorat...	3	3
	50	36
UE CLINIQUES	L2	UE CLINIQUES L3
Démarche clinique et technique de soins généraux	4	
SUIVI PRENATAL		6
SUIVI POSTNATAL	4	6
SUIVI PERNATAL	2	12
	10	24

REPARTITION DES UE ENTRE M1 ET M2

1 UE théorique équivaut environ à 10 heures de cours
 1 UE clinique équivaut environ à 1 semaine de stage de 35 heures

MASTER 1- MASTER 2		
UE THEORIQUES	M1	M2
UE Obstétrique, maïeutique, démarche clinique, diagnostic anténatal et médecine fœtale	18	
UE Pédiatrie/Néonatalogie	8	
UE Gynécologie, santé génésique des femmes et AMP		5
UE Santé Publique	6	
UE Sciences Humaines et Sociales, droit, économie, management		9
UE Pharmacologie		2
UE Recherche	3	
Mémoire		6
UE libres	1	5
	36	27
UE CLINIQUES	M1	M2
SUIVI PRENATAL	12	3
SUIVI POSTNATAL	3	8
SUIVI PERNATAL	6	16
PLANIFICATION, GYNECOLOGIE	3	6
	24	33

- [1] N. Beltzer, La santé des femmes en Île-de-France, 2013.
- [2] E. Labbe, J.J. Moulin, L. Fontana, B. Charbotel, M. Moulin, C. Sass, et al., Agir pour la santé des « travailleurs vulnérables » : expérimentation d'un partenariat entre services de santé au travail et centres d'examens de santé de l'assurance maladie (PREMTES), Archives Des Maladies Professionnelles Et De L'Environnement. 73 (2012) 127–137.
- [3] C. Sass, C. Chatain, J.-F. Rohmer, Y. Barbier, B. Bongue, C. De La Celle, et al., Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie, Pratiques Et Organisation Des Soins. Vol. 42 (2011) 79–87.
- [4] F. Grillo, E. Cadot, I. Parizot, P. Chauvin, Absence de suivi gynécologique régulier en région parisienne : un cumul d'inégalités individuelles et territoriales ? Revue d'Épidémiologie Et De Santé Publique. 56 (2008) S357.
- [5] J.C. Boulanger, R. Fauvet, S. Urrutiaguer, Y. Drean, H. Sevestre, O. Ganry, et al., Histoire cytologique des cancers du col utérin diagnostiqués en France en 2006, Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 35 (2007) 764–771.
- [6] J. Monsonego, J. Cortés, D. Pereira da Silva, A.F. Jorge, P. Klein, Perception et impact psychologique du frottis anormal en France. Résultats comparatifs d'une enquête européenne, Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 40 (2012) 213–218.
- [7] N. Bajos, C. Moreau, H. Leridon, Pourquoi le nombre d'avortements n'at-il pas baissé en France depuis 30 ans, Population Et (2004).
- [8] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ed., Les interruptions volontaires de grossesse en 2011, 2013.
- [9] J.-M. Manus, Trop d'IVG chez les mineures, Revue Francophone Des Laboratoires. 2011 (2011) 99.
- [10] A. Vilain, Les femmes ayant recours à l'IVG: diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge, Revue Française Des Affaires Sociales. (2011).
- [11] D. Bourgault-Coudeville, L'interruption volontaire de grossesse en 2011. Réflexions sur un acte médical aux implications controversées, Revue Française Des Affaires Sociales. n° 1 (2011) 22–41.
- [12] A. Vincent-Rohfritsch, E. Pernin, N. Chabbert-Buffet, Nouveautés en contraception, Journal De Gynecologie Obstetrique Et Biologie De La Reproduction. 41 (2012) 108–114.
- [13] P. Amate, D. Luton, C. Davitian, Contraception et adolescence, Archives De Pédiatrie. 20 (2013) 707–713.
- [14] J. Delotte, C. Molinard, C. Trastour, I. Boucoiran, A. Bongain, Délivrance de la contraception d'urgence aux mineures dans les pharmacies françaises, Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 36 (2008) 63–66.
- [15] C. Grondin, S. Duron, F. Robin, C. Verret, P. Imbert, Connaissances et comportements des adolescents en matière de sexualité, infections sexuellement transmissibles et vaccination contre le papillomavirus humain : résultats d'une enquête transversale dans un lycée, Archives De Pédiatrie. 20 (2013) 845–852.
- [16] Haute autorité de Santé, Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, 2007.
- [17] B. Blondel, N. Lelong, M. Kermarrec, F. Goffinet, La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales, La Revue Sage-Femme. 11 (2012) 128–143.
- [18] B. Coulm, B. Blondel, Durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse en France, La Revue Sage-Femme VL . (2013).
- [19] B. Blondel, J. Zeitlin, La santé périnatale en France : une position moyenne en Europe, mais quelques différences préoccupantes, La Revue Sage-Femme. (2014).
- [20] Haute autorité de Santé, Projet stratégique 2013-2016, n.d.
- [21] 2013 - A propos du service public territorial de santé, Ffmps.Fr. (n.d.).

- [22] A. Benoit, G. Acher, Réseaux de périnatalité : historique, actualités et enjeux, in: 2006.
- [23] C. Claude, Évaluation de la communauté périnatale de Roubaix : un réseau périnatal de proximité, 2013.
- [24] Données concernant la protection maternelle et infantile (PMI), Sante.Gouv.Fr. (2014).
- [25] Sage-femme, Fr.Wikipedia.org. (n.d.).
- [26] Cour des comptes, Rapport sécurité sociale 2011 - Le rôle des sages-femmes dans le système de soins, Ccomptes.Fr. (n.d.).
- [27] E. Drieux, Sage-femme, qui es-tu ? Connaissance de la profession de sage-femme par les femmes en âge de procréer, (2008).
- [28] L. Bertrand, Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes: état des lieux et attentes, 2008.
- [29] B. Gache, Connaissance des pharmaciens d'officine à propos du droit de prescription des sages-femmes, (2012).
- [30] Missions et domaines d'intervention, E-Cancer.Fr. (n.d.).
- [31] Recherche, Univ-Reims.Fr. (n.d.).
- [32] C. Dubar, La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles, 4 ed., 2010.
- [33] A. Gantois, La première année commune des études de santé (PACES), choix d'une vocation ou expression d'une "dynamique motivationnelle" ?, 2012.
- [34] Haute autorité de Santé, Coopération entre professionnels de santé, guide méthodologique - Tome 1, 2010.
- [35] Rémunération à la performance des médecins, Service-Public.Fr. (n.d.).
- [36] Marianne BENOIT TRUONG : « la e-santé est un facilitateur du système de soins dans son ensemble », (2013).
- [37] Question réponses sur les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), (n.d.).
- [38] Inspection générale des affaires sociales, Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain, 2013.
- [39] F. Puech, L'organisation autour de la grossesse et de la naissance, Adsp. (2008).
- [40] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Guide méthodologique : améliorer la coordination des soins, comment faire évoluer les réseau de santé ? Sante.Gouv.Fr. (2012).
- [41] M. Albin, Plateaux techniques : quels enjeux ?, 2013.
- [42] J. Mercier, L'accompagnement global, difficultés et solutions : la parole aux sages-femmes libérales des deux savoie, 2011.
- [43] M. Babin, L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales qui le pratiquent, 2005.
- [44] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Le contrat d'engagement de service public, Sante.Gouv.Fr. (n.d.).
- [45] J.-P. Riviere, Praticiens Territoriaux de Médecine Générale : conditions d'exercice détaillées au Journal Officiel, Vidal.Fr. (2013).
- [46] La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités, Insee.Fr. (n.d.).
- [47] Des contrats d'accès aux soins pour réguler les dépassements d'honoraires ? Pas gagné, Leciss.org. (2013).
- [48] Dépassement d'honoraires, déremboursements, franchises ... Création de l'observatoire citoyen des restes à charge en santé, Leciss.org. (2013).
- [49] La sage-femme peut-elle pratiquer des dépassements d'honoraire ? Ordre-Sages-Femmes.Fr. (n.d.).