



CONTACT

Sages-femmes

DOSSIER : Prévention du tabagisme, la place des sages-femmes

INFOS ORDINALES - Pourquoi faut-il baisser le numerus clausus ? **P12** • **ACTUS INTERNATIONALES**
- Rencontre avec des sages-femmes de Mongolie **P20** • **INFOS GENERALES** - Echographie : de nouvelles
recommandations **P26** • **LETTRE JURIDIQUE** - Le principe du non-cumul d'activités **P34** ...



P04 Dossier :
Prévention du tabagisme, la
place des sages-femmes

P12 Le Conseil national en faveur
d'une réduction progressive
du numéris clausus

P28 Dépakine® et dérivés :
plus de 14 000 grossesses
exposées

P34 Lettre juridique :
Le principe du non-cumul
d'activités



INFORMATIONS ORDINALES

- P04** Dossier : Prévention du tabagisme, la place des sages-femmes
- P10** Loi de santé et décrets d'application : où en est-on ?
- P12** Le Conseil national propose de réduire le numerus clausus dès la rentrée 2017
- P18** Le premier rapport d'activité du Conseil national
- P19** Une journée de travail consacrée à la périnatalité



ACTUALITÉS INTERNATIONALES

- P20** Rencontre avec une délégation de professionnels de santé de Mongolie
- P21** L'Ordre au congrès de l'ICM
- P21** Brexit : où en est-on ?



FICHE PRATIQUE

La reconnaissance des formations complémentaires

P31



FOCUS

Rencontre avec Anne Chantry, sage-femme et chercheuse en maïeutique

P32



INFORMATIONS GÉNÉRALES

- P22** Grand prix Evian 2016
- P22** "Zéro alcool pendant la grossesse"
- P22** Octobre Rose 2016
- P23** Le droit à l'avortement : un droit fondamental des femmes
- P24** Rapport relatif à l'éducation à la sexualité
- P26** Échographie : une actualisation des recommandations apportée par le nouveau rapport de la CNEOF
- P28** Dépakine® et dérivés : plus de 14 000 grossesses exposées
- P28** Vaccination
- P29** Paris Med' : un dispositif pour faciliter l'installation des libéraux en zones déficitaires
- P30** E-santé : la nouvelle stratégie du gouvernement



LETTRE JURIDIQUE

La Loi de déontologie des fonctionnaires et le principe du non-cumul d'activités

P34



REVUE DE PRESSE

P36



ORDRE DES SAGES-FEMMES

Conseil National

168, rue de Grenelle
75007 Paris

Téléphone : 01.45.51.82.50

Télécopie : 01.44.18.96.75

contact@ordre-sages-femmes.fr

CONTACT Sages-femmes

Rédaction :

Marianne Benoit Truong Canh,
Agathe Bougault, Sylvaine Coponat,
Anne-Marie Curat, Jean-Marc Delahaye,
Isabelle Derendinger, Marie Josée Keller,
Betty Machline, Philippe Viossat.

Directrice de la publication :

Marie Josée Keller

Réalisation : Betty Machline

Création graphique :

Espace Graphic : 01 60 70 77 00

Impression :

Chevillon Imprimeur
26, boulevard Kennedy,
89100 SENS

Dépôt légal : à parution
ISSN : 2101-9592

ÉDITO

Madame, Monsieur, cher collègue,

La sage-femme, nous le revendiquons depuis des décennies, est un acteur incontournable de la santé des femmes et de la prévention. Et on ne peut que s'alarmer lorsque l'on sait que près d'une femme sur trois qui entame une grossesse fume et que 17 % fument encore au dernier trimestre de grossesse. Nous connaissons les ravages que cela induit chez les enfants, que ce soit in utero ou après la naissance et tout au long de leur vie.

Parce que la sage-femme accompagne les femmes pendant toute leur vie sexuelle, de l'adolescence jusqu'à la ménopause, son rôle est primordial, tant dans la prévention contre le tabagisme que dans l'aide à l'arrêt.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé renforce la place des sages-femmes en matière de lutte contre le tabagisme. Elles pouvaient déjà, depuis 2004, prescrire des substituts nicotiques à leurs patientes. Elles peuvent désormais le faire à l'entourage de la femme et de l'enfant, pendant toute la période postnatale. La liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire dans ce cadre a d'ailleurs été révisée et publiée en août 2016. Cette nouvelle disposition a pour objectif de protéger les femmes enceintes et les nourrissons contre le tabagisme passif, en facilitant l'arrêt chez les personnes de leur entourage, notamment le père.

Je ne peux donc qu'inciter chaque sage-femme à s'engager un peu plus encore dans la prévention contre le tabagisme. Le mois de novembre sera une parfaite occasion, puisque Santé publique France en fait un "Moi(s) sans tabac", proposant ainsi le défi aux fumeurs d'arrêter collectivement. Je vous invite également à signer "L'appel des 100 000 professionnels de santé contre le tabac" lancé par l'Alliance contre le Tabac, avec comme objectif ambitieux : être à l'origine d'une génération sans tabac. Enfin, la période s'y prête, j'encourage chacun(e) d'entre-vous à se faire vacciner contre la grippe, afin de protéger femmes enceintes et nouveau-nés, particulièrement vulnérables contre cette infection. Je vous encourage également à proposer la vaccination aux femmes enceintes que vous suivez et à leur entourage.

Je vous souhaite une bonne lecture et une bonne fin d'année,

Marie Josée Keller, Présidente

“MOI(S) SANS TABAC” : UNE CAMPAGNE NATIONALE D'AIDE À L'ARRÊT DU TABAC

Novembre sera un mois sans tabac pour Santé publique France. C'est en tout cas l'objectif de ce défi collectif lancé par la nouvelle agence de santé publique : s'arrêter ensemble de fumer pendant un mois, qui constitue un objectif atteignable pour les fumeurs et qui multiplie considérablement les chances d'arrêter de fumer définitivement. L'agence souhaite associer tous les professionnels de santé, dont les sages-femmes, afin d'accentuer la réussite du dispositif inspiré de sa version anglaise “Stoptober”, mise en œuvre chaque année par Public Health England depuis 2012.

5 fois plus de chances d'arrêter

Le défi consiste à inciter et accompagner tous les fumeurs, via des actions de communication et de prévention de proximité, dans une démarche d'arrêt du tabac sur une durée de 30 jours. Pourquoi un accompagnement sur un mois ? Car au-delà de 28 jours, les chances d'arrêter de fumer de manière permanente sont multipliées par 5. Le dispositif anglais a démontré son impact favorable sur le nombre de tentatives d'arrêt : celles-ci ont augmenté de 50 % en octobre 2012 (comparativement à la moyenne des autres mois de l'année). Le mois d'octobre était celui qui comptait le moins de tentatives d'arrêt sur les cinq années antérieures.

Un appel à la mobilisation des professionnels de santé

Ce projet répond également à des objectifs opérationnels spécifiques : mobiliser les acteurs de terrain, notamment les professionnels de santé, et fédérer les acteurs de la lutte contre le tabagisme autour d'un projet commun. En effet, leur rôle est déterminant : le conseil d'arrêt d'un professionnel est particulièrement efficace et augmente significativement les chances de succès des patients. En abordant systématiquement la question de l'arrêt du

tabac avec ses patients fumeurs, le professionnel de santé pourra les inviter à s'inscrire à “Moi(s) sans tabac” et les accompagner dans leur tentative de sevrage.

Des outils pour accompagner professionnels et patients

De nouveaux documents “Moi(s) sans tabac” sont ainsi à votre disposition.

- Une affiche “En novembre, on arrête ensemble”
- Une affiche “Ici, on soutient tous ceux qui ont décidé d'arrêter de fumer”.
- Un flyer destiné à vos patients, présentant l'ensemble des aides disponibles pour arrêter de fumer.



D'autres dépliants Santé publique France sont également disponibles : “Arrêter de fumer, besoin d'aide”, “Pourquoi arrêter de fumer” et “Grossesse sans tabac”.

Vous pouvez les retrouver sur le site internet : tabac-info-service.fr rubrique “professionnels de santé” et les commander sur : inpes.santepubliquefrance.fr

Les patients pourront, eux, commander gratuitement un kit d'aide à l'arrêt, réalisé en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer, comprenant : un livret “Je me prépare” pour préparer l'arrêt et marquer un top départ dans l'arrêt définitif du tabac ; un agenda “30 jours pour arrêter de fumer” avec des encouragements quotidiens, des conseils et des activités pour oublier la nicotine, une carte “Le stress ne passera pas par moi” pour surmonter les envies de fumer, une fiche avec des conseils nutritionnels “Je retrouve la forme, pas les formes !” pour garder la ligne pendant et après l'arrêt ; et une roue “Je calcule mes économies”. Ils devront au préalable s'inscrire au programme auprès de Tabac Info Service au 39 89 ou sur le site www.tabac-info-service.fr. Une application mobile viendra compléter le dispositif gratuit et personnalisé des fumeurs candidats à l'arrêt.

“Moi(s) sans tabac” est inscrit dans l'axe 2 du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019. Le PNRT est une des actions du Plan cancer 3. “Moi(s) sans tabac” sera intégré dans le prochain plan de lutte contre les addictions de la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives).

Sylvaine Coponat

En France : • 13 millions d'adultes fumeurs quotidiens • **60%** souhaitent arrêter de fumer • **29%** déclarent avoir fait une tentative d'arrêt d'au moins 7 jours dans l'année • **Seuls 2% à 4%** y parviennent, en cause : la dépendance, le stress, la vie sociale...

Le Conseil national partenaire du défi collectif “Moi(s) sans tabac”

Depuis de nombreuses années, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes s'investit dans les travaux de Santé publique France, en matière de lutte contre le tabagisme. Avec l'extension des compétences des sages-femmes en matière de sevrage tabagique, prévue par la loi de modernisation de notre système de santé, c'est tout naturellement que le Conseil national a accepté d'être partenaire de l'opération “Moi(s) sans tabac”.

“40% des cancers pourraient être évités. 40% ? C'est beaucoup quand même !”



C'est le slogan de la campagne contre les cancers évitables lancée le 18 septembre dernier par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine. La campagne diffuse de petites phrases donnant des exemples de comportements positifs ancrés dans le quotidien pour montrer à chacun qu'il est possible d'agir, notamment sur la consommation de tabac avec l'affiche «Non merci, je ne fume plus».

COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES :

UN DOMAINE D'INTERVENTION ÉLARGI EN MATIÈRE DE TABAGISME

L'arrêté fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes a enfin été publié au Journal officiel le 8 août 2016 (lire p 10). Cette liste inclut les produits de substitution nicotinique, que les sages-femmes sont désormais autorisées à prescrire à l'entourage de la femme et de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale. Les sages-femmes peuvent donc désormais exercer cette nouvelle compétence.

■ Pour rappel, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a étendu les

compétences des sages-femmes, notamment en matière de prescription des substituts nicotiniques à l'entourage de la femme et de l'enfant pendant la période postnatale, c'est-à-dire dans les huit semaines après la naissance.

■ Le conjoint fumeur est particulièrement concerné par cette mesure car au-delà du fait que le tabagisme est nocif pour sa propre santé, celui-ci peut être un frein au sevrage tabagique de la femme enceinte, peut augmenter son risque de rechute voire même l'inciter à fumer davantage.

FEMMES ENCEINTES ET TABAC : ÉTAT DES LIEUX

■ Selon les données de la dernière enquête nationale périnatale (2010), la consommation de tabac des femmes a clairement diminué depuis la précédente (2003). Avant la grossesse, 30,5 % des femmes ont fumé au moins une cigarette par jour, contre 35,9 % en 2003.

■ Pendant la grossesse, les femmes enceintes sont là encore moins nombreuses à fumer : 17,1 % en 2010 contre 21,8 % en 2003. Cette diminution, confirmant une tendance déjà observée, concernait plus particulièrement les femmes des groupes sociaux les plus favorisés (Lelong et al 2011). Elle se produit dans un contexte général où la consommation de tabac a tendance à augmenter.

■ L'arrêt de la consommation de tabac survient parfois en prévision de la grossesse : 5,9 % des femmes qui ne fumaient pas avant la grossesse avaient arrêté pour ce motif. Mais la plupart des arrêts se produisent au premier trimestre de la grossesse.

Une nouvelle enquête périnatale a eu lieu du 14 au 20 mars 2016. Ses résultats devraient être publiés au cours des prochains mois.



LE PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME 2014-2019

Chaque année en France, le tabagisme est responsable de la mort de 79 000 personnes, soit 220 personnes par jour. 1 200 000 personnes sont décédées des conséquences du tabac depuis l'an 2000, et de manière générale, 1 fumeur sur 2 meurt des conséquences du tabac.

■ Face à ce constat accablant, et afin de lutter contre le tabagisme, le Gouvernement a décidé de prendre des mesures de santé publique. Présenté le 25 septembre 2014 par Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT 2014-2019) comprend des mesures choc articulées autour de 3 axes d'intervention prioritaires :

- Axe 1 : Protéger les jeunes,
- Axe 2 : Aider les fumeurs à arrêter,
- Axe 3 : Agir sur l'économie du tabac.

Le PNRT est composé d'une série de mesures avec des objectifs ambitieux : en 2019, le nombre de fumeurs doit avoir baissé de 10 %. En 2024, la France doit être descendue sous la barre des 20 % de fumeurs (30 % aujourd'hui) pour que les enfants nés en 2014 soient, d'ici 2034, la première génération de non-fumeurs.

■ Des mesures telles que le paquet neutre, l'interdiction de fumer la cigarette électronique dans les lieux publics et l'interdiction de la publicité du tabac sont prévues dans le PNRT. La protection des enfants est également un point important afin de ne pas les inciter à rentrer dans le tabagisme : le PNRT prévoit notamment l'interdiction de fumer dans les aires de jeux pour enfants, l'interdiction de fumer en voiture en présence de mineurs, etc.

Les mesures précédemment citées sont désormais prévues par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre

système de santé. A cet égard, l'extension des compétences des sages-femmes en matière de prescription des substituts nicotiniques à l'entourage de la femme et de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale, prévue par la loi du 26 janvier 2016, constitue une déclinaison des mesures du 2ème axe visant à aider les fumeurs à arrêter de fumer.

Retrouvez l'ensemble des mesures du PNRT 2014-2019 sur le site : www.gouvernement.fr



Chez la femme enceinte, le tabagisme est un facteur de risque de :

- fausse-couche précoce (risque multiplié par 3)
 - mort fœtale in utéro
- grossesse extra-utérine (risque multiplié par 2)
 - accouchement prématuré
- retard de croissance intra-utérin et petit poids de naissance (- 300 g en moyenne)

Les conséquences de l'exposition au tabac durant la vie intra-utérine s'expriment également chez l'enfant après la naissance, avec un risque accru de mort inexpliquée du nourrisson, une sensibilité augmentée de l'enfant aux infections respiratoires, à l'asthme et aux otites, un risque accru de dépendance ultérieure à la nicotine...

Source : Santé publique France

L'APPEL DES 100 000 PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONTRE LE TABAC

Engagée dans la lutte contre le tabagisme en France et à l'international, l'Alliance contre le Tabac a lancé en octobre 2016, sous l'impulsion de la députée et ancienne ministre Michèle Delaunay, une initiative visant à mobiliser l'ensemble des professionnels de santé sur ce sujet.

L'Alliance contre le Tabac regroupe une trentaine d'associations menant une politique engagée dans la lutte contre le tabagisme en France et à l'international (Croix-Rouge Française, Association Droits des non-fumeurs...). Elle participe, au même titre que le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, au programme "Moi(s) sans tabac" mis en place par Santé publique France.

Présidée par Michèle Delaunay, députée de la Gironde et ancienne ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie dans le gouvernement de Jean-Marc Ayrault, l'Alliance contre le tabac a lancé en octobre dernier une initiative intitulée "L'appel des 100 000 : les professionnels de santé contre le tabac". A l'occasion d'une rencontre avec les sept Ordres des professions de santé au mois d'avril 2016, Michèle Delaunay a présenté ce projet visant à obtenir la mobilisation, la participation et l'engagement de l'ensemble du corps soignant et des professionnels de santé dans la lutte contre le tabagisme.

Cet appel a vocation à recueillir au moins 100 000 signatures afin de pouvoir soutenir la position de l'Alliance contre le Tabac auprès des pouvoirs publics. Sollicités par Michèle Delaunay, les Ordres des professions de santé ont donc un rôle majeur à jouer dans ce cadre, puisqu'ils se sont engagés à se faire le relais des propositions auprès de TOUS les professionnels de santé. Particulièrement impliqué et engagé en faveur de la lutte contre

le tabagisme, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a souhaité apporter son soutien à ce projet en signant l'appel. Il invite par ailleurs chaque sage-femme à faire de même en se rendant sur : www.appeldes100000.fr

ENTRETIEN AVEC MICHÈLE DELAUNAY

Députée de la 2ème circonscription de la Gironde, présidente de l'Alliance contre le Tabac et ancienne ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie.

Quelles sont les mesures prévues par la loi de modernisation de notre système de santé visant à renforcer la lutte contre le tabagisme ?

Les différentes mesures prévues par la loi de modernisation de notre système de santé ont été reprises du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT). Articulés autour de trois axes, les objectifs principaux sont de protéger les jeunes et d'éviter leur entrée dans le tabagisme à travers l'instauration des paquets neutres de cigarettes, l'interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants de moins de 12 ans ou encore l'interdiction de fumer dans les espaces publics de jeux. Par ailleurs, la loi comprend aussi l'obligation de présentation d'une preuve de majorité pour l'achat de tabac ainsi que l'interdiction d'installation de bureaux de tabac à proximité des établissements accueillant la jeunesse.

Aider les fumeurs à arrêter de fumer (campagne d'information choc, implication des médecins traitants et meilleur remboursement du sevrage tabagique) est le deuxième axe, alors que le troisième a pour but d'agir sur l'économie du tabac (fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme, transparence sur les activités de lobbying, lutte contre le commerce illicite).



Comment est née l'initiative lancée par l'Alliance contre le Tabac, "L'appel des 100 000 professionnels de santé contre le tabac" ?

Elle est née de l'évidence qu'aucun combat contre le tabac ne pourra être gagné sans la participation des professionnels de santé, dont la voix est légitime, qui, d'autre part, suivent leurs patients régulièrement et ont acquis leur confiance. Rien ne peut être fait sans leur engagement massif.

Quel rôle les sages-femmes peuvent-elles jouer dans le cadre de cette initiative ?

Les sages-femmes ont un rôle majeur : d'une part, parce que le tabagisme des femmes est en augmentation explosive ; d'autre part, parce que la toxicité du tabac est plus grande encore chez elles que chez leurs homologues masculins, particulièrement lors de la grossesse. En effet, cette toxicité atteint le fœtus et nous savons aujourd'hui que cette atteinte est non seulement immédiate (fœtus agité, hypotrophique...) mais qu'elle peut se traduire par des lésions génétiquement transmissibles. De plus, les sages-femmes suivent les femmes après leur accouchement et doivent les inciter à profiter, le cas échéant, de cette interruption pour ne pas reprendre après leur accouchement.

Quelles sont les prochaines grandes étapes qui attendent ce projet ?

Pour "L'appel des 100 000" : dépasser largement les 100 000 signataires ! Pour la lutte contre le tabagisme : l'augmentation significative du prix du paquet de cigarettes et du tabac à rouler. In fine, le but est de réduire de moitié le tabagisme en dix ans et d'être à l'origine d'une génération sans tabac.

Propos recueillis par Jean-Marc Delahaye

L'impact du tabac sur la santé

- 1^{ère} cause de mortalité évitable
- 1 fumeur sur 2 meurt du tabac
- Le tabac provoque des cancers (17 localisations),

des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires.

- Le tabagisme passif est également dangereux : la fumée de tabac contient plus de 4000 substances chimiques et toxiques et plus de 50 substances qui peuvent provoquer le cancer.

Les femmes enceintes et les enfants y sont particulièrement vulnérables.

L'impact du tabac sur la société

- Le tabac représente un coût social énorme : 120 Mds d'euros par an à l'Etat.

Les taxes sur le tabac ne représentent que 14 Mds d'euros,

le tabac ne rapporte donc pas d'argent à l'Etat.

- Fumer un paquet de cigarettes par jour coûte 210 € par mois, 2555 € par an et 12 780 € sur 5 ans.

Source : Santé publique France

Loi de santé et décrets d'application : où en est-on ?

PLUSIEURS TEXTES D'APPLICATION DE LA LOI DU 26 JANVIER 2016 DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ONT ÉTÉ PUBLIÉS AU JOURNAL OFFICIEL AU COURS DE L'ÉTÉ DERNIER. RETOUR SUR L'ACTUALITÉ RÉGLEMENTAIRE DU PREMIER SEMESTRE 2016.

LES ARRÊTÉS MÉDICAMENTS ET VACCINATIONS ENFIN PUBLIÉS

La loi du 26 janvier 2016 a étendu les compétences des sages-femmes en matière d'IVG médicamenteuse, de prescription et pratique des vaccinations, et de prescription des substituts nicotiniques à l'entourage de la femme et de l'enfant pendant la période postnatale. Alors que le décret du 2 juin 2016 précisait les modalités de pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes, ainsi que les personnes de l'entourage qu'elles peuvent vacciner, toute la profession demeurait dans l'attente de la publication des dispositions permettant aux sages-femmes de prescrire les médicaments en lien avec l'exercice de ces nouvelles compétences. C'est désormais chose faite : les deux arrêtés fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer ont enfin été publiés au Journal officiel.

• **Le premier arrêté du 8 août 2016** modifie l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. Le texte crée également une liste des médicaments autorisés aux sages-femmes pour leurs prescriptions auprès des personnes de l'entourage de la femme et de l'enfant pendant la période postnatale. Cette liste inclut également les produits de substitution nicotinique, que les sages-femmes sont désormais autorisées à prescrire à l'entourage de la femme et de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale.

• **Le deuxième arrêté du 10 octobre 2016** modifie l'arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer. L'arrêté ajoute un article relatif aux vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer auprès de l'entourage de la femme et de l'enfant pendant la période postnatale, conformément au calendrier des vaccinations.

Ainsi, les sages-femmes peuvent exercer pleinement leurs nouvelles compétences relatives à l'IVG médicamenteuse, à la vaccination et à la prescription des substituts nicotiniques auprès de l'entourage.

CRÉATION D'UNE COMMISSION D'ÉVALUATION DES PRATIQUES DE REFUS DE SOINS

En application de l'article 85 de la loi du 26 janvier 2016, le décret du 21 juillet 2016 institue une commission chargée d'évaluer les refus de soins chez les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, placée auprès du Conseil national de leurs Ordres respectifs. Ces derniers sont désormais chargés d'évaluer, en lien avec des associations de patients agréées, le respect du principe de non-discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins. Le texte instaure auprès des trois Ordres concernés une commission "chargée d'évaluer les pratiques de refus de soins opposés par les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes". S'agissant des sages-femmes, la commission comprendra la présidente du Conseil national de l'Ordre, six sages-femmes désignées par la présidente, cinq représentants

des associations d'usagers du système de santé agréées au niveau national, les directeurs de l'Assurance maladie et du Fonds de financement de la couverture maladie universelle (Fonds CMU). La commission, qui devra se réunir au moins deux fois par an, sera présidée par la présidente du Conseil national de l'Ordre.

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC) : RÉFORME DE LA GOUVERNANCE

Pris en application de l'article 114 de la loi du 26 janvier 2016, le décret du 8 août 2016 relatif à l'organisation du DPC des professionnels de santé précise les modalités de mise en œuvre par les professionnels de santé de leur obligation de DPC. Auparavant annuelle, l'obligation de DPC des professionnels de santé devient triennale. En outre, le décret réforme en profondeur la gouvernance du DPC. L'Organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) est remplacé par l'Agence nationale du DPC, composée de plusieurs instances, notamment le Haut Conseil du DPC, les Conseils nationaux et la Commission scientifique indépendante (CSI) des sages-femmes. Conformément aux dispositions réglementaires, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes sera représenté au sein du Haut Conseil du DPC et de la CSI des sages-femmes.

ACCÈS AUX DONNÉES DE SANTÉ : REFORTE DU DMP

Institué par la loi du 13 août 2004 réformant l'Assurance maladie, la généralisation du dossier médical personnel n'a jamais vraiment abouti (à peine 600 000 dossiers ont été créés). L'article 96 de la loi du 26 janvier 2016 procède à la refondation du dossier médical personnel, qui devient "dossier médical partagé" (DMP). Le dispositif a quitté le giron de l'ASIP Santé pour être désormais confié à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Le décret

du 4 juillet 2016 relatif au DMP définit notamment les modalités de création et de clôture du DMP, le recueil du consentement du titulaire, les éléments d'information contenus dans le DMP afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins.

Retrouvez tous les textes réglementaires d'application de la loi du 26 janvier 2016 sur le site internet www.legifrance.gouv.fr rubrique "Journal officiel".

Marie Josée Keller

Proposition du CNOSEF : pour la création d'un DMP des nouveau-nés par les sages-femmes

Assurant la prise en charge de 100 % des nouveau-nés dès la première seconde de la naissance, les sages-femmes sont aujourd'hui engagées en faveur de la santé des femmes tout au long de leur vie. Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a donc proposé la création et la mise en place, par les sages-femmes, d'un dossier médical partagé (DMP) dès la naissance, afin d'assurer la continuité des soins et garantir un suivi médical pour tous dès le plus jeune âge et pour toute la vie. En tant que profession médicale jeune – dont la moyenne d'âge est de 41 ans – dynamique et engagée en faveur de la santé des femmes et des nouveau-nés, les sages-femmes sont les professionnel(le)s de santé idoines pour mettre en œuvre ce DMP dès la naissance. Elles sauront en effet s'emparer de ce nouveau dispositif et s'adapter aux évolutions technologiques et numériques, comme elles l'ont toujours fait au gré des évolutions législatives ayant permis l'extension de leurs compétences au cours des dix dernières années.

Deuxième étude sur le marché du travail des sages-femmes : pourquoi faut-il baisser le numerus clausus ?



L'Ordre a réalisé une étude permettant de tracer l'évolution démographique des sages-femmes selon plusieurs scénarii.

L'Ordre des sages-femmes a pris conscience progressivement des effets préjudiciables qu'a générés la croissance continue de son effectif de professionnels actifs : pour les nouvelles et nouveaux¹ diplômés, l'entrée sur le marché du travail dans de bonnes conditions est déjà problématique.

Ce constat préoccupant s'explique par la situation démographique des sages-femmes : alors que l'effectif des sages-femmes actives a augmenté de plus de 70 % depuis vingt ans, le nombre de naissances a, quant à lui, évolué d'environ +10 % dans le même temps (Figure 1). Par ailleurs, un déséquilibre s'est opéré entre le nombre de départs en retraite d'une part et le nombre de places ouvertes en écoles d'autre part. Le numerus clausus (NC) des études de maïeutique, très fortement relevé

entre 2000 et 2005, a connu en réalité une progression continue, passant de 663 places ouvertes en 1998 à 1030 en 2016. Malgré sa stabilisation, une tendance haussière de l'effectif actif va se poursuivre et ses effets s'amplifier. Les difficultés à trouver un emploi que rencontreront les futures diplômées dans les années à venir vont donc fortement s'aggraver.

S'il est trop tard pour faire obstacle à l'évolution déjà enclenchée, il nous apparaît en revanche nécessaire de nous engager afin qu'intervienne, à partir de la rentrée 2017, une baisse du NC, étalée sur cinq ans (2017 à 2021) et modulée par région, qui permette à la fois d'infléchir la croissance excessive des effectifs de sages-femmes et de modérer l'amplification des disparités régionales.

Figure 1 : Evolution depuis 1994 de l'effectif des sages-femmes actives, des femmes âgées de 15 à 49 ans et des naissances



L'objectif de l'étude :

Sauf à laisser se former des diplômées dont une partie restera vraisemblablement sans emploi, il apparaît nécessaire de planifier - sur au moins cinq ans - un infléchissement progressif de l'augmentation des futurs effectifs en activité. Il s'agit donc, non pas de geler l'effectif de sages-femmes actives dans l'avenir, encore moins de le réduire, mais de freiner sa croissance. Le seul levier actuel est la diminution du NC. Encore est-il nécessaire de rappeler qu'une telle mesure, applicable à partir de la rentrée 2017, n'aura d'impact sur le marché du travail qu'à partir de 2021-22.

L'effectif projeté des effectifs avec le NC fixé en 2016 sera de 26 189 sages-femmes en 2021, soit +3 300 par rapport à aujourd'hui (Tableau 1). La projection des effectifs issue d'une baisse du NC montre une hausse de l'effectif de

Tableau 1 : Calcul des surplus d'effectifs par année et de l'effectif projeté jusqu'en 2021

		2016		22 903
Rentrée NC	NC	Marché	Surplus	Effectif
2012	1 036	2017	731	
2013	1 039	2018	708	
2014	1 034	2019	666	
2015	1 034	2020	596	
2016	1 029	2021	586	
			3 286	26 189

1 790 sages-femmes versus 3 888 dans le contexte du maintien du NC. Ce qui correspond à 10 % de l'effectif total en 2031 (27 979 au lieu de 30 075) (Tableau 2).

Tableau 2 : Total des surplus d'effectifs par année et de l'effectif projeté jusqu'en 2031

Rentrée NC	Marché	Maintien du NC	Surplus si maintien du NC	Baisse du NC	Surplus si baisse du NC
2017	2022	1 029	542	900	439
2018	2023	1 029	478	850	335
2019	2024	1 029	435	800	252
2020	2025	1 029	394	700	131
2021	2026	1 029	363	700	100
2022	2027	1 029	341	700	113
2023	2028	1 029	339	700	110
2024	2029	1 029	320	700	91
2025	2030	1 029	337	700	109
2026	2031	1 029	339	700	110
Surplus entre 2022 et 2031			3 888	700	1 790
Effectif total en 2031			30 075		27 979

L'augmentation du nombre de sages-femmes en ville :

Le surplus annuel de professionnelles actives impacte principalement les installations en ville en exercice libéral et mixte. **Ainsi, quand l'effectif total de sages-femmes s'accroît de 100, le nombre de sages-femmes en exercice libéral et mixte augmente de 80.** Elles représentent désormais près de 30 % de l'effectif total des actives contre 13 % en 1998 avec une augmentation de 10 % entre 2015 et 2016.

Divers arguments sont généralement évoqués pour légitimer l'augmentation continue du nombre de sages-femmes : l'extension du champ de leurs compétences à la santé génésique des femmes et à l'IVG, et la baisse concomitante du nombre de gynécologues.

Ainsi, le temps de travail et l'effectif nécessaires à la réalisation des actes appelés à se développer ont été

estimés dans les domaines suivants : **le suivi gynécologique de prévention, l'IVG médicamenteuse, l'échographie et le Prado.**

Pour quantifier les besoins surnuméraires en sages-femmes libérales, nous avons élaboré les hypothèses suivantes :

- Une augmentation de 5 % de l'effectif de sages-femmes en maternités d'ici 2030, qui serait alors de l'ordre de 15 500. **L'effectif en ville serait alors d'environ 14 500 en cas de maintien du NC et de 12 500 en cas de baisse du NC selon le scénario préconisé, soit 2,5 à 2 fois l'effectif actuel** (le surplus en ville par rapport à aujourd'hui serait respectivement + 8 500 et + 6 500). Ainsi la part des sages-femmes exerçant en ville se situerait en 2030 entre 48 % et 45 % des actives.

Tableau 3 : Actes réalisés par les sages-femmes libérales en 2014 (extrait du SNIIRAM² 2014)

Actes	Quantité d'actes (en milliers)			Honoraires remboursables (en millions d'euros)			Nombre de bénéficiaires (en milliers)	
	2014	Part	Evolution 2013-2014	2014	Part	Evolution 2013-2014	Total	Part CMU-C
Rééducation périnéale (SF7)	2964,5	46%	8,6%	58,1	32%	8,6%	382	4%
Préparation naissance (SF6)	105,7	2%	-6,1%	1,8	1%	-5,8%	37	4%
Préparation naissance (SF11,6)	990,8	15%	-1,2%	32,2	18%	-1,1%	216	2%
Prépa. Nais. ou Suivi grossesse (SF15)	856,3	13%	3,1%	36,3	20%	3,2%	306	5%
Prépa. Nais. ou Suivi grossesse ou Forfait journalier (SF12)	766,2	12%	6,4%	25,9	14%	6,5%	233	5%
Forfait journalier (SF16 ou SF16,5)	380,8	6%	30,6%	18,1	10%	32,3%	279	6%
Suivi grossesse (SF22)	47,3	1%	1,9%	2,9	2%	2,1%	7	6%
Suivi grossesse (SF9)	17,8	0%	-5,5%	0,5	0%	-6,1%	4	10%
Suivi gynécologique (8 coefficients)	82,9	1%	96,9%	1,6	1%	99,7%	72	8%
Accouchements (4 coefficients)	1,8	0%	10,6%	0,6	0%	19,4%		
Autres	237,0	4%	6,5%	4,0	2%	17,5%		
TOTAL Actes en SF	6451,2	100%	7,2%	179,9	100%	7,1%	804	6%

- Une stabilité du nombre de femmes en âge de procréer (15 - 49 ans), une stabilisation du nombre de naissances en 2030 (par rapport à aujourd'hui) projetées par l'INSEE.
- L'activité en ville des sages-femmes en 2014 (Tableau 3) : activité de gynécologie en ville très peu développée permettant une forte marge de progression.
- La répartition actuelle des autres actes entre établissements et ville étant considérée comme maintenue. S'il s'opérait un transfert d'actes des maternités vers la ville (notamment des consultations externes), il s'accompagnerait d'un transfert concomitant d'effectif.
- Le partage de ces actes réalisés en ville entre professionnels co-compétents repose sur la projection d'environ **2 500 gynécologues médicaux ou assimilés en ville**

en 2030. En revanche, faute d'éléments objectifs disponibles, il n'a pas été possible de valoriser précisément la réalisation du suivi gynécologique par les médecins généralistes ni celle des échographies par les radiologues d'ici 2030.

Il résulte de ces estimations que le développement des quatre activités retenues représente un besoin, sans doute surestimé, d'environ 4 200 sages-femmes supplémentaires (Tableau 4). Les statistiques d'activité de la CNAMTS enregistrées dans la base SNIIRAM montrent par ailleurs que les sages-femmes libérales en ville pratiquent peu le temps partiel. Il apparaît donc que le surplus projeté de + 8 500 sages-femmes en ville

(avec maintiendu NC) est très supérieur aux perspectives de développement de certaines activités. **Quant au surplus de + 6 500 sages-femmes en ville d'ici 2030, découlant du scénario de baisse de NC**

préconisé, il laisserait encore un volant d'environ 2 200 sages-femmes à priori "non absorbé" par l'élargissement de leurs compétences³.

Tableau 4 : Estimation du nombre d'actes et des équivalents ETP

	Population prise en charge en 2030	Nombre total d'actes	Equivalent ETP SF
Suivi gynécologique de prévention	50 % des femmes de 15 ans et plus, moins parturientes	14 300 000	2 500 Gynécologues - 2 700 SF
IVG	218 000 en 2014 - 4 CS/écho	872 400	Si 50% par les SF - 230 SF
Echographie	Parturientes 5 séances	4 181 700	Si 30% par les SF - 540 SF
Prado	70 % des parturientes avec 2 séances	11 700 000	700 SF
Total			4 170 SF

Une modulation de la baisse du NC par région

La démographie des sages-femmes présente d'importantes disparités régionales, dues à plusieurs facteurs tels que : la pyramide des âges, le NC, la mobilité des nouvelles diplômées... En outre, les densités également très variables de gynécologues médicaux et obstétriciens ne sont pas corrélées à celles des sages-femmes.

Il apparaît donc nécessaire d'étudier la possibilité de moduler la baisse du NC préconisée au plan national, afin de ne pas amplifier les disparités régionales.

Si le NC ne constitue pas le meilleur outil de régulation géographique, son objet est de réguler quantitativement les flux de nouvelles diplômées par école (soit moins de 5 % de l'effectif actif total), lesquelles sont par ailleurs libres de partir travailler dans une autre région. Le NC peut donc favoriser marginalement une meilleure orientation géographique des nouvelles diplômées, mais ne s'apparente pas à un dispositif du type "zonage",

destiné à agir directement sur l'ensemble des installations d'actives à un niveau très fin de maillage du territoire.

Pour déterminer cette modulation régionale, nous avons appliqué dans un premier temps une baisse uniforme en pourcentage à toutes les régions, égale à la baisse nationale calculée au niveau de 2017 à 2026 (- 23% en cinq ans), puis dans un second temps, modulé ce nombre de places régional, en lui appliquant quatre coefficients, de poids égal, qui réduisent la dispersion des régions selon les indicateurs suivants :

- Densité de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans découlant de la cible nationale en 2026 (soit 196).
- Rapport entre le nombre d'actives et le nombre de sages-femmes formées dans la région.
- Vieillesse de la population couverte (part des femmes de 15 à 49 ans dans la population féminine âgée de plus de 15 ans).

- Densité de gynécologues médicaux et obstétriciens pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Les corrections visant à réduire la dispersion ont un impact d'amplitude très variable selon les régions : par exemple, peu d'impact en Haute Normandie, impact plus significatif en Limousin.

Tableau 5 : Diminution totale du nombre de places de 2017 à 2021 en pourcentage par région

Alsace	27%
Antilles-Guyane	23%
Aquitaine	21%
Auvergne	35%
Basse-Normandie	27%
Bourgogne	28%
Bretagne	21%
Centre	20%
Champagne-Ardenne	28%
Corse	13%
Franche-Comté	25%
Haute-Normandie	22%
Île-de-France	18%
Languedoc-Roussillon	26%
Limousin	34%
Lorraine	33%
Midi-Pyrénées	17%
Nord-Pas-de-Calais	23%
Océan indien	30%
Pays de la Loire	20%
Picardie	21%
Poitou-Charentes	23%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	20%
Rhône-Alpes	22%

En pourcentage de baisse, la modulation opérée produit les résultats suivants : deux régions ont une baisse identique à la baisse moyenne nationale (- 23 %), 11 une baisse inférieure à la moyenne et 11 une baisse plus importante (Tableau 5).

En conclusion

Si l'objectif de voir le concept de "one to one care" s'imposer en France demeure, le principe de réalité s'impose face aux difficultés d'accès à l'emploi de plus en plus fréquentes que rencontrent nos collègues. La réduction actuelle et future des coûts inhérents à la masse salariale imposée aux hôpitaux et nos projections sur l'exercice libéral démontrent une saturation prochaine du terrain même en prenant en compte l'entièreté de leurs compétences. Même si nous continuerons à prôner une prise en charge "une femme, une sage-femme", nous devons assurer à nos futures collègues un exercice décent. La précarité majeure qui guette les futures diplômées ne permettra pas à la profession de défendre ses convictions sur la santé des femmes. Le NC des sages-femmes est revu chaque année, nous réévaluerons l'impact des mesures prises et notre position chaque année.

Marianne Benoit Truong Canh
Isabelle Derrendinger

1 - Le métier de sage-femme est ouvert aux hommes depuis 1982 et les "maïeuticiens" représentent moins de 2,5 % de l'effectif actif. Dans la suite du texte, on utilisera le terme de sage-femme au féminin.
2 - SNIIRAM : système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie.
3 - Si l'âge de départ en retraite n'est pas modifié d'ici 2031, ce volant est alors inférieur, de l'ordre de 1 300.
4 - En moyenne 28 % des nouvelles diplômées ne s'installent pas dans leur région d'études (source RPPS).

Le premier rapport d'activité du Conseil national

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a décidé et entrepris cette année la création d'une nouvelle publication : son rapport annuel d'activité. Ce document a pour but de relater l'ensemble des activités du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes pour l'année écoulée. Actuellement en cours de finalisation, le rapport de l'année 2015 sera bientôt disponible à la consultation sur le site internet du Conseil national.

Déjà doté de plusieurs outils de communication majeurs, notamment un site internet s'adressant aux sages-femmes et aux usagers et un magazine trimestriel dédié à l'ensemble de la profession, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a pris conscience de l'importance d'un outil complémentaire permettant de dresser le bilan de ses actions et de s'adresser à un public plus large. Il a ainsi décidé de travailler sur un rapport annuel d'activité. Cet outil s'adresse bien sûr à la profession, mais également aux différentes instances de santé que le Conseil national est amené à rencontrer ou avec lesquelles il travaille régulièrement. Il pourra enfin servir de "carte de visite" lors des différents rendez-vous politiques

et institutionnels que le Conseil national sollicite régulièrement dans le cadre de ses activités de lobbying. Ainsi, le premier rapport d'activité sera consacré aux travaux de l'année 2015. Le même exercice sera réalisé chaque année, au cours du premier semestre, et publié après la validation des comptes, relatant ainsi l'activité de l'année précédente.

Actuellement en cours de finalisation, le rapport d'activité du Conseil national, premier d'une longue série, présentera succinctement les missions qui sont dévolues au Conseil national par l'ordonnance de 1945, sa gouvernance et son fonctionnement interne. Le rapport retracera également l'actualité de la profession et ses problématiques, les groupes de travail dans lesquels le Conseil national est investi, les dates marquantes et les grands chantiers entrepris lors de l'année écoulée.

Pour des raisons budgétaires et environnementales, le rapport d'activité 2015 sera imprimé en quantité limitée. S'agissant d'un document public, il sera très prochainement hébergé sur le site internet du Conseil national, en lecture et en téléchargement libres.

Notre hommage à Catherine Chassigneux



Madame Catherine Chassigneux nous a quittés le 6 octobre. Elle était membre du Conseil de l'Ordre de l'Isère depuis 2000. Elle a participé à la reconnaissance de la place de la sage-femme dans le champ du diagnostic anténatal et, très tôt, elle a prôné la place active des sages-femmes dans les centres de diagnostic prénatal. Le Conseil national tient à lui rendre hommage et présente à sa famille et aux membres du Conseil départemental de l'Isère ses respectueuses condoléances.

L'Ordre rassemble la profession autour d'une thématique commune : la périnatalité

AFIN D'ÉCHANGER ET RÉFLÉCHIR AUX PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION ET D'AVENIR POUR LA PROFESSION DE SAGE-FEMME, LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE A ORGANISÉ UNE JOURNÉE DE TRAVAIL CONSACRÉE À LA PÉRINATALITÉ LE 27 SEPTEMBRE DERNIER.

Cet événement a rassemblé l'ensemble des instances ordinaires interrégionales et représentatives de la profession autour d'une thématique commune : la périnatalité. La journée de travail a ainsi donné la possibilité à tous d'échanger sur les sujets liés à la périnatalité et de formuler des propositions visant à améliorer l'exercice professionnel des sages-femmes et la prise en charge des femmes et de leurs enfants.

Quatre thématiques pour réfléchir à l'avenir de la profession

Plusieurs thématiques ont été abordées à l'occasion de cette journée d'échanges, dans le prolongement des travaux entrepris par la Commission nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE), mise en place par le ministère des Affaires sociales et de la Santé, et à laquelle plusieurs instances de la profession, dont l'Ordre, participent régulièrement.

- La première thématique consacrée à la poursuite de l'amélioration des pratiques a permis à l'Association nationale des sages-femmes libérales et au Collège national des sages-femmes de présenter leurs propositions sur ce sujet.
- L'association nationale des sages-femmes tabacologues a ensuite dressé un état des lieux du tabagisme en France, et notamment chez la femme enceinte, dans le cadre de la deuxième thématique dédiée à l'amélioration et au renforcement de la prévention.
- Les débats se sont poursuivis avec l'intervention de la Société Française de Maïeutique destinée à proposer des pistes de réflexion visant à améliorer l'articulation du lien ville-hôpital.

- Enfin, la journée de travail a permis à la Conférence nationale des Enseignants en Maïeutique et à l'Association nationale des étudiants sages-femmes de présenter leurs propositions dans le champ de la formation.

Des propositions et un Livre blanc

Les échanges très constructifs ont fait émerger des propositions concrètes et porteuses pour la profession de sage-femme, parmi lesquelles la mise en place d'une consultation, par une sage-femme, dédiée à la santé sexuelle et à la prévention des addictions chez les adolescentes ; l'objectif étant de placer la sage-femme au cœur de l'adolescence pour la prévention en santé.

Dans la perspective de l'élection présidentielle de 2017, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes envisage de rédiger un Livre blanc qui sera adressé et remis en main propre aux principaux candidats. Ce document à visée politique, dont la publication est prévue en décembre 2016, a pour objectif de présenter des propositions concrètes visant à promouvoir le rôle majeur des sages-femmes dans la prise en charge et l'amélioration de la santé des femmes et de leurs enfants. Certaines des propositions issues de la journée du 27 septembre pourront être intégrées au sein du Livre blanc. L'Ordre espère ainsi, par cette action, présenter des propositions fortes visant à renforcer le positionnement des sages-femmes dans le débat public et accroître la visibilité de la profession.

Améliorer les compétences des sages-femmes de Mongolie : rencontre avec une délégation de professionnels de santé

Dans le cadre du programme de solidarité internationale "Améliorer le métier et les compétences des sages-femmes de Mongolie", le Conseil national a rencontré en septembre une délégation de Mongolie composée de 17 professionnels de santé mongols. Cette rencontre avait pour objectif de présenter le fonctionnement de l'Ordre et le métier de sage-femme, tel qu'exercé en France.



Afin de renforcer les systèmes de santé dans les pays en développement, Santé Sud, ONG de solidarité internationale, développe, grâce au soutien de la Fondation Sanofi Espoir, un projet visant à renforcer le métier et les compétences des sages-femmes exerçant en Mongolie, dans la perspective de réduire le taux de mortalité maternelle et infantile. Aussi, un groupe de travail, mandaté par le ministre de la Santé de Mongolie, est chargé d'apporter les améliorations nécessaires au cadre réglementaire du métier de sage-femme, au réfé-

rentiel de métier et de compétences, ainsi qu'au cursus de formation initiale et continue des sages-femmes. Au cours du mois de septembre 2016, les membres de ce groupe de travail, composé notamment de sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, représentants des institutions de santé mongoles, ont participé à une mission d'observation en France. L'objectif était d'y appréhender le cadre réglementaire, le dispositif de formation initiale et continue des sages-femmes, ainsi que leurs modalités d'interaction avec les équipes de soins dans les maternités. Dans cette perspective, les membres du groupe de travail ont été amenés à rencontrer plusieurs institutions de santé, des établissements de santé, ainsi que des instances de la profession de sage-femme, parmi lesquelles le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.

L'Ordre a ainsi eu le plaisir de rencontrer la délégation des professionnels de santé de Mongolie, le 26 septembre dernier, en présence de Catherine Augustoni, sage-femme cadre, qui intervient aux côtés de Santé Sud sur la thématique "Renforcement du métier de sage-femme", et de Sophie Guillaume, Présidente du Collège national des sages-femmes. Les échanges très constructifs ont notamment porté sur le rôle et les missions de l'Ordre, les compétences des sages-femmes, la formation initiale et continue, ainsi que les modalités d'interaction avec les autres professionnels de santé. Cette rencontre avec les acteurs de la profession de sage-femme a permis à la délégation de comprendre le fonctionnement du système français encadrant la profession de sage-femme. Cette mission d'observation a ainsi constitué une occasion unique pour les membres de cette délégation mongole d'enrichir leur réflexion et accompagner une évolution majeure utile à la santé des mères et des enfants de Mongolie.

Place des sages-femmes sur la scène internationale : l'Ordre participera au Congrès de l'ICM en juin 2017

Organisé tous les trois ans par la Confédération internationale des sages-femmes (International Confederation of Midwives - ICM), le 31^{ème} Congrès de l'ICM aura lieu du 18 au 22 juin 2017 à Toronto (Canada).

Cet événement international a vocation à rassembler l'ensemble des instances professionnelles de sages-femmes autour d'une thématique commune : "Les sages-femmes : faire une différence dans le monde". Près de 120 associations de sages-femmes représentant une centaine de pays à travers le monde ont prévu de

participer à ce congrès triennal. Plusieurs thématiques seront abordées, notamment le professionnalisme, le leadership et le rôle des sages-femmes auprès des femmes et des nouveau-nés.

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, qui était intervenu à l'occasion du précédent Congrès de l'ICM en 2013 à Prague, participera au Congrès prévu à Toronto en juin 2017, et souhaite saisir l'opportunité de cet événement pour promouvoir et valoriser les compétences et l'exercice professionnel des sages-femmes françaises sur la scène internationale.

Brexit : où en est-on ?

Plus de quatre mois après le vote des Britanniques en faveur d'une sortie du Royaume-Uni de l'Union européenne (UE), le calendrier des négociations juridiques et institutionnelles autour d'un retrait effectif demeure flou.

A l'occasion du congrès annuel du Parti conservateur qui s'est déroulé à Birmingham le 2 octobre dernier, la Première Ministre britannique, Theresa May, a annoncé que l'article 50 du Traité sur l'UE relatif au retrait d'un Etat membre de l'Union européenne serait notifié d'ici la fin mars 2017. Cette notification signifierait le début des négociations officielles pour la sortie du Royaume-Uni de l'UE. Si une date annonçant le début des négociations a bien été fixée, de nombreuses questions de fond restent en suspens. De plus, l'annonce de la Première Ministre britannique est intervenue au lendemain de la prise de fonction de son principal prochain interlocuteur : Michel Barnier.

En effet, le Président de la Commission européenne, Jean-Claude Juncker, avait nommé,

le 27 juillet dernier, l'ancien vice-président de la Commission européenne et ancien ministre du gouvernement français à la fonction de Négociateur en chef responsable du groupe de travail de la Commission, chargé de la préparation et de la conduite des négociations avec le Royaume-Uni au titre de l'article 50 du Traité sur l'UE. Conformément au principe de "pas de négociation sans notification", la tâche du Négociateur en chef sera de préparer le terrain en interne pour le travail à venir. Une fois que le processus de l'article 50 sera déclenché, il prendra les contacts nécessaires avec les autorités britanniques et tous les autres interlocuteurs de l'Union européenne et des États membres.

Il est donc encore trop tôt, à ce stade, pour déterminer si les négociations relatives à la sortie du Royaume-Uni de l'UE affecteront les règles relatives au marché intérieur, et notamment celles s'appliquant à la libre circulation des sages-femmes dans l'UE. Pour le moment, le cadre législatif et réglementaire européen demeure inchangé.

Marianne Benoit Truong Canh et Jean-Marc Delahaye

Grand Prix Evian 2016

Le Grand Prix Evian récompense chaque année les travaux d'étudiants sages-femmes. L'édition 2016 s'est tenue les 23 et 24 septembre. Le 1er Prix Scientifique a été remporté par Aurore Bosseboeuf pour son mémoire "Quand naître n'est pas encore exister. Ethique et réanimation néonatale des extrêmes prématurés : quelle place pour les parents dans la prise de décision". Le 1er Prix Spécial du Jury a lui été attribué à Maxime Mannella pour son mémoire "Evolution pondérale des femmes dans le post-partum. Etude multicentrique prospective menée dans deux maternités de niveau IIA et IIB". Le Conseil national, présent à ces journées, tient à féliciter chacun des six lauréats pour leur travail.



"Zéro alcool pendant la grossesse" : une campagne contre le Syndrome d'alcoolisation fœtale

Le 9 septembre est la journée mondiale de sensibilisation au syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Cette année, Santé publique France et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) ont lancé une importante campagne d'information et de sensibilisation auprès des professionnels de santé et des femmes enceintes, qui court jusqu'à fin novembre 2016. L'objectif est de rappeler les effets néfastes de la consommation d'alcool pendant la grossesse et la nécessité d'adopter le réflexe "Zéro alcool pendant la grossesse". En France, le risque lié à la consommation d'alcool pendant la grossesse reste très flou dans les esprits et le "zéro alcool pendant la grossesse" n'est pas toujours compris comme une abstinence totale, ni perçu comme une absolue nécessité. De nouveaux documents seront diffusés aux professionnels de santé, notamment aux sages-femmes.

Pour plus de renseignements : www.alcool-info-service.fr



Le 26 septembre, coup d'envoi d'Octobre Rose 2016

Une femme sur 8 risque de développer un cancer du sein. Chaque année, le dépistage précoce permet de sauver des milliers de vie. En octobre 2016, pour la 23ème année consécutive en France, la campagne de lutte contre le cancer du sein, organisée par l'association "Le Cancer du Sein, Parlons-en !" propose de lutter contre le cancer du sein en informant et en dialoguant. Octobre 2016 est l'occasion de révolutionner pour de bon la façon de communiquer sur ce problème de santé important. Dédramatiser le discours pour fédérer les femmes, alerter l'opinion publique tout en gardant un message d'espoir : lutter contre le cancer, c'est avant tout lutter pour que la vie continue, et avec elle, la joie de vivre. Le site internet permettra du 1er octobre au 15 novembre 2016 de poser des questions directement à un médecin cancérologue.

Plus d'informations sur <http://www.cancerdusein.org/octobre-rose/octobre-rose>



Le droit à l'avortement : un droit fondamental des femmes

A l'occasion de la Journée mondiale du droit à l'avortement, le 28 septembre, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a annoncé des opérations de "testing" pour évaluer la réalité de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France et a dressé le bilan du Programme national d'action lancé en janvier 2015.



Dès le mois de décembre 2016, des opérations de "testing" seront réalisées afin d'identifier d'éventuelles difficultés d'accès à l'IVG : délais de recours, niveau d'information délivré aux femmes au moment de la prise de rendez-vous, accueil réservé. Des questionnaires anonymes viendront compléter cette enquête. Ces dispositifs permettront d'évaluer la réalité de l'accès à l'IVG en France et de mesurer l'efficacité des actions engagées dans le cadre du Programme national, parmi lesquelles :

La mise en place d'outils d'information sur l'IVG pour sensibiliser davantage de femmes

- lancé il y a un an, le numéro national d'information (0800 08 11 11) anonyme, gratuit et accessible 6 jours sur 7, rencontre une large audience : plus de 20 000 appels traités depuis son lancement (bien au-delà de l'objectif initial fixé à 24 000 appels sur 3 ans).
- la campagne d'information "IVG, mon corps, mon choix,

mon droit", lancée également en septembre 2015, a été saluée par les Françaises pour son utilité, sa clarté et sa nécessité ; 79 % des Françaises et 84 % des femmes de moins de 25 ans ont particulièrement apprécié la campagne.

- le site ivg.gouv.fr recueille en moyenne 65 000 visiteurs par mois. Il figure désormais en premier résultat sur les principaux moteurs de recherche pour la requête "IVG", grâce à une politique active de référencement visant à faire reculer les sites internet qui véhiculent des informations biaisées sur l'avortement.

Plusieurs mesures prévues par la loi de modernisation de notre système de santé, mises en œuvre en 2016, pour améliorer l'accès à l'IVG

- depuis le 1er avril 2016, les actes nécessaires pour une IVG (consultations, analyses, échographies, etc.) sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, les tarifs des IVG réalisées en établissements de santé ont également été revalorisés ;
- le délai de réflexion (une semaine) a été supprimé ;
- l'offre de proximité a été renforcée : les sages-femmes peuvent réaliser des IVG médicamenteuses ; les IVG instrumentales peuvent être réalisées par les médecins en centre de santé.

Par ailleurs, chaque Agence régionale de santé formalise actuellement un plan régional pour améliorer l'accès à l'IVG dans les territoires. Ces plans seront présentés d'ici la fin de l'année 2016.

Isabelle Derrendinger

L'IVG en France

1975 : loi "Veil" légalisant l'IVG • 2015 : 218 100 IVG réalisées • Nombre relativement stable depuis 2006 • 14,4 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en métropole • 26,5 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans dans les DOM • Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées : 27 IVG pour 1 000 femmes

Source : Annick Vilain (DREES), 2016, "Les interruptions volontaires de grossesse en 2015", Études et Résultats, n°968, Drees, Juin.

Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes interpelle les pouvoirs publics

Le 15 juin 2016, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) a remis à Najat Vallaud-Belkacem, ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, et à Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, son rapport relatif à l'Éducation à la sexualité, intitulé : "Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes".

Depuis les années 2000, des progrès ont été faits auprès des jeunes en matière d'accès à la contraception et d'usage du préservatif lors des premiers rapports. Toutefois, les choses évoluent peu en matière de stéréotypes sexistes, notamment sur les questions liées à la sexualité. En effet, malgré une émancipation sexuelle certaine des femmes depuis la diffusion et le remboursement de la pilule, la sexualité continue d'être un domaine empreint d'inégalités et d'idées reçues sur ce que serait ou ne serait pas une sexualité féminine et une sexualité masculine.

Face à ces constats, le HCE pointe une éducation à la sexualité qui reste parcellaire et inégale selon les territoires. Lorsqu'elle est mise en œuvre, cette information reste encore trop souvent restreinte à des questions d'ordre anatomique et biologique. Dans la mesure où l'adolescence est un moment révélateur des inégalités filles-garçons et des discriminations homophobes, le HCE considère urgent de généraliser l'éducation à la sexualité, partie prenante de la construction des jeunes en tant que citoyen.ne responsable.

Le HCE préconise une prise de conscience de la société et un plan d'actions interministériel en faveur de l'éducation à la sexualité articulé autour de 30 recommandations et quatre grandes priorités :

- Mieux connaître et reconnaître la sexualité des jeunes
- Renforcer de manière ambitieuse la politique interministérielle d'éducation à la sexualité
- Organiser, financer, évaluer et renforcer la visibilité de l'action de l'Éducation nationale en matière d'éducation à la sexualité
- Responsabiliser les autres espaces clés de socialisation des jeunes hors-école pour prendre en compte leur parcours de vie.

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes s'associe aux constats effectués par le HCE et soutient ces propositions destinées à améliorer l'éducation à la sexualité pour tous les jeunes et à mettre en place des actions de promotion de la santé tout au long du parcours scolaire.

A ce titre, le Conseil national soutient depuis plusieurs années la mise en place d'une consultation par une sage-femme auprès de la jeune fille dès 16 ans, et/ou par un médecin pour la jeune fille et le jeune garçon dès 16 ans, axée sur l'éducation et l'information à la contraception, associée à la prévention des IST et des conduites addictives. Véritable objectif de santé publique, cette mesure, qui a reçu un écho extrêmement favorable auprès des parlementaires et des institutions publiques de santé, doit contribuer à renforcer l'éducation et l'information des jeunes sur les pratiques à risques. Elle permettrait ainsi aux sages-femmes d'intervenir dans des actions d'éducation et de prévention auprès des jeunes afin d'améliorer la prévention des IST et la prise en charge de la contraception par des consultations adaptées. Le Conseil national espère que les pouvoirs publics saisiront l'opportunité de l'élection présidentielle de 2017 pour s'emparer de cette proposition.

Entretien avec Danielle BOUSQUET Présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes



Quels sont les objectifs du rapport relatif à l'éducation à la sexualité ?

Chaque nouvelle génération d'adolescent(e)s est confrontée à un apprentissage non évident mais essentiel : la découverte du corps, de la sexualité et du rapport à l'autre. Plus que jamais, les jeunes ont accès à une multitude de ressources en la matière (famille, école, internet) qui peuvent s'avérer contradictoires et insuffisantes, alors même que les enjeux dépassent le simple cadre de la reproduction. L'éducation à la sexualité vise, à partir de la parole des jeunes, à les doter de connaissances, compétences et savoirs-être dont ils et elles ont besoin pour une vie sexuelle et affective épanouie. Nos objectifs sont donc d'une part d'aider à dépasser les tabous, blocages et difficultés qui s'opposent à un enseignement à la sexualité adéquat et au plus près de leurs attentes, et d'autre part à encourager une approche égalitaire face aux enjeux que sont, par exemple, la prévention des grossesses à l'adolescence, les inégalités et violences (et notamment le cyberharcèlement) ou la question du consentement.

Quelles sont les principales recommandations qui émanent de ce rapport ?

Nous souhaitons encourager les pouvoirs publics à adopter de manière urgente un plan national d'action pour l'éducation à la sexualité articulé autour de quatre grandes priorités : mieux connaître et reconnaître

la sexualité des jeunes ; renforcer de manière ambitieuse la politique interministérielle ; organiser, financer, évaluer et renforcer la visibilité de l'action de l'Éducation nationale ; et responsabiliser les espaces-clés de socialisation des jeunes hors-école pour prendre en compte leurs parcours de vie.

En quoi les sages-femmes peuvent-elles jouer un rôle majeur dans l'éducation à la sexualité et à la prévention auprès des jeunes ?

Déjà fortement engagée en CPEF ainsi qu'en PMI, votre profession est au plus près des mineur.e.s pour délivrer des messages de prévention et bienveillance quant au rapport à l'autre et au corps, en veillant à dépasser le cadre strictement médical d'une consultation. L'installation grandissante des sages-femmes, formées en contraception et gynécologie, en milieu libéral favorise par ailleurs un accès de proximité pour les jeunes en quête d'un interlocuteur régulier et de confiance sur ces questions.

Propos recueillis par Jean-Marc Delahaye

Le Haut Conseil à l'Égalité est l'instance nationale consultative indépendante chargée de la protection des droits des femmes et de la promotion de l'égalité des sexes. Créé en 2013, le HCE est composé de 72 membres représentant la diversité des acteurs et actrices des politiques d'égalité femmes-hommes. Il apporte son expertise aux pouvoirs publics et mobilise la société à partir de son travail de concertation, d'évaluation des politiques publiques, de formulation de recommandations, et d'animation du débat public. Danielle Bousquet, ancienne vice-présidente de l'Assemblée nationale et inlassable militante pour les droits des femmes, est à la tête du HCE depuis sa création.

Echographie: une actualisation des recommandations apportée par le nouveau rapport de la CNÉOF

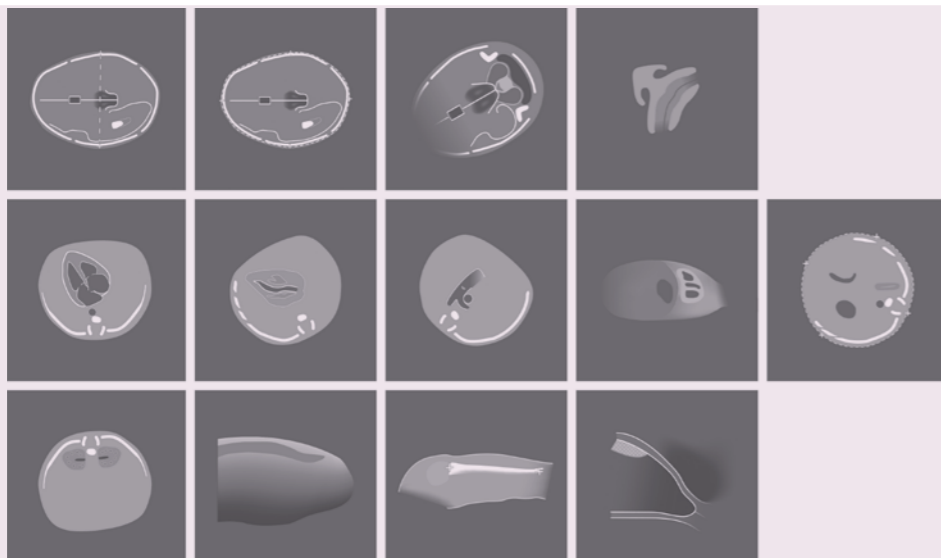


La CNÉOF, Conférence Nationale de l'Échographie Obstétricale et Fœtale, vient de publier son nouveau rapport. Cette mise à jour du document de référence de 2005 en reprend l'essentiel et détaille l'apport positif, depuis 11 ans, de

la pratique de l'échographie anténatale, tant sur le plan médical que juridique. Il est conseillé à tout(e) sage-femme échographiste de prendre connaissance de ce rapport avant de commencer sa pratique.

La CNÉOF a succédé au Comité National Technique de l'Échographie de Dépistage Prénatal (CTE) créé en 2002 à l'initiative de Bernard Kouchner, alors ministre délégué à la Santé, suite à l'affaire dite "Perruche" et dans une réflexion sur le diagnostic prénatal, ses

conditions d'application, ses objectifs, ses limites et sa perception par le public. Les objectifs de cette commission sont de promouvoir une politique d'assurance qualité des examens d'échographie, de favoriser l'accès homogène à une offre de soins de bon niveau à travers le territoire, de constituer les nouveaux référentiels professionnels en matière d'échographie obstétricale et fœtale et de développer une stratégie d'information du public sur l'intérêt et les limites de l'échographie fœtale. Le groupe pluridisciplinaire qui la constitue est d'audience nationale. Ses membres représentent les différentes instances concernées par le diagnostic prénatal. Nous pouvons citer les sociétés savantes de sages-femmes et médecins (CNSF, CNGOF, CFEE, SFR), les instances d'Etat comme la HAS et l'ABM, les Ordres et les usagers...



Silhouettes des images à fournir lors de l'échographie de dépistage du deuxième trimestre. CNÉOF 2016 - Illustration Philippe Viossat

Un document de référence de l'échographiste...

Cette nécessaire réactualisation tient compte de l'évolution des dix années écoulées, sur le plan technique, réglementaire et des recommandations, la dernière version du rapport datant de 2005. Elle s'inscrit dans une démarche de double sécurité : sécurité sanitaire pour les familles et sécurité de la pratique pour les professionnels. Le rapport reprend : la classification des échographies, les référentiels pour chaque examen, la formation des professionnels, la qualité du matériel, la mise en place de stratégies de dépistage, la qualité de l'information et le consentement du patient, les aspects juridiques... Il est conseillé à toute sage-femme échographiste de prendre connaissance du contenu de ce rapport et l'appliquer dans sa pratique.

...et du demandeur de l'examen

Dans ce document, la CNÉOF préconise l'utilisation d'un formulaire type de demande d'examen. Même s'il s'agit d'une demande d'examen et non d'une prescription, la sage-femme doit répondre à une obligation réglementaire de l'Article R.4127-334 du CSP qui dispose : "La sage-femme doit formuler ses prescriptions [...]. Elle doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement".

Certes, le praticien demandeur n'a pas toujours les compétences de l'échographiste mais il doit veiller à la cohérence du contenu du rapport de l'examen échographique et des clichés fournis. La charge de celui-ci est également de demander un examen de contrôle si nécessaire : anomalie avérée ou suspectée, données insuffisantes ou défaut de qualité de l'examen.

Retrouvez le rapport dans la rubrique : "Guides et recommandations" du site www.ordre-sages-femmes.fr

Philippe Viossat, secrétaire général de la CNÉOF
Anne-Marie Curat, trésorière du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes et membre de la CNÉOF

DU ou DIU en échographie gynéco-obstétricale : analyse des textes et recommandations

Des questions ont été posées au sujet des qualifications nécessaires pour la réalisation d'échographies en matière de dépistage et de diagnostic prénatal avec utilisation de marqueurs sériques maternels de la trisomie 21. Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a effectué une analyse juridique approfondie des textes relatifs à cette pratique et souhaite apporter ses recommandations.

L'arrêté modifié du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques de dépistage et de diagnostic prénatal avec l'utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 prévoit que "Les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique et les sages-femmes, ayant débuté l'exercice de l'échographie obstétricale à partir de l'année 1997, doivent être titulaires du diplôme interuniversitaire d'échographie en gynécologie-obstétrique ou de l'attestation en échographie obstétricale pour les sages-femmes."

Au regard de ces dispositions toujours en vigueur, toute sage-femme titulaire du diplôme interuniversitaire (DIU) d'échographie en gynécologie-obstétrique ou de l'attestation de réussite au Diplôme universitaire (DU) d'échographie obstétricale peut, après obtention du numéro d'agrément, participer en toute légalité au dépistage de la trisomie 21 par la mesure de la clarté nucale.

Toutefois, dans le cadre d'une prochaine refonte des textes, les sages-femmes pourraient être amenées à devoir justifier de l'obtention d'un DIU pour réaliser la mesure de la clarté nucale.

A l'avenir, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes recommande aux sages-femmes souhaitant s'orienter vers une formation complémentaire en échographie gynéco-obstétricale et souhaitant pratiquer des échographies de dépistage de la trisomie 21 de s'engager vers une formation interuniversitaire, dispensant un DIU d'échographie en gynécologie-obstétrique.

Enfin, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes souhaite apporter une précision quant à la liste des formations complémentaires disponible sur le site internet de l'Ordre. Cette liste a pour seule finalité de répertorier les titres de formation que le CNOF autorise à mentionner sur un annuaire, les imprimés professionnels et les plaques professionnelles, en application des articles R.4127-339 et R.4127-340 du code de la santé publique.

Dépakine® et dérivés : plus de 14 000 grossesses exposées

Selon un rapport rendu public par le ministère des Affaires sociales et de la Santé le 24 août 2016, 14 322 grossesses auraient été exposées à des spécialités à base d'acide valproïque, comme la Dépakine® et ses dérivés, entre 2007 et 2014.



Même si l'on constate une diminution significative de 42 % du nombre annuel de grossesses exposées sur cette période, le niveau de prescription reste globalement élevé. Ces résultats confirment l'importance de poursuivre le plan d'action et de renforcer les mesures déjà entreprises. Car compte tenu des risques tératogènes et neurodéveloppementaux liés à l'exposition in utero à ces spécialités, la mobilisation de tous les acteurs sanitaires doit se poursuivre.

Vaccination : l'entourage des femmes et des nouveau-nés concerné



La vaccination est un moyen universellement reconnu de prévention contre les maladies infectieuses. Avec l'élargissement des compétences des sages-femmes en matière de prescription et pratique vaccinale (lire page 10), il paraît opportun de faire un point sur les vaccinations à mettre à jour avec les patientes, y compris leur entourage. Pour cela, les professionnels de santé sont invités à se référer aux "Recommandations vaccinales 2016" de Santé publique France. De nouveaux outils sont parus, dont le disque "Calendrier des vaccinations 2016" ainsi qu'une fiche "Repère pour votre pratique : La vaccination contre la coqueluche."

De nouvelles mesures, s'inscrivant dans la continuité des actions menées depuis 2013, ont été annoncées par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, parmi lesquelles : la mise en place d'un protocole national de dépistage et de signalement ; la mise en place d'un dispositif d'indemnisation pour les victimes ; le renforcement de l'information liée à la prise de ces médicaments au cours de la grossesse ; la mise en place d'un registre national des malformations congénitales ; le renforcement des mesures de réduction du risque pour l'acide valproïque (information des professionnels de santé et des patientes, études).

Ces mesures doivent permettre de renforcer la prévention des risques associés à la prise de ces spécialités au cours de la grossesse, mais également d'organiser un diagnostic et une prise en charge adaptés pour les patients.

Par ailleurs, dans le cadre du plan d'action pour la rénovation de la politique vaccinale, l'un des objectifs est de renforcer la confiance des Français dans la vaccination, en répondant de façon transparente à leurs inquiétudes et préoccupations. Une concertation citoyenne a ainsi été ouverte du 15 septembre au 13 octobre. Chacun pouvait exprimer son opinion sur la vaccination. Une synthèse sera prochainement communiquée. Un autre objectif étant d'améliorer l'information sur les vaccins, la première newsletter de la Direction générale de la santé, spécialement adressée aux professionnels de santé, a vu le jour en juillet. Abonnez-vous à cette newsletter sur : inpes.santepubliquefrance.fr > Espace thématique : vaccination rubrique > "Bulletin d'information vaccination".

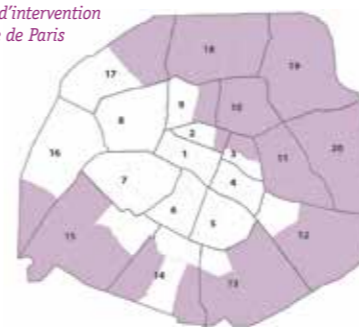
Paris Med' : un dispositif pour faciliter l'installation des libéraux en zones déficitaires

Face à la désertification de certains quartiers en professionnels de santé, la municipalité de Paris a décidé de mettre les moyens. En mars 2015, elle lançait son dispositif "Paris Med'" destiné à favoriser l'installation des professionnels de santé en zones déficitaires par un accès facilité à des locaux aménagés et abordables. Une première équipe, constituée notamment d'une sage-femme, vient d'inaugurer l'ouverture de son centre dans le 20ème arrondissement de la capitale.

Jusqu'à 15 000 € par professionnel pour l'aménagement des locaux

Le dispositif Paris Med', élaboré conjointement avec l'Agence Régionale de Santé, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins et la Région Ile-de-France, peut allouer jusqu'à 15 000 € à chaque professionnel pour l'aménagement des locaux. Il permet un accès facilité à des locaux aux loyers modérés et propose de mettre en relation les professionnels entre eux.

Quartiers d'intervention prioritaire de Paris



Quelques conditions en retour sont demandées aux équipes : compter dans l'équipe au moins 3 professionnels dont un médecin généraliste minimum ; exercer en secteur 1 ou tarif opposable ; s'installer dans un des 39 quartiers d'intervention prioritaire ; et s'engager pour une durée minimum de 3 ans.

Les sages-femmes concernées par le dispositif

Les professions médicales en accès direct (médecin généraliste, pédiatre, sage-femme, ophtalmologiste, gynécologue et psychiatre), mais également les paramédicaux (infirmier-ère, masseur-kinésithérapeute, orthoptiste, orthophoniste, podologue-pédicure) sont concernés par le dispositif.

Le premier cabinet de professionnels de santé inauguré en septembre 2016

La première équipe à bénéficier du dispositif s'est installée rue du Fontarabie (20ème arrondissement) dans le quartier de Charonne, classé comme quartier prioritaire par l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France. Dans l'équipe figurent deux sages-femmes, dont Elodie Weber, se lançant dans l'activité libérale. Les contraintes du dispositif n'ont pas freiné son élan : "Paris Med' est assez peu contraignant pour moi au regard des critères que j'avais décidé pour mon installation, à savoir travailler en collaboration avec d'autres professions de santé au sein de locaux partagés, et m'installer pour une durée prolongée". Ce cabinet de 185 m² regroupe également deux médecins généralistes, deux infirmières et une orthophoniste : "Le local trouvé, adapté à notre pratique, me convenant parfaitement, je n'ai pas hésité longtemps". Le centre, ouvert au cours de l'été, a été inauguré le 26 septembre dernier.

D'autres ouvertures de centres d'ici la fin d'année

Deux autres sages-femmes sont concernées par le dispositif et pourraient ouvrir un centre dans les prochaines semaines : dans les quartiers de Duc (18ème arr.) et de Morand (19ème arr.).

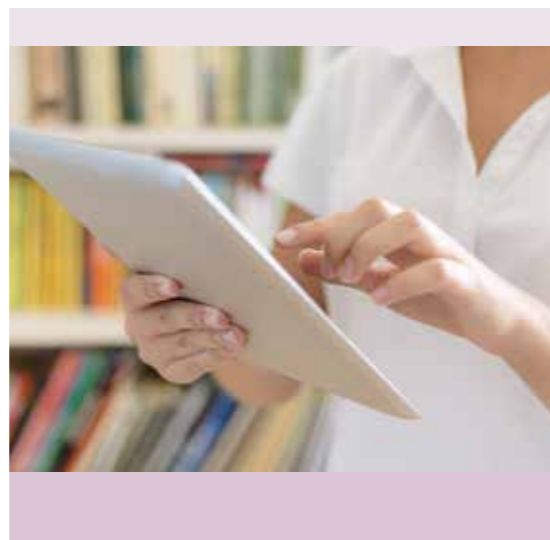
Plus d'informations en écrivant à l'adresse : parismed@paris.fr

E-Santé : présentation de la nouvelle stratégie nationale du Gouvernement

Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a présenté le 4 juillet 2016 la stratégie nationale e-santé 2020. Cette stratégie a pour objectifs d'accompagner les acteurs du système de soins dans le virage numérique et permettre à la France de rester à la pointe en matière d'innovation.

La stratégie nationale e-santé 2020 s'articule autour de quatre grandes priorités :

- La première d'entre elles vise à développer la médecine connectée à travers un plan "big data" en santé, fruit d'une réflexion lancée en septembre 2015. Ce plan doit par exemple permettre la mise au point de nouvelles applications de suivi à distance ou d'interprétation des données médicales afin d'assister les professionnels de santé dans leurs diagnostics.
- La stratégie dévoilée par la ministre doit en outre encourager la co-innovation entre professionnels de santé, citoyens et acteurs économiques par le lancement d'appels à projets dédiés à l'e-santé ou le développement de *living labs* afin d'imaginer, en lien direct avec les utilisateurs, la médecine de demain (outils de télémédecine, applications de suivi des traitements, etc.).
- La troisième priorité est destinée à simplifier les démarches administratives des patients (admission, prise de rendez-vous en ligne, etc.) et outiller la démocratie sanitaire à l'aide d'une plateforme numérique facilitant la consultation et la participation des usagers.
- Enfin, la stratégie nationale e-santé 2020 a vocation à renforcer la sécurité des systèmes d'information en santé grâce à un plan d'action dédié.



La ministre des Affaires sociales et de la Santé mettra en place cet automne un conseil stratégique pour piloter la stratégie e-santé 2020. Il réunira des représentants des professionnels du secteur, des usagers, des industriels et les institutions publiques qui concourent à sa mise en œuvre. Les mesures présentées par la ministre complètent les actions menées par le Gouvernement depuis 2012, telles que le programme hôpital numérique, le plan "Territoires de soins numérique", la relance du dossier médical partagé et les expérimentations de télémédecine.

Convaincu de l'importance du développement de la e-santé en France et en Europe et du rôle majeur que les sages-femmes doivent jouer dans ce cadre, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes est déterminé à participer et contribuer activement à la mise en œuvre et au déploiement de la stratégie nationale e-santé 2020.

La reconnaissance des formations complémentaires

LES SAGES-FEMMES PEUVENT, DANS LE CADRE DE LA FORMATION CONTINUE, SUIVRE UNE FORMATION DIPLÔMANTE. CONFORMÉMENT AUX ARTICLES R.4127-339 ET R.4127-340 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, SEULS LES TITRES, DIPLÔMES ET FONCTIONS FIGURANT SUR UNE LISTE ÉTABLIE PAR LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES PEUVENT ÊTRE MENTIONNÉS PAR LA SAGE-FEMME SUR SES IMPRIMÉS TELS QUE SES FEUILLES D'ORDONNANCE, SA PLAQUE PROFESSIONNELLE ET DANS UN ANNUAIRE PROFESSIONNEL.

Toute sage-femme souhaitant faire état de ses diplômes complémentaires doit faire parvenir au Conseil national une demande de reconnaissance. Si le diplôme détenu figure sur la liste des formations reconnues par le Conseil national, la sage-femme adressera simplement au Conseil national une copie de son diplôme. Si le diplôme détenu ne figure pas sur cette liste et afin que soit envisagée l'intégration de ce diplôme à la liste, la sage-femme devra alors adresser au Conseil national une copie de son diplôme ainsi que le contenu détaillé de la formation suivie.

PROCÉDURE DE DEMANDE DE RECONNAISSANCE

Si vous souhaitez faire mention d'un diplôme complémentaire que vous avez obtenu, vous devez nous adresser une copie de ce diplôme.

Sur cette copie, doit figurer, au recto, la mention manuscrite suivante :

"Je soussignée Mme/M....., né(e) le à
atteste sur l'honneur que cette copie du diplôme est bien conforme à l'original.
Fait à le, signature".

■ Si votre diplôme figure bien dans la liste établie, nous vous envoyons un courrier attestant que vous avez la possibilité de mentionner cette formation complémentaire. Nous en informons également le Conseil départemental auprès duquel vous êtes inscrit(e) de façon à ce que celui-ci puisse, le cas échéant, s'assurer de la régularité des mentions ainsi apposées.

Toutefois, sachez que cette liste n'est pas exhaustive et que le Conseil national peut la compléter afin d'y intégrer votre diplôme.

■ Si votre diplôme ne figure pas dans cette liste, nous vous envoyons un courrier vous en informant et nous vous invitons à nous fournir tout document nous permettant d'être renseigné sur le contenu de la formation suivie (programme détaillé,...).

LISTE DES FORMATIONS RECONNUES PAR LE CONSEIL NATIONAL

Retrouvez la liste des formations et les coordonnées des Universités les dispensant sur le site du Conseil national : onglet Service > Guides et recommandations. Rappelons que seuls les diplômes délivrés par les universités sont actuellement reconnus par le Conseil national.

Agathe Bougault

Rencontre avec Anne Chantry, sage-femme et chercheuse en maïeutique

Depuis 2011, la loi relative à la bioéthique reconnaît la qualification des sages-femmes françaises pour les recherches biomédicales. Discipline peu encore convoitée aujourd'hui par la profession, Anne Chantry, sage-femme et chercheuse en maïeutique, nous présente son parcours et ses activités.



Diplômée en 2006 de l'école de sage-femme du CHRU de Lille, Anne Chantry a poursuivi son cursus avec un Master de Santé Publique puis par un doctorat en Santé Publique / Epidémiologie, tout en assurant les gardes à mi-temps pour ne pas perdre son expertise clinique.

De quelle manière exercez-vous aujourd'hui ?

Depuis l'obtention de ma thèse il y a 3 ans, je partage mon activité entre mes deux métiers : sage-femme enseignante à l'école de Baudelocque à Paris et chercheuse dans l'équipe Epopé¹ de l'unité de recherche Inserm/Paris Descartes U1153. Et depuis près d'un an, je suis qualifiée aux fonctions de maître de conférences (enseignant-chercheur).

Quelles étaient vos motivations à vous orienter vers la recherche ?

Si c'est le soin qui m'a attiré vers la profession de sage-femme, j'ai développé une appétence très forte par

l'idée de prévenir, accompagner et soigner à une échelle plus large que celle du colloque singulier couple/sage-femme. J'ai vite eu l'envie d'évaluer les soins et leur organisation et de contribuer à l'amélioration de la santé des mères et des enfants à l'échelle populationnelle. J'aimerais également que les sages-femmes s'approprient davantage les principes de l'evidence-based medicine ou evidence-based midwifery, c'est-à-dire qu'elles développent une pratique plus souvent basée sur les preuves scientifiques.

Quelles sont vos thématiques de recherche ?

Mes thématiques de recherche portent sur deux thèmes. Le premier est la morbidité maternelle sévère, pour lequel je contribue à certains travaux et en développe d'autres visant à mieux la définir, la mesurer et à en identifier ses déterminants. J'ai beaucoup travaillé sur les femmes admises en réanimation ou soins intensifs pendant la période gravido-puerpérale. Je suis également responsable d'un réseau de recherche européen rassemblant 15 pays qui a pour objectif de mesurer et surveiller la morbidité maternelle sévère en Europe. Mon deuxième thème de recherche traite davantage de maïeutique: l'étude et l'évaluation des pratiques obstétricales autour de la naissance normale. J'ai ainsi travaillé sur les bénéfices et les risques de l'accouchement dans l'eau avec plusieurs étudiantes sages-femmes et sur les postures pendant le travail et leur efficacité pour faire tourner les variétés postérieures. Je développe en ce moment un projet sur les femmes à bas risque obstétrical en fin de grossesse.

Vous venez de publier un article dans une revue internationale. Pouvez-vous nous en parler ?

Après discussions et réflexions avec notamment Flavie Lepleux, sage-femme, et Camille Le Ray, chercheuse et gynécologue-obstétricienne, nous avons décidé de développer une étude pour tenter de prouver l'efficacité

des postures pendant le travail. Nous avons choisi la posture la plus couramment utilisée en France : la posture aménagée sur le côté dite "posture à l'anglaise" ou décubitus latéral asymétrique (DLA). La particularité de ce travail est qu'il s'agit du premier essai contrôlé randomisé pour lequel les sages-femmes sont investigatrices principales. C'est une étude portant sur une pratique de sage-femme, qui a été conçue et portée par des sages-femmes. Malheureusement, notre étude

n'a pas permis de montrer l'efficacité du DLA pour faire tourner les têtes fœtales. Nous avons malgré cela réussi à publier ce travail dans l'*American Journal of Obstetric and Gynecology* en mai dernier (voir le résumé ci-après).

¹ Epopé : Epidémiologie périnatale, obstétricale et pédiatrique

Propos recueillis par Betty Machline

Décubitus Latéral Asymétrique pour faire tourner les variétés postérieures : essai randomisé multicentrique EVADELA

Le Ray C, Lepleux F, De La Calle A, Guerin J, Sellam N, Dreyfus M, Chantry AA. Am J Obstet gynecol. 2016. pii: S0002-9378(16)30247-2. doi: 10.1016/j.ajog.2016.05.033



Objectif : Les postures maternelles durant le travail en cas de variétés postérieures ont pour but de fléchir la tête et ainsi permettre sa rotation. L'objectif de notre étude était d'évaluer si le décubitus latéral asymétrique (DLA) favorise la rotation des variétés postérieures.

Méthodologie : Essai randomisé contrôlé multicentrique incluant 322 femmes, à terme, membranes rompues, entre 2 et 9 cm, ayant un fœtus en variété postérieure confirmée à l'échographie. Les femmes allouées au groupe intervention étaient positionnées en DLA opposé au côté du dos fœtal pendant 1h et encouragées à prendre cette position aussi souvent que possible jusqu'à dilatation complète. Le critère de jugement principal était la variété 1h (H1) après le début de l'intervention. Les critères de jugement secondaires étaient la variété à dilatation complète, le mode d'accouchement, la vitesse de dilatation cervicale, la douleur et la satisfaction maternelle. Les analyses ont été réalisées en intention de traiter.

Résultats : 160 femmes ont été incluses dans le groupe intervention et 162 dans le groupe contrôle. A H1, 65,6% des femmes du groupe DLA avaient un fœtus en variété postérieure versus 67,9% dans le groupe contrôle (p=0,887). Le taux de fœtus en variété postérieure à dilatation complète était de 38,7% pour les femmes du groupe DLA et de 43,2% pour le groupe contrôle (p=0,279). Le taux de césarienne était de 18,1% pour le groupe DLA et 14,2% pour le groupe contrôle (p=0,608). Nous n'avons également pas retrouvé de différence entre les 2 groupes pour la vitesse de dilatation cervicale durant le travail (p=0,149), la douleur (p=0,705) et la satisfaction maternelle (p=0,328).

Conclusion : les résultats ne montrent pas de bénéfice du DLA pour faire tourner les variétés postérieures.

La loi de déontologie des fonctionnaires et le principe du non-cumul d'activités



La loi n° 2016-483 du 20 avril 2016, relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, réaffirme les principes déontologiques que les agents publics sont tenus de respecter : impartialité, intégrité et probité, neutralité, respect du principe de laïcité. A cette occasion, le texte législatif est venu revisiter le principe de non-cumul d'activités des agents de la fonction publique ainsi que ses dérogations.

Les principes inhérents au cumul d'activités de la fonction publique sont désormais prévus par l'article 25 septies de la loi du 13 juillet 1983.

Le principe et ses interdictions :

Le principe exclusif des fonctions assurées par les agents publics est réaffirmé et renforcé. Ainsi, le fonctionnaire doit consacrer l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées. Il ne peut exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit.

Il est ainsi interdit au fonctionnaire de :

- participer aux organes de direction de sociétés ou d'associations à but lucratif ;
- donner des consultations, de procéder à des expertises

ou de plaider en justice dans les litiges intéressant toute personne publique, le cas échéant devant une juridiction étrangère ou internationale, sauf si cette prestation s'exerce au profit d'une personne publique ne relevant pas du secteur concurrentiel ;

- prendre ou détenir, directement ou par personnes interposées, dans une entreprise soumise au contrôle de l'administration à laquelle il appartient ou en relation avec cette dernière, des intérêts de nature à compromettre son indépendance.

De nouvelles interdictions ont été consacrées par le législateur de 2016 :

- Ainsi, **il est interdit à tout fonctionnaire de créer ou de reprendre une entreprise lorsque celle-ci donne lieu à immatriculation au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers ou à affiliation à régime spécifique (travailleur indépendant, professions artisanales ou industrielles et commerciales, auto-entrepreneur), s'il occupe un emploi à temps complet et qu'il exerce ses fonctions à temps plein.**
- En outre, **il est désormais interdit de cumuler un emploi permanent à temps complet avec un ou plusieurs autres emplois permanents à temps complet.**

Un régime transitoire a été adopté :

Les fonctionnaires qui occupent un emploi permanent à temps complet exercé à temps plein et qui ont créé ou repris une entreprise disposent d'un délai de deux ans à compter de la promulgation de la loi de 2016 pour se conformer à cette dernière.

Ce principe ainsi que ces interdictions sont nuancés par des dérogations :

S'avèrent maintenues les dérogations suivantes :

- la possibilité pour un fonctionnaire, par ailleurs dirigeant d'une société ou d'une association à but lucratif et lauréat d'un concours ou recruté en qualité d'agent contractuel de droit public, de continuer à exercer son activité privée pendant une durée d'un an, renouvelable une fois, à compter de son recrutement.

- la possibilité pour un fonctionnaire occupant un emploi à temps non complet ou exerçant des fonctions impliquant un service à temps incomplet pour lesquelles la durée du travail est inférieure ou égale à 70 % de la durée légale ou réglementaire du travail, d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative dans les limites et conditions fixées par décret en Conseil d'Etat (décret du 2 mai 2007).

- la possibilité pour le fonctionnaire de cumuler une activité à titre accessoire. Conformément au décret du 2 mai 2007, il pourra s'agir notamment d'activité exercée sous le statut d'auto-entrepreneur, d'activité agricole, à caractère sportif ou encore d'enseignement.

Par ailleurs, le nouveau texte prévoit désormais que le fonctionnaire qui occupe un emploi à temps complet peut, à sa demande, être autorisé par l'autorité hiérarchique dont il relève, à accomplir un service à temps partiel pour créer ou reprendre une entreprise :

- L'autorisation d'accomplir un service à temps partiel est soumise à la commission de déontologie de l'établissement de santé. Elle ne peut être inférieure au mi-temps et est accordée, sous réserve des nécessités de la continuité et du fonctionnement du service et compte tenu des possibilités d'aménagement de l'organisation du travail, pour une durée maximale de deux ans, renouvelable pour une durée d'un an, à compter de la création ou de la reprise de cette entreprise.

- Une nouvelle autorisation d'accomplir un service à temps partiel pour créer ou reprendre une entreprise ne peut être accordée moins de trois ans après la fin d'un service à temps partiel pour la création ou la reprise d'une entreprise.

Disposition transitoire :

Les fonctionnaires autorisés à accomplir un service à temps partiel pour créer ou reprendre une entreprise à la date d'entrée en vigueur de la loi du 20 avril 2016 continuent à accomplir ce service jusqu'au terme de leur période de temps partiel.

A NOTER

L'ensemble de ces dérogations sont soumises à un régime d'autorisation :

L'agent doit solliciter l'autorisation auprès de son autorité hiérarchique. Au regard de l'avis rendu (dans un délai de deux mois maximum) par la commission de déontologie, la direction de l'établissement se prononce sur la déclaration de cumul d'activités en fonction de la compatibilité de l'activité envisagée et des obligations du service qui s'imposent à l'agent.

Agathe Bougault

REVUE DE PRESSE

Surveillance fœtale pendant le travail

Christophe Vayssière, Olivier Parant - Editions Elsevier Masson



La surveillance du travail est un moment crucial pour la mère et l'enfant, situé au cœur de la pratique quotidienne des obstétriciens et des sages-femmes. Sa prise en charge, toujours particulière et souvent stressante, ne fait cependant pas toujours l'objet d'un consensus général en relevant alors de pratiques individuelles, parfois sources de iatrogénie avec risque d'augmentation de naissances opératoires. Cet ouvrage résolument pratique, rédigé par les meilleurs spécialistes, vous guide dans votre diagnostic, vous offre toutes les clés nécessaires à la définition d'une stratégie lors de la surveillance du travail, et vous aide dans vos prises de décision thérapeutique.

Accoucher - Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle

Yvonne Knibiehler, avec la contribution de Florence Douguet et Alain Vilbrod - Presse de l'EHESP



Au lendemain de la Libération, le vécu et les représentations de l'accouchement se transforment. Progressivement, l'exercice de la profession de sage-femme passe de la plus large autonomie à la dépendance envers la médecine et l'hôpital. À partir d'une centaine de témoignages, Yvonne Knibiehler retrace l'histoire récente des sages-femmes : les progrès techniques et l'engouement pour l'accouchement à l'hôpital dans les années 1960, les changements de relations avec les patientes sous l'influence du féminisme, les revendications autour des statuts... Une histoire de ce métier "féminin" par excellence qui met en lumière la confrontation au pouvoir médical et à la domination masculine et rappelle l'évolution des mentalités et de la place des femmes dans la société. Cette 2ème édition offre aux sages-femmes un nouveau regard sur leur pratique et leurs combats passés, actuels et à venir.

L'enfantement, entre puissance, violence et jouissance

Hélène Goninet - Mama éditions



Que ces trois cents mères aient accouché en institution ou chez elles, leurs réponses démontrent clairement la dimension sexuelle de l'enfantement. Or, on le voit aussi, cette réalité est entourée d'un tabou généralisé (y compris pour celles qui reconnaissent avoir ressenti du plaisir ou des orgasmes au cours de leur accouchement). Autre révélation : le lieu où les femmes enfantent (chez elles ou en institution) influe sur des critères rarement pris en compte, comme leur image d'elle-même, leur relation avec leur conjoint ou le temps nécessaire pour retrouver une sexualité épanouie. Hélène Goninet exerce le métier de sage-femme depuis 25 ans. Après une courte expérience hospitalière, elle s'est installée en libéral, dans une pratique d'accompagnement global. Diplômée en sexologie humaine, elle a ensuite élargi ses activités pour inclure des consultations dans ce domaine naturellement complémentaire.



ORDRE DES SAGES-FEMMES

Conseil National