

« 2020 : 20 PROPOSITIONS POUR LA SANTE DES FEMMES » CONTRIBUTION GENERALE

Séjour de la santé – Juillet 2020

**CONSEIL NATIONAL
DE L'ORDRE DES
SAGES-FEMMES**



ORDRE DES SAGES-FEMMES
Conseil National

Mot de la Présidente

« Notre pays vient de traverser une crise sanitaire sans précédent qui a exacerbé les failles d'un système de santé déjà fragilisé, fonctionnant uniquement grâce au dévouement des professionnels de santé.

Cette crise atteste également, s'il le fallait, que la logique comptable qui s'est imposée dans nos politiques de santé est un échec : la santé n'a pas de prix.

Aujourd'hui, nous devons profiter du Ségur de la santé pour bâtir les fondations d'un nouveau système plus juste, plus équitable, plus efficace et plus humain au service de tous. Nous devons répondre aux besoins et attentes des citoyens, construire un système respectueux des soignants et remettre au centre de nos politiques de santé la santé des femmes et la périnatalité, aujourd'hui marginalisées.

Animé par ces valeurs, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a souhaité construire une contribution répondant à ces enjeux. Au cours des dernières semaines, notre instance a interrogé les sages-femmes à travers 2 consultations, auxquelles la profession a massivement répondu (plus de 10600 pour la première phase et plus de 4000 pour la seconde). Cette immense participation révèle les attentes et les espoirs d'une profession peu visible et valorisée et sa volonté de faire plus et mieux afin de répondre aux besoins et aux désirs des femmes.

Cette démarche a permis de dégager 4 axes et 20 propositions pour changer la donne : renouveler la périnatalité avec un accompagnement à la naissance personnalisé, coordonné et centré sur la femme ; faire de la sage-femme la professionnelle incontournable de la santé génésique ; simplifier l'exercice des sages-femmes pour améliorer la prise en charge des femmes et revaloriser les carrières et les rémunérations des sages-femmes.

Ces propositions permettraient de fonder un modèle renouvelé et répondraient à l'ambition simple qui anime l'Ordre et les sages-femmes : garantir les droits et la santé des femmes de notre pays. »

Anne-Marie Curat, Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

20 propositions pour changer la donne

Proposition n°1 : Répondre aux besoins et aux désirs des femmes pour leur santé génésique et la périnatalité en organisant des états généraux rassemblant l'ensemble des acteurs concernés.

Une nouvelle donne pour la périnatalité : Développer un accompagnement à la naissance personnalisé, coordonné et centré sur la femme

Proposition n°2 : Renforcer les effectifs sages-femmes pour les activités non programmées en gynécologie obstétrique.

Proposition n°3 : Organiser la prise en charge des femmes au travers de l' « engagement maternité » intégré au projet de santé de chaque territoire.

Proposition n°4 : Renforcer le lien ville-hôpital en créant de véritables parcours coordonnés pour les femmes enceintes au sein de chaque territoire.

Proposition n°5 : Développer les alternatives sécurisées aux maternités : généraliser les maisons de naissance.

Proposition n°6 : Moderniser le financement de la périnatalité.

Proposition n°7 : Généraliser l'entretien post-natal précoce pour prévenir la dépression du post-partum.

Faire de la sage-femme la professionnelle incontournable de la santé génésique

Proposition n°8 : Etendre le champ d'action des sages-femmes par l'élargissement de la liste des médicaments pouvant être prescrits.

Proposition n°9 : Développer des schémas de santé génésique dans les territoires.

Proposition n°10 : Création d'une consultation sexuelle longue pour tous les adolescents.

Proposition n°11 : Vers une pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes.

Des attentes fortes en termes de déroulement des carrières et de rémunération

Proposition n°12 : Un statut renouvelé dans la fonction publique : revaloriser les carrières en garantissant le respect du caractère médical de la profession et en renforçant l'évolution professionnelle.

Proposition n°13 : Décloisonner les carrières ville-hôpital en permettant l'accès simplifié et pérenne des sages-femmes hospitalières à l'exercice mixte.

Proposition n°14 : Permettre aux sages-femmes d'enseigner la physiologie, de mener des recherches concernant la maïeutique, d'encadrer les étudiants tout en continuant leur activité clinique.

Proposition n°15 : Orienter davantage le programme de formation initiale en maïeutique sur la physiologie et l'eutocie.

Proposition n°16 : Renforcer la présence des sages-femmes dans les instances de gouvernance et de démocratie sanitaire.

Proposition n°17 : Revaloriser les rémunérations pour l'ensemble des modes d'exercice.

Simplifier l'exercice des sages-femmes pour améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés

Proposition n°18 : Diminuer la charge informatique des professionnels de santé.

Proposition n°19 : Pérenniser le remboursement des actes de télémedecine réalisés par les sages-femmes.

Proposition n°20 : Autoriser la sage-femme à prolonger les arrêts de travail.

Table des matières

I. Sage-femme, une profession médicale au service des besoins des femmes.....	5
A. Une évolution continue de la profession pour répondre aux besoins des femmes	5
B. Une évolution démographique pour répondre à la mutation de l'offre de soins	6
II. Progrès et carences de la santé génésique et de la périnatalité dans un système de santé en crise	8
A. Constat I : le bilan contrasté de la périnatalité en France	8
B. Constat II : La santé génésique entre progrès et lacunes	13
C. Constat III : Accès à l'IVG, entre inégalités et insuffisances	15
D. Constat IV : L'échec de la démocratie sanitaire et de l'exercice coordonné dans les territoires.....	16
E. Constat V : Le mal être des sages-femmes dans un système de santé en crise	17
III. Une nouvelle donne pour la périnatalité : Développer un accompagnement à la naissance personnalisé, coordonné et centré sur la femme	21
A. Renforcer les effectifs sages-femmes pour les activités non programmées en gynécologie obstétrique	22
B. Organiser la prise en charge des femmes au travers de l' « engagement maternité » intégré au projet de santé de chaque territoire.	23
C. Renforcer le lien ville-hôpital en créant de véritables parcours coordonnés pour les femmes enceintes au sein de chaque territoire.	24
D. Développer les alternatives sécurisées aux maternités : généraliser les maisons de naissance	25
E. Moderniser le financement de la périnatalité	26
F. Généraliser l'entretien post-natal précoce pour prévenir la dépression du post-partum	28
IV. Faire de la sage-femme la professionnelle incontournable de la santé génésique	30
A. Etendre le champ d'action des sages-femmes par l'élargissement de la liste des médicaments pouvant être prescrits	30
B. Développer des schémas de santé génésique dans les territoires	31
C. Création d'une consultation sexuelle longue pour tous les adolescents	32
D. Vers une pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes	32
V. Des attentes fortes en termes de déroulement des carrières et de rémunération .	34
A. Un statut renouvelé dans la fonction publique : revaloriser les carrières en garantissant le respect du caractère médical de la profession et en renforçant l'évolution professionnelle.....	34
B. Décloisonner les carrières ville-hôpital en permettant l'accès simplifié et pérenne des sages-femmes hospitalières à l'exercice mixte	35

C. Permettre aux sages-femmes d'enseigner la physiologie, de mener des recherches concernant la maïeutique, d'encadrer les étudiants tout en continuant leur activité clinique.	35
D. Orienter davantage le programme de formation initiale en maïeutique sur la physiologie et l'eutocie.....	35
E. Renforcer la présence des sages-femmes dans les instances de gouvernance et de démocratie sanitaire :.....	36
F. Revaloriser les rémunérations pour l'ensemble des modes d'exercice	36
VI. Bibliographie	38
VII. ANNEXES.....	Erreur ! Signet non défini.

I. Sage-femme, une profession médicale au service des besoins des femmes

Dans un monde où les droits des femmes ne sont jamais acquis, les sages-femmes se mobilisent chaque jour pour la protection de ces dernières. Ce combat historique est toujours d'actualité : les sages-femmes défendent sans répit le droit des femmes de vivre à l'abri du sexisme et des violences, l'accès aux soins et la liberté de disposer de leur corps. Mais aujourd'hui, garantir les droits sexuels et reproductifs est indispensable à l'autonomie des femmes et à leur émancipation, ainsi que l'égalité entre les femmes et les hommes.

A. Une évolution continue de la profession pour répondre aux besoins des femmes

Les sages-femmes accompagnent par essence les femmes dans leur grossesse quelle qu'en soit l'issue. Mais la profession de sage-femme a muté pour suivre les évolutions des besoins et des désirs des femmes.

Les sages-femmes accompagnent les femmes et les parents dans la périnatalité et la parentalité. Spécialistes de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, elles assurent un suivi obstétrical sécurisé des grossesses physiologiques tout en tenant compte de la dimension affective et sociale de la naissance qui ne peut être réduit qu'à un acte médical. La prévention, la sensibilisation et l'éducation sont au cœur de leur travail.

Pour répondre aux besoins dans le domaine de la prévention et plus particulièrement dans le domaine de la santé génésique des femmes, les sages-femmes se sont adaptées. Elles assurent le suivi gynécologique des femmes en bonne santé et prescrivent la contraception depuis la loi HPST de 2009. La loi du 26 janvier 2016 leur a permis de prescrire et de pratiquer la vaccination auprès de l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale. C'est désormais un acteur incontournable de la politique de santé publique et de promotion de la santé.

Enfin, si elles sont les professionnelles du suivi physiologique de la femme, elles peuvent également prescrire et pratiquer l'IVG médicamenteuse depuis la loi de santé de janvier 2016, œuvrant au quotidien pour garantir l'accès à ce droit. Les sages-femmes ont les compétences médicales pour accompagner les femmes dans leur grossesse quelle qu'en soit l'issue.

En accompagnement des femmes et des couples à la parentalité, les sages-femmes sont les professionnels de santé qui aident à construire un environnement propice au développement du nourrisson dès le début de la grossesse. Elles aident les parents à définir un projet de naissance qui réponde à leurs attentes, première pierre à cet environnement.

A travers leur rôle en protection maternelle et infantile (PMI) et à travers le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) maternité, les sages-femmes sont les professionnels de santé qui peuvent entrer au domicile des femmes et des couples pour les accompagner. Elles peuvent plus facilement repérer les risques psycho-sociaux, instaurer un suivi adapté pour les femmes victimes de violences et/ou en situation de précarité, favoriser les projets de naissance pour mieux répondre aux attentes des femmes et des couples. Elles jouent également un rôle majeur pour détecter la dépression du post-partum et s'inscrit dans la stratégie des 1000 premiers jours de la vie.

B. Une évolution démographique pour répondre à la mutation de l'offre de soins

La démographie des sages-femmes a suivi le développement de leurs compétences. Les sages-femmes sont devenues une véritable porte d'entrée des femmes dans le système de soins liés à la maternité et à la santé génésique.

Le nombre de sages-femmes est en hausse constante et parallèlement, cette démographie a également suivi le virage ambulatoire du système de santé. Les sages-femmes permettent d'assurer l'offre de soins aux femmes et de faire face à la pénurie de gynécologues dans les territoires.

Le nombre de sages-femmes est ainsi en augmentation constante depuis 50 ans, passant de 8 000 en 1974 à 22 800 en 2018.

Le nombre de sages-femmes salariées en maternité publique ou privée a augmenté ces 40 dernières années, principalement du fait de la baisse du temps de travail à l'hôpital et de l'évolution de leurs compétences. En 2018, 15 745 sages-femmes exercent en structure hospitalière, soit 69% du total. Leur nombre a été multiplié par 2,7 depuis 1974, date à laquelle 5 800 sages-femmes étaient dénombrées. Pour tous les professionnels de l'hôpital dont les sages-femmes, l'instauration des 35 heures à l'hôpital a nécessité de nombreux recrutements. Dans le même temps, le nombre de maternités a beaucoup diminué, passant de 1 369 en 1975 à 517 en 2016. Les établissements les moins techniques ont fermé au profit des unités plus médicalisées laissant moins de place et de temps à l'accompagnement.

Le secteur libéral connaît un dynamisme prononcé, suivant en cela le virage ambulatoire. Entre 2000 et 2010, le nombre de sages-femmes libérales a cru de 6,7% par an en moyenne. En 2011, 3 412 sages-femmes exerçaient en libéral ou en exercice mixte. En 2018, elles sont plus du double : 7 065. Cette progression n'est pas seulement absolue, elle est aussi relative : en 2018, 31% des sages-femmes exercent en libéral de manière exclusive ou mixte, contre 18% en 2011.

Le virage ambulatoire est une opportunité de santé publique car il permet de garantir une offre de soins dense aux femmes alors que la gynécologie médicale est en situation de pénurie. Entre 1987 et 2003, cette spécialité a été supprimée du concours de l'internat. La filière ne compte plus que 1 717 praticiens libéraux pour 28 millions de femmes en âge de consulter, soit une densité de 1 pour 16 300. A l'inverse, la densité de sages-femmes libérales est de 1 pour 5 913 femmes. La proportion des grossesses suivies par une sage-femme libérale est en forte augmentation : 25% en 2016 contre 16% en 2010.

Ces phénomènes constituent une opportunité pour les pouvoirs publics puisqu'ils permettent de générer des économies. Les consultations des sages-femmes libérales sont remboursées par l'Assurance maladie à hauteur de 25 €, contre 30 € pour une consultation gynécologique auprès d'un praticien conventionné. L'accès aux soins est facilité pour les femmes puisque les sages-femmes libérales ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires.

Ensemble des modes d'exercice	Libérales exclusives	Mixtes	Salariées hospitalières	Autres salariées
22 812	4 735	2 330	14 293	1 454

Figure n°1 : tableau démographique des sages-femmes en 2018

Source : DREES

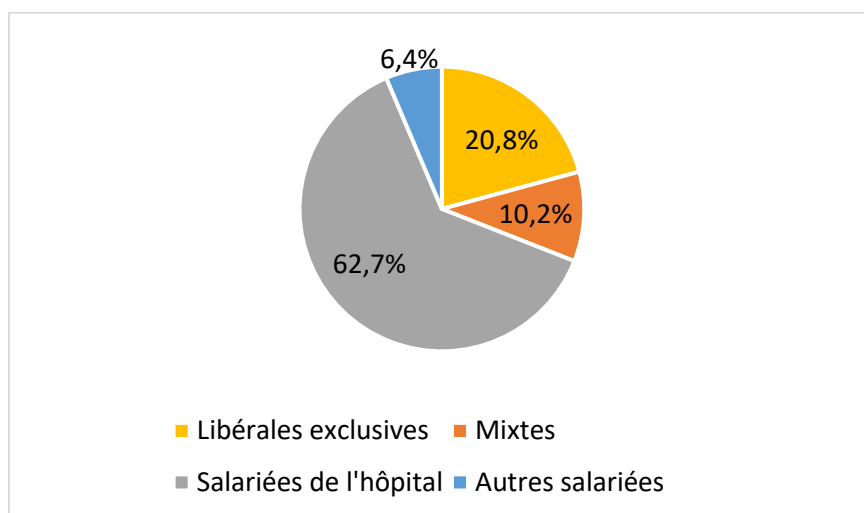


Figure n°2 : répartition des sages-femmes par secteur d'activité

Source : DREES

II. Progrès et carences de la santé génésique et de la périnatalité dans un système de santé en crise

A. Constat I : le bilan contrasté de la périnatalité en France

Depuis le début du XXème siècle, la grossesse et l'accouchement ont été marqués par un profond mouvement de médicalisation caractérisé par des avancées technologiques majeures dans le champ de l'obstétrique avec l'émergence de nouveaux outils de suivi de la grossesse, du travail et de l'accouchement.

Dès les années 50, ce mouvement de fond va conduire au virage hospitalier et à la disparition progressive des accouchements à domicile : la quasi-totalité des femmes enceintes sont désormais des usagères du système hospitalier.

Les années 70 vont voir l'émergence du premier plan de périnatalité afin d'organiser les soins en périnatalité avec pour objectif d'augmenter la sécurité de la mère et du nouveau-né et de permettre à chacun de recevoir des soins appropriés à son niveau de risque.

Ce plan de périnatalité s'est construit sur deux fondements : le rapport Bloch-Lainé et la rationalisation des choix budgétaires. En 1967, dans un rapport fondateur et novateur à Georges Pompidou sur le handicap, François Bloch-Lainé prône l'égalisation des chances en mettant l'accent sur la prévention. Il insiste alors sur les handicaps liés à la grossesse, à la naissance et à la période néonatale. En 1968, le ministre de l'économie et des finances Michel Debré souhaite mettre en place la rationalisation des choix budgétaires (RCB) développée aux Etats-Unis par Robert MacNamara. Piloté par la division prévision du ministère des finances, la RCB va être expérimentée dans le domaine de la sécurité à la naissance avec un plan de 5 ans lancé en 1970 qui a pour principal objectif, au-delà de la baisse de la mortalité périnatale, la diminution des handicaps.

Plusieurs plans vont ainsi se succéder et des normes réglementaires vont venir définir le cadre organisationnel des maternités en termes de personnel, d'équipements mais aussi de nombre d'accouchements. L'organisation actuelle est issue des décrets de périnatalité de 1998.

Les maternités sont classées en trois catégories et deux sous-catégories (I, IIA, IIB, III) essentiellement en fonction des possibilités de prise en charge des nouveau-nés. Les établissements de type I reçoivent les femmes enceintes dont la grossesse et l'accouchement sont a priori sans risque. Les maternités de type II disposent d'un service de néonatalogie ou de soins intensifs néonataux sur place ou à proximité. Enfin les maternités de type III dispose d'un service de réanimation néonatale. L'ensemble des maternités appartiennent à des réseaux périnataux qui comprennent a minima un établissement de type III. Ce réseau prévoit et organise notamment les transferts entre les établissements afin que partout en France femmes et nouveau-nés puissent bénéficier des soins spécialisés nécessaires.

Cette organisation prévue par les décrets ministériels, les contraintes économiques et de personnel ainsi que les recommandations de la Cour des Comptes en 2012 de fermer les maternités de moins de 300 accouchements ont conduit à la fermeture de nombreuses maternités.

Depuis les années 70, le nombre des maternités a été divisé par trois de façon continue alors que le nombre de naissances variait peu. Ainsi, il y avait 814 maternités en 1996, 593 en 2005 et 512 en 2016.

Cette mutation a principalement touché les plus petites maternités et le secteur privé notamment par le jeu des regroupements. Le résultat est une concentration dans les grandes maternités : en 2010, 18,7 % des accouchements ont eu lieu dans des maternités réalisant plus de 3000 accouchements alors qu'en 2016 ce pourcentage est de 29. Il existe un lien évident entre la taille de la maternité et le type de maternité : 81 % des maternités réalisant 3

500 accouchements ou plus sont de type III (toutes publiques). En revanche, toutes les maternités réalisant moins de 500 accouchements/an sont de type I et 80 % sont publiques.

Dans le même temps, fortement encouragé par la caisse nationale d'assurance maladie afin de réduire les coûts, le nombre de lits d'obstétrique a été fortement réduit. **La durée moyenne du séjour est passée de 8 jours il y a 40 ans à 4 jours aujourd'hui.**

Une surmédicalisation délétère

Si les résultats montrent que la mortalité périnatale et la mortalité néonatale ont bien diminué, ils restent à un niveau moyen par rapport aux autres pays européens.

Dans le dernier rapport d'EUROPERISTAT (2018), **la France occupait uniquement le 17e rang** : la mortalité autour de la naissance est certes basse en France comme dans les autres pays européens mais la mortinatalité (enfants mort-nés) atteint un niveau plutôt élevé en France (3 décès pour 1000 naissances, après exclusion des interruptions médicales de grossesse, 21ème rang), ainsi que la mortalité néonatale (décès dans le 1er mois) qui représente 2,4 pour 1000 naissances vivantes (23ème rang). Depuis 2005, la France a tendance à conserver un taux de mortalité néonatale constant alors que les autres pays voient leur taux baisser. La France était en 17ème sur 28 en 2010 ; aujourd'hui elle est uniquement 23^{ème}.

Si les objectifs des années 2000 pour la réduction de la mortalité maternelle visaient un taux inférieur à 5 pour 100 000 naissances, aujourd'hui les indicateurs de santé périnatale sont stables ou en détérioration.

Évolution des indicateurs de la morbidité périnatale en France métropolitaine entre l'année 1995 et l'année 2016 (pourcentage du nombre de naissances vivantes) :

Indicateurs de santé périnatale	1995	2003	2010	2016
Mortalité maternelle/ 100 000 naissances	10,2	7,5	10,2	10,3
Mortalité néonatale/ 1000 naissances	5,4	2,6	3,6	3,2
Transfert périnatal du nouveau-né	8,7%	7,9%	8,5%	9,9%
Prématurité	5,9%	7,2%	6,5%	7,5%
Transfert par manque de place	0,5%	0,7%	15%	8%

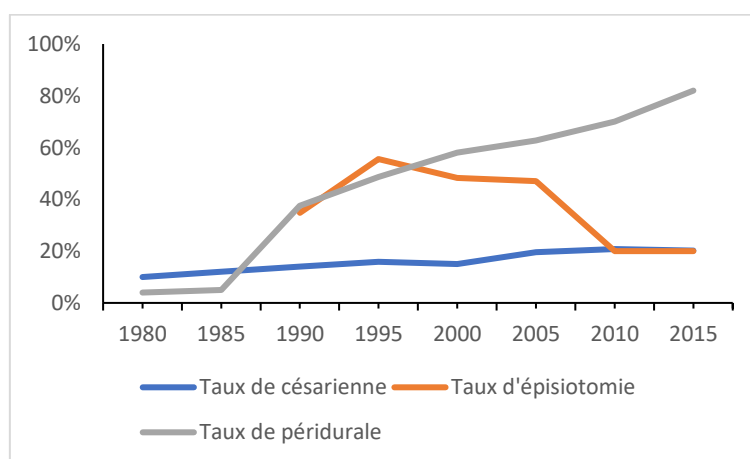
Le taux de transfert par manque de place est aujourd'hui trop important. Les conséquences sont problématiques sur le plan de la sécurité, de la qualité des soins et de la relation de confiance avec les couples. Les transferts pour des raisons non médicales (en réalité liées à un taux d'occupation des lits trop important) en début de travail vers une autre maternité parfois très éloignée de celle choisie par le couple, génère une surcharge de travail pour les équipes mais surtout un risque médical accru et une incompréhension voire une insatisfaction des couples.

Plus globalement, un taux d'occupation important des salles de naissances entraîne des difficultés de gestion du post-partum. Cette situation implique une situation à haut-risque : nécessité d'annuler ou de reporter les déclenchements ou les césariennes programmées, nécessité de refuser d'accueillir des transferts in utero et l'impossibilité de prendre en charge une femme ayant un travail avancé et ne pouvant être transférée.

Le lien mère-enfant essentiel à cette période de la vie est mis à mal et cet éloignement a un impact affectif et financier pour les couples.

La surmédicalisation est également un trait caractéristique du modèle français et de l'évolution de l'obstétrique. Toutefois, ce constat doit être tempéré : les pratiques des professionnels évoluent depuis 10 ans. La multiplication des actes chirurgicaux et médicaux effectués par les obstétriciens ou les anesthésistes au cours de l'accouchement a modifié la prise en charge des femmes et le rôle des sages-femmes en salle de travail. La vision globale ou holistique a été négligée. Le rôle d'accompagnement et de soutien des parturientes a été bouleversé par plusieurs mutations :

- **La généralisation de la péridurale.** L'injection de produits anesthésique dans la colonne vertébrale pour diminuer les douleurs lors de l'accouchement est une technique inventée dans les années 1940. La généralisation de cette intervention n'a eu lieu qu'au cours des années 1980 : en 1981, la péridurale ne concernait que 4% des accouchements. En 2010, 84% des femmes en bénéficiaient¹, dont 54% avec le contrôle de l'administration de l'analgésique (PECA)².
- **La hausse du taux de césarienne.** L'extraction chirurgicale des nouveau-nés est en croissance : elle représentait 10% des accouchements en 1980, puis 16% en 1995³ et plus de 20% en 2016⁴. Cette croissance n'est pas nécessairement liée à de réels besoins cliniques : selon une étude menée sur la France, 28% des césariennes pratiquées seraient évitables⁵.
- **Le taux élevé d'épisiotomie.** Les incisions du périnée lors de l'accouchement sont censées prévenir des troubles plus importants comme une descente d'organes. En 2016, 20% des primipares ont subi une épisiotomie⁶ et 10% pour le deuxième accouchement ou les suivants. La pratique de cet acte traduit une divergence d'appréciation entre les médecins et les sages-femmes : les premiers la pratiquent plus volontiers pour abréger la durée du travail tandis que les secondes sont plus soucieuses de respecter la physiologie privilégiant l'épisiotomie seulement en cas de nécessité.



Evolution des taux de césarienne, d'épisiotomie et de péridurale

¹ Céline Puill, *Les sages-femmes face à la médicalisation de la naissance et de leur formation*, CHU de Rouen, 2011 ([lien](#)).

² René-Charles Rudigoz, Jacques Milliez, Yves Ville, Gilles Crépin, « De la beintraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°7, 18 septembre 2018, pp. 1323-1340 ([lien](#)).

³ Enquête de périnatalité de 1995.

⁴ Enquête de périnatalité de 2016 ([lien](#)).

⁵ Bénédicte Coulm, Béatrice Blondel, Sophie Alexander, Michel Boulvain, Camille Le Ray, « Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database », *ACTA Obstetrica et Gynecologica*, n°93, 2014, p. 908 ([lien](#)).

⁶ Enquête de périnatalité de 2016, p. 14 ([lien](#)).

Pourtant, plusieurs études internationales (dont une publiée dans la revue de la Cochrane Database en 2013 Gold Standard des études scientifiques médicales⁷) démontrent que « quand les sages-femmes ont été les principaux fournisseurs de soins tout au long (de la grossesse), les femmes étaient moins susceptibles d'accoucher avant 37 semaines ou de perdre leur enfant avant 24 semaines. Les femmes étaient plus susceptibles d'accoucher sans analgésie péridurale, avec moins de naissances assistées par forceps ou ventouse et moins d'épisiotomies ».

Un accompagnement insuffisant et des parcours chaotiques

Dans le modèle périnatal français hospitalo-centré et marqué par des effectifs insuffisants, l'accompagnement des femmes et des parents est aujourd'hui limité et trop souvent calqué sur le modèle de la prise en charge de la pathologie.

En raison des effectifs insuffisants, les soignants et notamment les sages-femmes lors de la réalisation d'activités multiples ne peuvent garantir l'absence de rupture dans la prise en charge des patientes (absence de surveillance de la femme après l'accouchement, absence de surveillance d'un rythme cardiaque fœtal, absence de surveillance d'un nouveau-né). La qualité de la prise en charge est de ce fait négligée.

Du fait des multiples voies qu'il peut prendre, le parcours de santé des femmes nécessite tout particulièrement une bonne articulation entre le suivi médical en ville, le séjour en établissement de santé lorsqu'il est nécessaire, et le retour à domicile selon une approche holistique en accord avec l'attente des usagers.

La coordination ville-maternité malgré la mise en place du PRADO Maternité est aujourd'hui évaluée négativement par les professionnels et les usagers. Cette insuffisance caractérisée par une fragmentation de la prise en charge se fait au détriment des femmes et des nouveau-nés.

La crise sanitaire récente a mis en évidence les ruptures dans les parcours qui ont conduit à des défauts de prise en charge à la sortie des maternités. Trop souvent, les parents sont isolés et sans parcours déterminé à la sortie de la maternité. Cet élément constitue une perte de chance pour la mère et l'enfant. Il favorise l'absence de suivi et l'émergence des dépressions du post-partum.

L'absence de parcours coordonnés de périnatalité est une ornière du système de santé dans un secteur en pleine mutation avec de nombreuses fermetures de maternités et dont le virage ambulatoire est de plus en plus marqué.

La dimension psycho-sociale de la prise en charge (repérage des vulnérabilités, des violences mais aussi la prévention...) est également trop souvent réduite. En effet, le suivi de la femme enceinte est morcelé et se caractérise par une multiplicité d'intervenants. Ainsi, l'accompagnement est trop souvent peu personnalisé, ne permettant pas assez la création d'un lien de confiance nécessaire pour aborder les questions, les doutes et les angoisses des parents.

Si les progrès de l'obstétrique ont permis de réduire très largement la morbidité et la mortalité maternelle comme infantile, les pratiques accordent une place moindre à la dimension psychique. **Pourtant la dépression du post partum touche aujourd'hui 10 à 20% des femmes après l'accouchement.** Les études indiquent fréquemment des effets négatifs de cette dépression sur la relation mère-enfant et sur le développement de l'enfant.

⁷ J. Sandall, H. Soltani, S. Gates, A. Shennan, D. Devane, Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK, 2013.

De nombreux travaux ont montré **une corrélation entre la prévalence de la dépression du post-partum et les modalités de la naissance**⁸. Au-delà de l'aspect traumatique physique et de l'accouchement (douleurs, césarienne, urgence vitale, naissance prématurée) qui est véritable facteur de risque⁹, **la façon dont est vécue et expliquée la naissance joue un rôle déterminant dans la survenue de la dépression du post-partum**. Les résultats de ces études montrent que les femmes en dépression avaient une analyse négative de leur accouchement avec un fort sentiment de culpabilité et de déception de ne pas avoir su gérer cet événement et la douleur¹⁰.

D'autre part, **l'accompagnement post-natal est déterminant puisque les risques de survenue d'une dépression du post-partum semblent particulièrement réduits lorsqu'il y a un accompagnement psychique et affectif**.¹¹

L'accompagnement avant, pendant et après la naissance est donc déterminant puisque la préparation et le sens que l'on va donner à cette expérience vont être déterminants dans le risque de survenue d'une véritable dépression postnatale.

Une moindre prise en compte du choix des femmes

Malgré les recommandations de la Haute Autorité de Santé, la dernière enquête périnatale nationale conduite en 2016 a également montré que 71.5% des femmes n'avaient pas d'entretien prénatal précoce et que 30 % des primipares ne suivaient pas de séances de préparation à la naissance et à la parentalité. 8,5% des femmes interrogées ne bénéficiaient pas non plus, du nombre de consultations recommandées et près de 8% déclaraient leur grossesse après le premier trimestre. 4,4% des femmes n'avaient pas réalisé de suivi pour des raisons financières.

Si les avancées technologiques ont largement contribué à la réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale et si la concentration des maternités ne semble pas avoir de conséquences sur l'accès aux soins, de nombreux signes d'insatisfaction des usagers sont au contraire apparus. De nombreuses femmes et de nombreux parents ont dénoncé une protocolisation de la prise en charge avec peu de place pour les choix personnels.

Ainsi, dès les années 70, des praticiens ont alerté sur les effets négatifs de cette nouvelle organisation qui a conduit à des prises en charge jugées trop techniques, trop standardisées et déshumanisantes.

Puis à la fin des années 90, les premières associations de patientes et de professionnels ayant pour but de défendre une naissance plus respectueuse et plus physiologique sont apparues. Dans un même temps, les professionnels de la périnatalité ont pris conscience à travers la publication de résultats d'études scientifiques européennes et internationales, de la position relativement médiocre de notre pays en termes de santé périnatale. La France se distinguait par des interventions très fréquentes au cours du travail et de l'accouchement (épisiotomie, oxytocine) sans amélioration de la santé.

Enfin, de nombreux mouvements des usagers ces dernières années ont mis en évidence de nombreux problèmes. Apparu sur Twitter le 19 novembre 2014, le hashtag #PayeTonUtérus a fait émerger plus encore le problème des violences gynécologiques et obstétricales. 7000 témoignages de femmes en 24h ont dénoncé par exemple des propos porteurs d'injonction sur leur physique ou leur volonté ou non d'avoir un enfant, des examens vaginaux brutaux ou pratiqués sans leur consentement, jusqu'à des violences sexuelles

⁸ Rubrique « Neuf mois et moi », Spirale, n° 45, 2008, p. 199-201.

⁹ N. Séjourné et coll., « Study of the relations between the pain of childbirth and postpartum, and depressive and traumatic symptoms », Gynecol Obstet Fertil Senol., 46(9), 2018, p. 658-663.

¹⁰ M. Boudou et coll., « Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues », Encephale, 33(5), 2007, p. 805-10.

¹¹ Y. Takahashi, K. Tamakoshi, « Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants », Nagoya J Med Sci., 76(1-2), 2014, p. 129-138.

Le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes identifie 6 types d'actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, dont certains relèvent des violences : Non prise en compte de la gêne de la patiente (liée au caractère intime de la consultation) ; Propos porteurs de jugements sur la sexualité, la tenue, le poids, la volonté ou non d'avoir un enfant, qui renvoient à des injonctions sexistes ; Injures sexistes ; Actes (intervention médicale, prescription, etc.) exercés sans recueillir le consentement ou sans respecter le choix ou la parole de la patiente ; Actes ou refus d'acte non justifiés médicalement ; Violences sexuelles : harcèlement sexuel, agression sexuelle et viol.

Les actes sexistes sont courants dans le suivi gynécologique et obstétrical des femmes :

- 1 accouchement sur 5 donne lieu à une épisiotomie et 1 femme sur 2 sur laquelle une épisiotomie a été réalisée déplore un manque ou l'absence totale d'explication sur le motif de l'épisiotomie ;
- Les taux d'épisiotomie — toutes grossesses confondues — sont très variables d'une maternité à l'autre, de 0,3 % (dans une maternité de type 3 - accueillant les grossesses pathologiques et à grands risques) à 45 % (dans une maternité de type 1 - accueillant des grossesses normales ou à bas risque), selon la cartographie 2018 Le Monde/ Fédération française des réseaux de santé en périnatalité ;
- 6% des femmes se déclarent « pas du tout » ou « plutôt pas » satisfaites du suivi de leur grossesse ou de leur accouchement, cela représente par exemple 50 000 femmes pour l'année 2016

À travers le hashtag #MonPostPartum lancé en février 2020, les femmes ont témoigné de toutes les difficultés vécues lors de la période post-accouchement et dont on ne parle encore que trop peu. Celles-ci demandent par ailleurs à être davantage informées sur ce qui peut arriver, pendant l'accouchement comme pendant les jours et semaines qui le suivent. Elles désirent être mieux préparées et mieux accompagnées.

B. Constat II : La santé génésique entre progrès et lacunes

En France, la contraception est intégrée aux pratiques avec plus de 80% des femmes qui utilisent un moyen de contraception. D'autre part, plus de 80% des jeunes de moins de 25 ans utilisent des préservatifs pendant leurs premiers rapports¹².

La notion de santé sexuelle et reproductive a été introduite uniquement en 2016 dans la législation française. Elle était auparavant morcelée.

En 2017, une stratégie nationale de santé sexuelle pour la période 2016-2030, autour des 5 axes suivants a été adoptée : "investir dans la promotion en santé sexuelle, en particulier en direction des jeunes, dans une approche globale et positive", "améliorer le parcours de santé en matière d'IST dont le VIH et les hépatites virales: prévention, dépistage, prise en charge", "améliorer la santé reproductive", "répondre aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables", "promouvoir la recherche, les connaissances et l'innovation en santé sexuelle". Cette démarche vise à améliorer la santé sexuelle et reproductive en prenant en compte les relations inégalitaires entre les sexes et les impacts des différentes sexualités sur l'accès à la santé.

Cependant, la contraception d'urgence reste mal connue. Le nombre d'avortement depuis la légalisation est resté stable autour des 215 000 par an. Si la couverture contraceptive s'est améliorée, aujourd'hui 6 grossesses sur 10 non voulues se terminent par un avortement.

Par ailleurs, la situation chez les jeunes reste préoccupante. L'éducation à la sexualité est aujourd'hui défailante. 25 % des écoles n'ont aucune action d'éducation malgré l'obligation

¹² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 ; Etudes Résultats ; Juin 2016

légale¹³. Les IST sont en augmentation de 10% depuis 2012¹⁴ et 6000 personnes ont été diagnostiquées séropositives. Enfin, la couverture vaccinale VHB contre l'hépatite B est insuffisante (43% des adolescents de 15 ans) tout comme celle du HPV contre le papillomavirus (28,3% des jeunes filles de 16 ans).¹⁵

Les jeunes filles majeures, notamment les 18-25 ans souvent concernées par la précarité, ne bénéficient pas de dispositif facilitant la prise en charge financière de leur contraception et de leur suivi gynécologique. Les conséquences sont directes sur l'accès à la contraception des étudiants et étudiantes. Ainsi, en 2019, ils et elles étaient deux sur cinq à déclarer renoncer aux soins faute de moyens. (Etude de juillet 2019 de la LMDE selon laquelle le renoncement aux soins est passé de 35% en 2014 à 42% en 2019). Seulement 52% des étudiantes déclarent avoir consulté un ou une gynécologue dans l'année et 12% des femmes n'ont aucun suivi gynécologique entre 20 et 23 ans.

A ces évolutions s'ajoute la difficulté du déclin de la démographie médicale, auxquelles les femmes sont particulièrement exposées. Une enquête du Monde de 2017¹⁶ a souligné qu'entre 2007 et 2017, le nombre de gynécologues « a chuté de 41,6 % à 1 136 et il pourrait tomber à 531 en 2025 ». Une quarantaine de départements connaissent une pénurie de gynécologues : la Creuse (4,2 spécialistes pour 100 000 habitants), la Dordogne (4,32) ou l'Ain (4,37). Ce ratio se situe pour mémoire à 28,6 spécialistes pour 100 000 personnes habitant à Paris. Cette raréfaction de l'offre contraint certaines femmes à parcourir de longues distances pour accéder aux soins et amène d'autres à renoncer à leur suivi gynécologique.

Pourtant les recommandations notamment pour le dépistage des cancers gynécologiques sont claires : toutes les femmes doivent avoir une consultation gynécologique (seins et aire pelvienne) tous les ans par un généraliste, une sage-femme ou un gynécologue, suivi d'un frottis tous les trois ans à partir de 25 ans si tout est normal.

Malgré les nombreuses campagnes des dernières années visant à promouvoir la vaccination à HPV (Human Papillomavirus) et les recommandations visant à réduire l'incidence des cancers gynécologiques, ce serait 40% des femmes qui ne réaliseraient pas de frottis réguliers.

L'accès aux soins gynécologiques est également particulièrement complexe pour certaines catégories de la population : les femmes vivant dans la rue, les femmes en situation de handicap, de prostitution ou d'incarcération et les migrantes. Une étude de la DREES indique que les trois quarts des médecins libéraux interrogés se disent en difficulté pour prendre en charge les personnes en situation de vulnérabilité sociale. Les femmes les plus défavorisées ou habitant un territoire de santé à faible densité de gynécologues médicaux ne bénéficient pas d'un suivi régulier¹⁷.

¹³ Bousquet D. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. Rapport n°2016-06-13-SAN-021. Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes ; 2016 juin

¹⁴ Jean Capsec, Denys Brand, Antoine Chaillon, Stéphane Le Vu, Alain Moreau, Françoise Cazein, Josiane Pillonel, Florence Lot, Francis Barin, Leslie Grammatico-Guillon. Caractéristiques des infections VIH très récentes et réseaux de transmission à partir des données de la déclaration obligatoire, France, 2012-2014. BEH, N° 41-42 - 29 novembre 2016

¹⁵ Drees-Dgesco. Enquêtes nationales de santé auprès des élèves scolarisés en classe de 3ème. Traitement InVS

¹⁶ Le Monde, « Consulter un gynécologue : la grande galère », 27 décembre 2017 ;

https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-lagrandegalere_5234776_1651302.html.

¹⁷ B. Jacques, S. Purgès L'accès aux soins en santé génésique et reproductive des femmes précaires et/ou migrantes du Médoc : analyse sociologique, Rapport final pour l'IREPS, Janv. 2014, 133p.

C. Constat III : Accès à l'IVG, entre inégalités et insuffisances

Aujourd'hui, si le délai moyen entre la prise de contact avec le professionnel de santé et la réalisation effective semble se raccourcir (7,4 jours d'après une enquête auprès des ARS), les inégalités d'accès à l'IVG persistent voire se renforcent.

Ainsi, la fermeture de nombreuses maternités a conduit à une diminution du nombre d'établissements de santé pouvant pratiquer une IVG instrumentale. Il existe de nombreuses zones de tension et parfois même, selon la saisonnalité, des zones blanches. La période estivale est très régulièrement problématique y compris dans de grandes agglomérations comme Lyon. Chaque année, de plus en plus de femmes se retrouvent fortement éloignées de l'accès à l'IVG instrumentale.

Selon le rapport du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, moins de 4 femmes sur 10 ont pu choisir la méthode de leur avortement. La loi du 17 janvier 2013 réaffirme pourtant le droit pour les femmes de choisir de la méthode d'avortement : par aspiration ou par voie médicamenteuse. Mais aujourd'hui, 66% des IVG pratiquées France ont été réalisées par la méthode médicamenteuse. Ce chiffre n'était que de 10 % en 1992.

Absorber des comprimés n'est pas forcément la solution la plus pratique, ni la plus discrète. Il y a une possibilité importante de saignements pendant 3 à 10 jours qui peuvent potentiellement compliquer la reprise du travail mais aussi la faculté de garder secrète son IVG auprès de son entourage pour les femmes qui le désirent. Cette problématique est particulièrement vraie pour les mineures isolées qui désirent recourir à l'avortement.

Les avortements tardifs réalisés entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée ont représenté selon la DREES seulement 5 % des IVG pratiquées en France en 2017. Mais chaque année, 3000 à 5000 femmes partent avorter à l'étranger selon les différentes sources. Ces avortements à l'étranger en raison du dépassement du délai légal ont pour origine une mauvaise information des femmes, des parcours de soins inadaptés et l'absence de possibilité d'effectuer une IVG instrumentale. Il s'agit pourtant de la méthode recommandée et la moins traumatisante pour des interruptions tardives.

En 2018, 13 % des établissements publics n'ont pas réalisé d'IVG tardive. Dans le privé, cela est plus du double, avec un taux de 30 %. Le Planning familial a également comptabilisé au moins 45 hôpitaux où les IVG instrumentales ne sont plus réalisées après 12 semaines.

Les délais d'accès à la suite d'un premier contact avec un établissement de santé sont également très problématiques. D'après le testing réalisé en 2017 par la DGOS, lorsqu'une femme appelle dans le but d'avorter, un établissement sur deux ne propose pas de rendez-vous et renvoie très souvent vers un autre établissement. 54 % des établissements proposent un rendez-vous plus de deux jours après l'appel.

Il est important de relever la problématique du non-respect des conditions qui encadrent l'utilisation de la clause de conscience par le praticien. Trop souvent, les praticiens ne respectent ni l'obligation d'avertir la femme sans délai de leur décision ni celle d'orienter les femmes vers un établissement ou un praticien qui pratique l'IVG. Ces pratiques peuvent conduire la femme à dépasser le délai légal pour réaliser un avortement en France.

Parfois, la clause de conscience est utilisée pour refuser la méthode instrumentale dans des services hospitaliers. C'est pourquoi certains établissements affichent des taux d'IVG médicamenteuse à 100%. La liberté de choix de la méthode de l'IVG par la femme se retrouve limitée. Selon Nathalie Trignole, présidente de l'ANCIC, « avec la méthode instrumentale, le praticien doit réaliser l'IVG alors qu'avec la méthode médicamenteuse, c'est la femme qui est actrice en les prenant ». « Le médecin n'a qu'à lui prescrire des comprimés puis ce sont les

sages-femmes et les infirmières qui accompagnent les femmes lorsque l'IVG est réalisée en établissement » selon Michel Neny, médecin au centre d'orthogénie du CHR d'Orléans.

Enfin, le dernier facteur favorisant les inégalités à l'accès à l'IVG est économique. L'échographie pré-IVG qui a pour but de dater précisément le début de la grossesse en mesurant l'embryon est exigée pour entamer une démarche d'IVG. Elle coûte normalement 35,65 euros et est remboursée à 100 %, comme tous les frais médicaux liés à l'avortement. Mais dans la réalité, certains échographistes réalisent et facturent une échographie plus complexe qui ne sera pas remboursée entièrement.

LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES

Depuis la loi santé de janvier 2016, la sage-femme est compétente pour prescrire et pratiquer l'IVG médicamenteuse.

Hors des établissements de santé, la sage-femme peut pratiquer l'IVG médicamenteuse dans la limite du délai de 7 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire 5 semaines de grossesse. Si l'IVG médicamenteuse est pratiquée à l'hôpital, le délai peut être prolongé jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée, soit 7 semaines de grossesse.

La sage-femme, pour pouvoir exercer cette compétence, doit justifier d'une pratique suffisante et régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans un établissement de santé, attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné.

Dans le cadre de leur convention avec l'établissement de santé, les sages-femmes doivent communiquer aux femmes le nom de l'établissement partenaire qui pourra les prendre en charge à tout moment en cas de complication. Il est remis également à la femme une fiche de liaison, définie conjointement avec l'établissement de santé signataire de la convention, contenant les éléments utiles de son dossier médical.

Enfin, la sage-femme peut prescrire un arrêt de travail. La durée de l'arrêt de travail prescrit ne devra cependant pas excéder 4 jours calendaires, renouvelable une fois.

3,5% des sages-femmes libérales sont conventionnées avec un établissement pour pratiquer les IVG médicamenteuses, soit un peu plus de 200 sages-femmes. Elles ont réalisé 5100 avortements en 2018. Cela représente 10% des IVG hors établissement de santé. Pour rappel, il y a eu 224.300 interruptions volontaires de grossesse réalisées en 2018.

D. Constat IV : L'échec de la démocratie sanitaire et de l'exercice coordonné dans les territoires

En plein développement depuis 2002, la démocratie sanitaire ne fonctionne pas dans les territoires. Usagers et professionnels de santé se sentent ignorés dans la définition des politiques de santé.

Or, leur rôle est indispensable : **ils font émerger les attentes sanitaires, sociales et sociétales**. C'est par leurs actions que la pédopsychiatrie est sortie d'un modèle asilaire et que le SIDA est devenu une cause prioritaire pour les pouvoirs publics.

Dans le domaine de la périnatalité, **le travail de collaboration entre les sages-femmes et usagers a abouti au développement des maisons de naissance**. Lancées dans le cadre d'une expérimentation depuis 2015, l'association des usagers aux sages-femmes a permis l'émergence en France d'une alternative sécurisée aux maternités **pour répondre aux attentes des femmes et des professionnels**. Ces lieux permettent un autre type de prise en charge, sans surmédicalisation, non standardisée qui correspondent au projet de naissance et à la personnalisation attendus par de nombreuses femmes.

Aujourd'hui, **la politique de prévention est insuffisante et en échec**. Le rapport du CESE à propos de la santé génésique en Europe publié en novembre dernier a parfaitement illustré ce constat. Les politiques de santé doivent être construites avec les professionnels de santé et les usagers pour répondre aux besoins des territoires.

D'autre part, **les spécificités de la profession sage-femme sont mal connues des autorités publiques** (collectivités, ARS...). **Les sages-femmes sont généralement absentes des instances et peu consultées**. Le dialogue avec les professionnels de santé doit avant tout permettre de répondre aux besoins en santé publique des territoires.

La crise du COVID-19 a mis en avant le rôle déterminant des ARS mais aussi leurs limites. Elles doivent agir plus librement et se détacher des textes pour s'adapter aux circonstances territoriales. La communication avec les professionnels de santé ne fonctionne pas, tout comme généralement l'instance de démocratie sanitaire (Conférence régionale de santé et d'autonomie). Les délégations territoriales, mal dessinées et sans réel pouvoir, ne remplissent pas leur rôle dans les territoires.

L'exercice coordonné malgré les volontés politiques demeure limité. Trop de professionnels de santé, et notamment de sages-femmes, sont isolés. Or, la logique de réseau permet de faciliter l'exercice du professionnel et d'améliorer l'offre de soins. Mais l'exercice coordonné ne peut que se construire dans les territoires par les professionnels. Il ne peut pas être imposé. Pour les sages-femmes, ce n'est que trop rarement que des organisations pour la périnatalité, le suivi gynécologique ou l'orthogénie sont mises en place avec l'ensemble des acteurs.

LA DIFFICILE MISE EN ŒUVRE DU NUMERIQUE EN SANTE

Aujourd'hui, le numérique est une contrainte pour les équipes hospitalières : les équipements informatiques sont insuffisants et dépassés et les logiciels ne sont ni fiables ni ergonomiques. Ces outils du quotidien sont des freins à l'activité des soignants et représentent une perte de temps importante.

De plus, les systèmes d'informations hospitaliers ne sont pas interopérables entre eux ni avec les logiciels des professionnels libéraux.

Les conséquences sont importantes : l'outil du dossier médical partagé est aujourd'hui inopérant et le partage d'informations entre les professionnels de santé est difficile.

E. Constat V : Le mal être des sages-femmes dans un système de santé en crise

Le 1^{er} juin 2020, le Conseil de l'Ordre des sages-femmes a lancé une grande enquête auprès des sages-femmes pour connaître et comprendre leurs difficultés, leurs attentes et leurs espoirs pour la profession. La participation massive (10697 réponses pour environ 23000

sages-femmes actives) permet dresser un constat à la fois éclairant et édifiant de la réalité du terrain.

Les sages-femmes qui ont répondu expriment un profond mal être : seulement 25 % évaluent positivement leur bien-être. Plus de 55% ont envisagé quitter le métier. 55% des sages-femmes hospitalières estiment ne pas avoir le temps de prodiguer des soins de qualité. **Les sages-femmes estiment à près de 96% que leur métier n'est pas valorisé** : leurs compétences ne sont pas connues du grand public pour 76% et les rémunérations sont jugées insuffisante par 73%. Plus de 87 % des sages-femmes hospitalières estiment que le statut actuel dans la fonction publique est inadapté. Enfin, 67% des sages-femmes estiment que les effectifs sont insuffisants en maternité.

Cette enquête trouve un écho dans le rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France publiée par le Collège national des sages-femmes le 3 juin dernier. Le bilan est alarmant. **Le nombre de sages-femmes françaises souffrant de syndrome d'épuisement émotionnel – burnout – est significatif puisque plus de 40% des cliniciennes salariées, 31% des cliniciennes libérales et 37,5% des enseignantes déclarent en être victime.** L'étude indique que plus de la moitié des sages-femmes effectuent des heures supplémentaires, et que pour une part d'entre elles ces heures ne sont ni rémunérées ni récupérées.

Ce constat du mal-être des sages-femmes doit être replacé dans le contexte de la crise de l'hôpital public : depuis plus d'une année, les grèves se succèdent au sein de l'hôpital public pour demander des lits supplémentaires, de l'investissement, davantage d'effectifs ou une revalorisation des salaires. Le malaise des hôpitaux, présent depuis de nombreuses années, aura dû attendre la crise sanitaire pour être pris en considération par les pouvoirs publics.

Un statut dans la fonction publique hospitalière inadapté

Le statut médical de sage-femme des hôpitaux a été juridiquement créé en mars 2014 afin de théoriquement conforter le caractère médical de la profession et de permettre son positionnement comme praticien de premier recours dans le système de santé. Le statut prévoit deux grades : le premier avec 11 échelons qui correspond essentiellement aux activités cliniques et le second avec 9 échelons ouvrant à des fonctions de coordination en maïeutique. Ces sages-femmes peuvent être nommées responsables d'unités physiologiques, une opportunité pour réintroduire une prise en charge de la naissance centrée sur la salutogenèse¹⁸, tout en garantissant sa sécurité par un environnement hospitalier adéquat.

Mais ce statut est un modèle hybride médical et paramédical, qui n'est pas du tout satisfaisant pour la profession. Il ne permet ni la reconnaissance du caractère médical de la profession, ni l'autonomie et l'indépendance de l'exercice, pourtant édictées dans le code de déontologie. Régulièrement, les sages-femmes interviennent pour réaliser des actes paramédicaux hors de leur champ de compétences.

De nombreux postes d'encadrement des maternités sont occupés par des cadres de santé pour gérer l'organisation et les personnels (sages-femmes et autre), cela en totale contradiction avec les textes statutaires qui prévoient une gestion par la direction des affaires médicales.

Actuellement, les postes de sages-femmes sont, d'un point de vue budgétaire, **gérés au sein des pôles dans la catégorie du personnel non médical**. Cette gestion globale administrative ne permet pas de reconnaître la spécificité de la profession.

¹⁸ Approche qui consiste à s'intéresser à l'origine de la santé c'est à dire aux facteurs de bien-être et de santé. Il s'agit prioritairement d'organiser les soins de prévention dont l'objectif est de renforcer la santé et de limiter les interventions et leur iatrogénie associée afin de maintenir les femmes dans le bas risque obstétrical

Le nombre de promotions dans le second grade est calculé chaque année : il correspond à un ratio promu/promouvable initialement de 20% la première année. Mais le ratio est passé à 15 % et 10 % pour les promotions au 31 décembre 2016 et 2017 et depuis reste à 10% avec la condition supplémentaire des départs dans ce second grade. **Un grand nombre de sages-femmes ne peut donc pas accéder au grade 2 : aucune évolution statutaire n'est alors possible.**

Depuis 6 ans, très peu d'unités physiologiques ont été créées, par manque de volonté politique et par manque d'effectifs, actuellement déjà insuffisants dans le contexte actuel (prise en charge standardisée hyper médicalisée). Pour pouvoir assurer le respect de la physiologie prônée par l'OMS, **les effectifs doivent être plus importants.**

Les sages-femmes sont quasi systématiquement exclues du plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques et sont rattachées à celui des professions paramédicales. Elles ont dès lors moins de jours dédiés à la formation continue avec des enveloppes budgétaires réduites et des projets d'actions de formation qui ne correspondent pas à leurs attentes.

L'accès à l'emploi est précaire pour les jeunes professionnels. Une étude rétrospective réalisée de 2013 à 2017 en Pays de la Loire montre certes un bon taux d'insertion dans la vie professionnelle pour les jeunes diplômés mais avec une forte préoccupation sur la répétition importante des CDD de très courte durée, voire à la garde¹⁹.

Le déni du caractère médical de la profession se retrouve également dans le volet enseignement-recherche qui a un rôle essentiel de l'hôpital public en France. Ainsi, les écoles de sages-femmes sont encore majoritairement hospitalières, gérées avec les instituts de formations paramédicales, financées et agréées par les Régions. Le statut des étudiants reste flou et souvent préjudiciable en termes de prestations sociales. Faisant écho aux problèmes d'indépendance des professionnelles dans la vie active, la tutelle des médecins s'exerce également sur la formation en maïeutique par la nomination d'un directeur technique et d'enseignement médecin, héritage de l'arrêté du 15 juillet 1986. La présence en CME des directeurs de structures de formation en maïeutique, contrairement aux directeurs des UFR de médecine, pharmacie et odontologie, n'est pas prévue par les textes.

Une profession aux faibles rémunérations

Les rémunérations des sages-femmes dans la FPH sont faibles et se distinguent peu, malgré les responsabilités, de celles des auxiliaires médicaux, surtout en début de carrière. Lors de sa première année de carrière à l'hôpital, une sage-femme perçoit un traitement indiciaire brut mensuel hors primes de 2 085 €. En comparaison, un infirmier de bloc opératoire (IBODE) perçoit 1 977 €, soit une différence de 5,5%. Une sage-femme du deuxième grade et du dernier échelon de la fonction publique hospitalière perçoit un traitement mensuel brut hors primes de 3 777 €⁵⁹. Un IBODE dans la même situation perçoit un traitement brut de 3 083 € par mois, soit une différence de 18%. Par contraste, un praticien hospitalier au dernier échelon perçoit un traitement mensuel de 7 500 € bruts, soit près de deux fois celui d'une sage-femme. Ce constat s'applique également aux sages-femmes territoriales.

¹⁹ Mémoire de Clarisse BOUSSEAU janvier 2019 Démographie des sages-femmes dans la région des Pays de la Loire : Etat des lieux, insertion professionnelle des jeunes diplômés et perspectives d'avenir.

Contrairement à de nombreux autres secteurs d'activités, **les sages-femmes salariées de l'hospitalisation privée ont des salaires moins élevés que celles exerçant dans la fonction publique hospitalière.**

Les revenus moyens des sages-femmes libérales sont parmi les plus bas au sein des professionnels de santé libéraux. En 2018, le revenu moyen était de 26034 euros (UNASA) alors que la moyenne pour les autres professionnels est la suivante : pédicure-podologue : 26052 euros ; masseur-kinésithérapeute : 40775 euros ; infirmier : 45064 euros, gynécologue médical : 78420 euros ; médecin-généraliste : 87775 euros ; gynécologue-obstétricien : 91871 euros, chirurgien-dentiste : 93325 euros.

III. Une nouvelle donne pour la périnatalité : Développer un accompagnement à la naissance personnalisé, coordonné et centré sur la femme

La sage-femme accompagne les femmes et les parents dans la périnatalité et la parentalité. Elle les aide à définir un projet de naissance qui réponde à leurs attentes, première pierre d'un environnement propice au développement du nourrisson dès le début de la grossesse. Spécialiste de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, elle assure un suivi obstétrical sécurisé des grossesses physiologiques tout en tenant compte de la dimension affective et sociale de la naissance qui ne peut être réduit à un acte médical.

Cependant, l'accompagnement des femmes et des parents est aujourd'hui limité et trop souvent calqué sur le modèle de la prise en charge de la pathologie. Pour améliorer l'accompagnement de la femme et du couple, il est indispensable de penser une prise en charge renouvelée avec un professionnel de santé référent au sein d'un réseau limité, coordonné et centré sur la femme enceinte et les parents.

Dès 2005, les recommandations de la HAS ont affirmé ce principe : « *Le suivi des femmes avec une grossesse normale doit être assuré autant que possible par un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par la même personne. Si le suivi est réalisé par un groupe de professionnels de santé, une personne « référente » dans ce groupe facilite la coordination et l'organisation des soins et leur articulation avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien* ».

Dès lors dans le cadre des grossesses physiologiques, la sage-femme doit être l'accompagnant professionnel référent complémentaire au soutien familial et amical. **Il est important de rendre du temps d'écoute auprès des sages-femmes pour répondre aux différents aspects de la naissance (physique, médical, émotionnel).** La prise en charge doit tendre vers un accompagnement plus global, retrouver une dimension holistique avec la sage-femme comme pivot.

Ce modèle permettra de **favoriser et de respecter les projets de parentalité, de mieux réduire le stress, les complications, de mieux respecter la physiologie et de garantir davantage la sécurité des accouchements.** La prévention, la sensibilisation et l'accompagnement vers la parentalité seront renforcés. Enfin, cela permettra **une prévention primaire mais aussi secondaire de la dépression du post-partum** puisque les premiers signes seront dépistés précocement.

Ainsi, une méta-analyse de 22 essais contrôlés randomisés incluant 15 288 femmes au total a démontré que le soutien continu des femmes durant le travail permet d'augmenter le taux de voie basse spontanée (risque relatif (RR) = 1,08), de diminuer les taux de césarienne (RR = 0,78) et d'accouchement par voie basse instrumentale (RR = 0,90). Le risque d'un score d'Apgar bas à cinq minutes pour les nouveau-nés (RR = 0,69) est également réduit.

De même, d'après cette méta-analyse le soutien continu diminue la durée du travail, le recours à une analgésie pendant le travail, et l'insatisfaction des femmes de leur accouchement. Cette étude tend à démontrer que l'organisation des maternités doit s'orienter vers une prise en charge « une sage-femme par parturiente », c'est à dire le « one to one ».²⁰

Cette organisation « une sage-femme par parturiente » est généralement l'organisation des pays reconnus pour avoir les meilleurs indicateurs de périnatalité. La France doit faire évoluer

²⁰ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 15;7:CD003766. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul 06;7:CD003766

son modèle périnatal pour augmenter la sécurité et la qualité des prises en charge et répondre aux attentes des femmes et des couples.

Lancé le 1er juin 2020 par le CNOSF, la grande enquête auprès des sages-femmes permet de mieux connaître et comprendre leurs attentes et leurs espoirs pour la profession. La participation massive (10697 réponses pour environ 24000 sages-femmes actives) permet dresser un constat à la fois éclairant et édifiant de la réalité du terrain.

Les sages-femmes ont exprimé une forte volonté de changement. Plus de 90% des sages-femmes souhaitent un modèle de prise en charge qui tende vers l'accompagnement global et près de 97% des sages-femmes affirment que la liberté de choix des femmes doit être mis au cœur de cette prise en charge renouvelée. Pour plus de 88% des sages-femmes, le développement d'alternatives sécurisées aux maternités est une priorité.

Dès lors, il est indispensable d'organiser des états généraux de la santé génésique et de la périnatalité avec l'ensemble des acteurs pour répondre aux besoins et aux désirs des femmes. Aucune problématique ne devra être éludée. La question de l'accouchement à domicile devra être abordée afin de construire entre professionnels, usagers et pouvoirs publics une réponse adaptée qui prenne en compte les attentes des femmes et des couples et la sécurité médicale indispensable.

A. Renforcer les effectifs sages-femmes pour les activités non programmées en gynécologie obstétrique

Aujourd'hui, les textes législatifs et réglementaires mentionnent le « secteur naissance » qui fait référence à la salle de naissance et au bloc obstétrical afférent.

Toutefois, en gynécologie-obstétrique, les activités non programmées dépassent le cadre du secteur naissance qui exclut par essence les activités de gynécologie. Il s'agit de l'ensemble des activités non programmées de gynécologie ou d'obstétrique, des services d'urgence (urgences dédiées ou non), des salles de naissances, des salles physiologiques/natures, du bloc opératoire, des soins continus qui s'y affèrent, des salles dédiées de réanimation néonatale et des locaux d'observation et de soins immédiats des nouveau-nés.

En effet, ce sont généralement les mêmes personnels (médecins et sages-femmes) qui assurent la continuité et la permanence des soins pour l'obstétrique et la gynécologie. Dès lors, il est indispensable de construire les propositions d'effectifs dans le cadre des activités non programmées en gynécologie-obstétrique.

Dans cette démarche de prise en charge plus globale et afin de répondre attentes des femmes et des couples mais aussi aux objectifs de sécurité et qualité, le Conseil de l'Ordre **reprend la proposition formulée à la fois par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français et le Collège national des sages-femmes.**

Le calcul des effectifs réside sur les principes suivants :

- **la prise en charge au cours d'un accouchement nécessite la présence d'une sage-femme pendant environ 12 heures, il est nécessaire d'avoir 1 sage-femme pour 2 accouchements par 24 heures.**
- **De plus, la présence d'une sage-femme supplémentaire en permanence 24 h/24 pour assurer les consultations d'urgence obstétricale est nécessaire.**
- **une sage-femme 24h/24h en salle de naissance : $24 \times 365 / 1547$ (volume horaire annuel d'une sage-femme) = 5.66 équivalents temps plein**

Nombre de sages-femmes (en ETP) en secteur d'activité non programmée

Nombre de naissances	Décrets de 1998	Proposition CNSF/CNGOF	Proposition DGOS
500	6	10	6
1000	6	14	6
1500	9	17	9
2000	11	21	12
2500	14	25	15
3000	16	29	16
3500	18	33	19
4000	21	37	26
4500	24	41	33
5000	26	45	36

Ce nouveau ratio en sages-femmes pour les activités non programmées se fondent sur trois éléments fondamentaux :

- **Un nouveau modèle de prise en charge périnatale plus global qui tend vers le « one to one »** pour renforcer la sécurité et la qualité. Cela doit permettre de favoriser la dimension émotionnelle et psycho-sociale de la prise en charge et de répondre aux attentes des femmes.
- **Prendre en compte l'ensemble des activités non programmées.** Les sages-femmes en raison de l'extension de leurs compétences participent à la prise en charge des urgences gynécologiques qui sont généralement directement orientées vers les services de gynécologie-obstétrique sans passage par un service d'urgence.

Par ailleurs, la part des urgences obstétricales est négligée, non identifiée et non valorisée. De nombreuses arrivées pour des urgences obstétricales ne débouchent ni sur un accouchement ni sur une hospitalisation.

En application de la circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 03 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé, les urgences obstétricales ne peuvent donner lieu à la facturation d'un forfait accueil et traitement des urgences (ATU) en sus de l'acte ou de la consultation :

« Dans les cas où, pour des raisons d'organisation interne des établissements, les patientes accueillies pour des urgences gynécologiques sont orientées directement vers les services de gynécologie-obstétrique, une telle venue pour des soins non programmés, non suivis d'hospitalisation dans un service MCO ou en UHCD, peut donner lieu à facturation d'un ATU. La facturation d'un ATU ne concerne pas les urgences obstétricales ».

Aujourd'hui, sont considérées comme urgences obstétricales, les urgences survenant chez une femme ayant fait une déclaration de grossesse.

- **Libérer du temps pour améliorer l'encadrement et l'enseignement à destination des étudiants sages-femmes**

B. Organiser la prise en charge des femmes au travers de l'« engagement maternité » intégré au projet de santé de chaque territoire.

L'engagement maternité avait été annoncé par l'ancienne ministre des solidarités et de la santé pour organiser des schémas de prise en charge pour les parturientes qui résident à plus de 45 minutes d'une maternité. Si aujourd'hui, cet engagement a du mal à prendre corps, **il doit devenir une réalité dans chaque territoire peu importe la distance avec la maternité.**

Pour cela, il doit être construit par l'ensemble des acteurs du territoire et **être présent dans le projet de territoire de santé.**

Il doit définir dans chaque territoire les schémas d'accès aux soins, de prévention, les prises en charge pré et post-partum, la permanence des soins périnataux et les mécanismes de prise en charge des urgences. Il doit permettre de définir des parcours lisibles pour les femmes et leur garantir la liberté de choix.

Si la logique est la même dans tous les territoires, les enjeux et les outils nécessaires pour y répondre sont différents. Ainsi, pour des territoires à longue distance des maternités, des outils spécifiques doivent être développés.

Ce schéma ne peut être général : chaque territoire est spécifique. Dès lors, il est indispensable de **généraliser les projets de territoires de santé.** Ces projets doivent être construits par l'ensemble des acteurs d'un territoire. Ce projet doit associer l'ensemble des professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, les établissements de santé publics et privés, les collectivités, l'éducation nationale et les usagers. Il doit faire émerger les besoins territoriaux pour l'offre de soin, prévoir une organisation de la permanence des soins et construire une prévention adaptée au contexte local. **Ce projet permettra à la fois un exercice coordonné voulu et conçu par les professionnels de santé du territoire et une politique de santé territoriale cohérente et adaptée.**

Pour faire vivre chaque projet de santé, une instance de démocratie sanitaire est nécessaire. **Chaque projet territorial de santé doit être attaché à un conseil territorial de santé renouvelé.** Ce conseil doit définir les priorités et construire les solutions dans les territoires.

Le rôle de la délégation territoriale de l'ARS est et sera important : faciliter les relations, apporter un appui et proposer des outils. Il est donc nécessaire de **renforcer et transformer les délégations territoriales des ARS** : elles doivent devenir facilitateur de la coopération dans les territoires et aider à l'émergence de ces projets en mobilisant l'ensemble des professionnels. Ces délégations doivent obtenir un réel pouvoir décisionnaire pour adapter la politique régionale et nationale de santé au plus près du citoyen.

C. Renforcer le lien ville-hôpital en créant de véritables parcours coordonnés pour les femmes enceintes au sein de chaque territoire.

Le modèle périnatal français doit évoluer pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des femmes mais aussi des professionnels. Un point clé est le renforcement du lien incontournable ville-hôpital aujourd'hui insuffisant en créant de véritable parcours coordonné pour les femmes enceintes au sein de chaque territoire. Trois outils doivent être développés pour répondre à cette problématique :

-Permettre à chaque femme de déclarer une sage-femme référente qui tient à jour un dossier obstétrical complet : cela permettra d'aider les parents à construire leur projet de naissance et de faire le lien avec la maternité, de diminuer les passages aux urgences en étant disponible et à l'écoute dans un climat de confiance, de réguler l'offre de soin sage-femme en organisant des relais et de rendre effectif le volet anténatal du Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) en organisant en amont les sorties de maternité, précoces ou non, des femmes et des nouveau-nés, en adéquation avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

-Renforcer le PRADO maternité par un lien direct entre les maternités et les sages-femmes libérales : le travail du conseiller technique de l'assurance maladie ne peut se substituer à la coordination entre les professionnels de santé. Dans chaque maternité, du temps doit être libéré pour une ou plusieurs sages-femmes afin de favoriser la collaboration

avec les sages-femmes libérales pour construire une logique de réseau et des parcours coordonnés pour les femmes et les nouveau-nés.

-Ouvrir systématiquement un dossier de liaison obstétrical unique au sein du dossier médical partagé pour les femmes enceintes afin d'améliorer la coordination des prises en charge par les professionnels de santé, pour assurer la continuation des soins et pour garantir un suivi médical dès le plus jeune âge pour toute la vie pour les nouveau-nés. Le DMP qui a été construit comme une bibliothèque numérique à destination du patient et non comme un outil de coordination et de liaison ville-hôpital doit évoluer et devenir une réalité concrète au service de usagers. Ainsi, ce dossier obstétrical unique qui existe déjà aujourd'hui sous format papier dans certaines régions permettra une coordination et une plus grande efficacité des soins.

D. Développer les alternatives sécurisées aux maternités : généraliser les maisons de naissance

Soutenues par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, les maisons de naissance sont des structures au sein desquelles les femmes enceintes ont la possibilité de bénéficier d'un accompagnement global, qui associe une femme et une sage-femme. Lancée en 2015, leur expérimentation a été prolongée d'une année pour s'achever en novembre 2021. Au-delà de la pérennisation des maisons de naissance existantes, le Conseil national soutient la généralisation de ce dispositif à l'ensemble du territoire sur la base du modèle proposé par le sénateur Bernard Jomier dans le cadre d'une proposition de loi déposée le 17 février dernier ²¹.

A ce jour, il existe 8 maisons de naissance qui offrent une pleine satisfaction aux usagers mais peinent à répondre à toutes les demandes, démontrant bien qu'elles représentent une diversification de l'offre de soins périnatale attendue par la population. En effet, la surmédicalisation et la prise en charge souvent standardisée proposée dans certaines maternités ne correspondent pas au projet de naissance et à la personnalisation attendus par de nombreuses femmes.

Ces structures font leur preuve : un groupe de recherche sous la responsabilité d'Anne Chantry, sage-femme et chercheuse à l'Inserm, a réalisé une étude venant démontrer la qualité et la sécurité des soins prodigués en maisons de naissance en France. Plus de 90% des femmes accompagnées en maison de naissance pendant le travail ont accouché par voie basse spontanée et uniquement 3% ont eu une césarienne. 94% ont adopté une position autre que dorsale, un chiffre très révélateur en regard des pratiques hospitalières où cela ne concerne que 11% des femmes. Le taux d'épisiotomie est seulement de 3,3%.

Chacune des huit maisons de naissance françaises a fait face à une augmentation constante des demandes, à tel point qu'elles se voient aujourd'hui obligées de refuser d'accompagner des parents par manque de place. A la maison de naissance parisienne, moins de 30% des demandes peuvent être acceptées.

Cet engouement est la traduction d'évolutions sociétales plus globales. Les femmes recherchent de plus en plus une diversification de l'offre de périnatalité et en particulier, lorsqu'elles ne présentent pas de risques obstétricaux, la possibilité d'accoucher dans un environnement moins technicisé. En 2016, 14,6% des femmes interrogées à leur arrivée à la maternité déclaraient ne pas souhaiter d'analgésie péridurale. La qualité de l'accueil du nouveau-né dans l'intimité familiale et l'implication du conjoint à toutes les étapes font également partie des revendications croissantes des futurs parents.

²¹ Proposition de loi portant pérennisation et généralisation des maisons de naissance déposée le 17 février 2020 par le sénateur de Paris Bernard Jomier

Ainsi, tant sur le plan du respect de l'autonomie de la femme, du suivi personnalisé qui intègre pleinement les deux parents que des aspirations des sages-femmes dans l'exercice de leur profession, les maisons de naissance répondent à des besoins identifiés. Selon une étude Ipsos révélée en février 2020, une femme sur cinq, soit près de 20%, souhaiterait accoucher dans une maison de naissance.

Les sages-femmes, dont la physiologie est la compétence première, sont par ailleurs entièrement satisfaites de ce modèle car leur pratique professionnelle y est complète et diversifiée. Elles sont valorisées et investies dans l'exercice autonome de la direction médicale, financière et administrative de la structure, dans un esprit d'horizontalité.

Au-delà des maisons de naissances, c'est l'ensemble des alternatives aux maternités qui doivent être travaillées avec les pouvoirs publics. Ainsi, des états généraux doivent permettre de faciliter l'ouverture des plateaux techniques et de construire entre professionnels, usagers et pouvoirs publics une réponse adaptée à la question de l'accouchement à domicile qui prenne en compte les attentes des femmes et des couples.

E. Moderniser le financement de la périnatalité

Au-delà d'indicateurs de périnatalité moyens, le système périnatal français connaît de grandes problématiques de financement. Les maternités connaissent globalement une situation financière précaire, alors même que les indicateurs de périnatalité sont moyens. En effet, la grande majorité est en situation de déficit plus ou moins important comme le rappelle le rapport de la Cour des Comptes sur les maternités de 2015.

Les maternités ne parviennent que trop rarement à couvrir l'ensemble des coûts. Cette situation s'explique principalement par deux grandes raisons :

- Les tarifs pour l'obstétrique et la néo-natalité dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A) ont été construits non pas en fonction des coûts réellement constatés ou souhaitables mais sur la base des enveloppes consacrées avant la mise en place du nouveau mode de financement.
- Une augmentation des coûts de l'activité d'obstétrique. En 2015, la Cour des Comptes soulignait qu'alors que les coûts des activités de médecine, chirurgie et obstétrique diminuent de - 0,8 % dans le secteur public et privé non lucratif et de - 2 % dans le secteur privé lucratif, les coûts de l'activité d'obstétrique augmentent respectivement de 0,9 % et de 0,7 %, et ceux de l'activité de néonatalogie de 0,2 % et 0,5 %.

D'autre part, les maternités malgré le fort investissement liée aux restructurations liées à l'évolution de la réglementation n'ont pas été une priorité des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012.

Ainsi, dès 2015 la Cour des Comptes résumait très bien la situation :

« Cette analyse met en évidence que, dans le secteur public et dans le secteur privé non lucratif, les tarifs sont quasiment systématiquement inférieurs aux coûts constatés, parfois dans des proportions importantes. Le tarif de l'accouchement unique sans complication serait inférieur de 1,7 % aux coûts pour les multipares et de 5,1 % pour les primipares. Les tarifs applicables aux nouveau-nés apparaissent inférieurs de 16,6 % aux coûts dans le cas des nouveau-nés sans problème et de 16,9 % dans le cas des nouveau-nés avec autre problème significatif. »

Plus globalement, la prévention, l'accompagnement et la prise en charge en ville sont sous et mal financés.

Mais le financement est aussi un outil pour faire évoluer les pratiques et les prises en charges. Dès lors, le Conseil national de l'Ordre soulève deux pistes de réflexion pour améliorer le

financement de la périnatalité et améliorer les prises en charge. Sans rejeter certains apports de la T2A, il s'agit de faire évoluer le système de financement en le complétant sur le plan qualitatif, afin de contourner ses effets pervers, tout en conservant ses aspects positifs, afin de garantir la pérennité de notre système de santé et de son financement.

La forfaitisation

Dès 2012, la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) a recommandé l'expérimentation de tarifications au parcours, mettant en avant l'idée d'un financement global autour d'une problématique de santé. La même année le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), avait souligné dans son rapport annuel l'utilité des parcours de soins comme réponse aux inégalités de santé, tout en pointant la nécessité de responsabiliser le patient. Le rapport Cordier rappelait lui que « le paiement à l'acte par construction rend plus aisée la valorisation du quantitatif, de l'acte technique, et beaucoup moins le qualitatif, le temps d'observation clinique et l'écoute de la souffrance du malade et de ses conditions de vie ».

Si la femme en bonne santé ne peut pas être considérée comme une personne malade, elle nécessite tout autant une prise en charge médicale coordonnée et basée sur l'écoute, l'empathie, la prise en compte de sa personne dans sa globalité. Or, les sages-femmes dans leurs pratiques expérimentent l'importance de prendre du temps pour accompagner au mieux le vécu d'une patiente enceinte afin de diminuer les symptômes, l'anxiété, et donc la médicalisation. Ainsi, la Cochrane Data Base démontre que le suivi global par une sage-femme diminue le risque de complications. L'effet est alors bénéfique en termes d'indicateurs de santé : les temps d'hospitalisation sont réduits, le risque d'accouchements prématurés est diminué ainsi que la consommation de médicaments.

Ce suivi s'articule avant tout autour d'une démarche de prévention, et plus particulièrement de dépistage. Si nécessaire, cela doit conduire la sage-femme à orienter vers une consultation spécialisée afin de construire une prise en charge mono ou pluridisciplinaire qui doit alors être coordonnée afin de construire un parcours de santé personnalisé.

En mettant en place un système de tarification fondé sur la forfaitisation, il serait possible de construire un nouveau modèle de régulation de l'offre de soins obstétricaux et périnataux conciliant performance et solidarité en s'appuyant à la fois sur une tarification au cycle de soins ou au parcours et une série d'indicateurs de qualité et de sécurité. Cette tarification serait un levier pour conjuguer l'efficacité (qualité et sécurité) et l'effectivité des prises en charge par l'identification de parcours et l'évolution des pratiques avec l'efficience et la maîtrise des coûts. La tarification au parcours incite et conduit les professionnels à coopérer en dépassant les modes d'exercice et les frontières organisationnelles. Ils sont interdépendants et doivent donc articuler leurs actions.

La périnatalité est un modèle expérimental adapté : le parcours de soin périnatal est particulièrement encadré en France via les différentes recommandations de la HAS.

La dotation populationnelle

Pour réduire les iniquités de l'offre de soins et répondre aux besoins spécifiques des populations dans chaque territoire, d'autres modalités de financement doivent être envisagées.

La dotation populationnelle permet à la fois de répartir le financement entre les territoires en fonction des besoins (mesurés par des indicateurs) d'une population et de financer un ou des opérateurs de santé au regard des objectifs de leurs missions au regard de la population cible.

Ce mode de financement a pour conséquence de modifier l'offre de soins pour l'adapter au territoire et à sa population. L'organisation des acteurs est questionnée pour répondre aux besoins du patient. Ce financement complémentaire incite la coordination des acteurs autour de parcours, le développement d'actions de prévention ciblées et l'accompagnement psychosocial des patients.

Cette dotation populationnelle pourrait permettre la structuration des acteurs de la périnatalité dans les territoires afin d'améliorer la prise en charge et l'offre de soin en finançant une permanence et une continuité des soins (astreintes...) adaptée au territoire.

Ces évolutions du financement de la périnatalité doivent permettre de mieux financer la périnatalité tout en incitant des changements à la fois dans les pratiques et la coordination des acteurs. Le financement à la qualité et à la pertinence des soins est également un axe de développement même si la qualité est le sens du métier et relève de l'éthique de tout soignant. Il pourrait favoriser l'émergence des alternatives à la surmédicalisation dont les maisons de naissances où la qualité et la pertinence des soins sont très développés.

Toutefois, cette transformation du financement ne peut se faire sans un travail profond de renouvellement des indicateurs de périnatalité. Ils doivent être à la fois qualitatifs et quantitatifs et permettre d'évaluer à la fois la sécurité, la qualité, la pertinence et l'accès aux soins. Il est important d'évaluer le suivi anténatal, l'accouchement, le suivi post-natal et la satisfaction des femmes et couples. Enfin, ces indicateurs devront prendre en compte la dimension psychosociale du soin et de la prise en charge.

F. Généraliser l'entretien post-natal précoce pour prévenir la dépression du post-partum

Aujourd'hui, l'accompagnement en post-partum immédiat est pris en charge à 100% par l'assurance maladie jusqu'au 12^{ème} jour après la naissance. **Il permet le suivi de la mère et du nouveau-né à domicile par une sage-femme.**

Après la naissance, la femme peut bénéficier du dispositif du PRADO maternité en cas de sortie précoce (72 heures suivant l'accouchement ou dans les 96 heures en cas de césarienne). Un conseiller de l'assurance maladie va à la rencontre de la femme et des parents pour présenter le dispositif et organiser le suivi personnalisé. Il se met en contact avec la sage-femme qui a suivi la femme pendant sa grossesse ou donne une liste de professionnelles. Cela permet d'organiser **une visite dans les 24 premières heures après le retour au domicile d'une sage-femme**. Une seconde visite intervient dans la semaine qui suit la sortie. La sage-femme prend soin de la mère et du nouveau-né par une évaluation clinique. Elle suit l'état psychologique pour prévenir et repérer la dépression du post-partum. Elle conseille sur l'allaitement et accompagne la femme et les parents dans leurs premiers gestes de parents. **Un aspect important de cet accompagnement est de revenir sur l'accouchement pour donner un sens et expliquer cette expérience pour diminuer les risques d'apparition d'une dépression du post-partum.**

Cependant, aujourd'hui en France, **le nombre de femmes qui rencontrent des difficultés en post-partum est d'après la HAS (recommandations de 2015) important (de 15 à 35 % en fonction des études)**, en raison d'une mauvaise préparation à la sortie de la maternité et non du séjour en lui-même. Le PRADO aujourd'hui ne répond à toutes les attentes et tend à limiter le nombre de visites à domicile de la sage-femme.

Pour améliorer le dispositif du PRADO et plus globalement les suites de couches, un entretien postnatal précoce en miroir de l'EPP devrait être généralisé. **Recommandé depuis 2014 par**

la HAS, il est encore trop méconnu. L'EPNP²², complémentaire aux premières visites, serait fait si possible par le professionnel de santé ayant suivi la grossesse et aurait pour cadre le domicile. Il pourrait durer une heure et se dérouler dans les 5 à 15 jours après la sortie de la maternité. Il serait axé sur deux dimensions : le bien-être émotionnel de la mère avec un retour sur le vécu de l'accouchement et du retour à domicile mais aussi « la prise en charge de l'enfant » pour accompagner les femmes et les parents sur les questions de soins, l'alimentation et des rythmes (pleurs, sommeil).

FOCUS : RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE DANS LES TERRITOIRES PAR LA CONSTRUCTION DE PROJETS DE TERRITOIRES DE SANTE

Il est indispensable de généraliser les projets de territoires de santé. Ces projets doivent être construits par l'ensemble des acteurs d'un territoire. **Ce projet doit associer l'ensemble des professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, les établissements de santé publics et privés, les collectivités, l'éducation nationale et les usagers.** Il doit faire émerger les besoins territoriaux pour l'offre de soin, prévoir une organisation de la permanence des soins et construire une prévention adaptée au contexte local. **Ce projet permettra à la fois un exercice coordonné voulu et conçu par les professionnels de santé du territoire et une politique de santé territoriale cohérente et adaptée.**

Derrière cet objectif, plusieurs évolutions sont nécessaires :

-Renforcer et transformer les délégations territoriales des ARS : elles doivent devenir facilitateur de la coopération dans les territoires et aider à l'émergence de ces projets en mobilisant l'ensemble des professionnels. Ces délégations doivent obtenir un réel pouvoir décisionnaire pour adapter la politique régionale et nationale de santé au plus près du citoyen.

-Attacher à chaque projet territorial de santé un conseil territorial de santé renouvelé : pour faire vivre chaque projet de santé, une instance de démocratie sanitaire est nécessaire. Ce conseil doit définir les priorités et construire les solutions dans les territoires.

-Renforcer le rôle des conférences régionales de santé de l'autonomie : elles doivent prendre une place importante pour dessiner des politiques de santé spécifiques aux grands enjeux et objectifs régionaux.

-Renforcer la représentativité de l'ensemble des professionnels de santé dans les instances territoriales de démocratie sanitaire par la présence de l'ensemble des ordres de santé : dans l'ensemble de ces instances, les différents ordres doivent être présents pour prendre en compte les spécificités de chaque profession. Les ordres représentent l'ensemble des professionnels quel que soit le mode d'exercice. Leurs membres sont élus démocratiquement. Enfin, les ordres ont pour mission de conseiller les pouvoirs publics mais aussi de « contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins » depuis la loi santé du 24 juillet 2019.

-Renforcer le pouvoir d'adaptation des ARS pour répondre aux enjeux territoriaux et s'adapter aux dynamiques locales : les ARS doivent pouvoir davantage adapter les orientations nationales et prendre en compte les réalités territoriales.

-Généraliser la présence d'une sage-femme ressource dans chaque ARS pour une meilleure prise en compte de la périnatalité et de la profession.

²²Céline Tari et Sébastien Riquet, L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale, Educ Ther Patient/Ther Patient Educ
Volume 8, Number 2, Décembre 2016

IV. Faire de la sage-femme la professionnelle incontournable de la santé génésique

Nécessaires à l'autonomie et à l'émancipation des femmes, les droits sexuels et reproductifs sont indispensables afin de garantir l'égalité entre les femmes et les hommes. Ces droits récents sont toujours sous tension. A la fois politiques et personnels, miroirs de la société et de ses évolutions sociologiques mais aussi de l'intime, ils sont au cœur des débats religieux, culturels, sociaux ou moraux. Souvent reconnus mais questionnés, le combat reste permanent pour les faire appliquer puisqu'ils touchent aux imaginaires collectifs de nos sociétés.

Les pouvoirs publics doivent désormais garantir la possibilité aux femmes de choisir de concevoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent dans le cadre d'une sexualité responsable et sûre.

La sage-femme, spécialiste de la physiologie, doit prendre une part de plus en plus importante à la politique de prévention sexuelle et de fertilité, enjeu majeur de santé publique. D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un tiers de la morbidité des femmes en âge de procréer est liée à des problèmes de santé sexuelle²³.

La grande enquête du Conseil de l'Ordre des sages-femmes lancé le 1^{er} juin auprès des sages-femmes pour connaître et comprendre leurs attentes et leurs espoirs pour la profession permet de dresser un constat éclairant grâce à une participation massive (10697 réponses pour environ 24000 sages-femmes actives). Les sages-femmes se sont approprié pleinement leurs dernières compétences : près de 41% des sages-femmes (82% pour les libérales) déclarent réaliser des consultations de suivi gynécologique et de contraception, plus de 15% réalisent des IVG médicamenteuses et plus de 31% des répondants négatifs envisagent de se former à l'orthogénie. Pour plus de 96% des sages-femmes, la profession doit avoir une place plus importante dans les politiques de prévention et notamment pour près de 90% dans le champ de l'éducation à la vie sexuelle et affective.

A. Etendre le champ d'action des sages-femmes par l'élargissement de la liste des médicaments pouvant être prescrits

Depuis 10 ans, le nombre de nouveaux diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque augmente selon Santé publique France. Cette augmentation touche tout particulièrement les jeunes de 15 à 24 avec des conséquences parfois très lourdes. Conséquence d'une utilisation non systématique du préservatif, ces infections sont très contagieuses et très fréquentes. Pourtant, elles peuvent entraîner des complications très importantes comme la stérilité. Cependant, elles peuvent être silencieuses. Le dépistage est alors le seul moyen de diagnostic.

Si le dépistage et le préservatif sont les moyens les plus efficaces pour lutter contre les IST, il est important de prendre en charge rapidement ces infections une fois dépistées pour éviter des complications graves pouvant conduire notamment à la stérilité. Aujourd'hui les sages-femmes peuvent dépister ces pathologies mais ne peuvent pas les traiter. Ainsi, le champ d'action des sages-femmes devrait être plus large afin de leur permettre de traiter leurs patientes pour certaines IST, rationalisant ainsi le parcours de soins de celles-ci et permettant un gain de temps important dans la prise en charge. Les sages-femmes devraient également pouvoir prescrire le dépistage de certaines IST aux hommes, donnant ainsi une nouvelle dimension au dépistage et à la prévention.

²³ Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015, Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies, décembre 2015

Dès lors pour répondre à ce besoin de santé publique, le Conseil national demande notamment les modifications suivantes à la liste des médicaments prescriptibles par les sages-femmes (une proposition de modification de la liste des médicaments prescriptibles par les sages-femmes est disponible en annexe) :

-Traitements de certaines IST (infections à Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis)

Il s'agit d'un problème de santé publique. On estime à plus de 100 000 nouveaux cas par an en France. Les conséquences du non-traitement ou traitement tardif de ces infections sont graves et peuvent mener à des complications sévères pour la femme (infections aiguës) et/ou une stérilité secondaire. Dans le cas des 3 IST citées ci-dessus, des recommandations pour des traitements de première intention, simples, efficaces existent.

Dans le cadre du suivi gynécologique les sages-femmes sont amenées à dépister ces infections et sont obligées d'adresser la femme à un médecin pour la prescription des traitements anti-infectieux.

Les remontées du terrain tendent à démontrer que de nombreuses femmes ne consultent pas leur médecin pour obtenir ces traitements. Il est donc indispensable que les sages-femmes puissent accéder à la prescription de ces traitements de première ligne selon les recommandations en vigueur et non renouvelable.

-Traitements de primo-infection d'herpès génital pendant la grossesse

Les sages-femmes ont déjà la prescription des traitements de récurrence d'infections à herpès génital pendant la grossesse.

Dans le cadre des grossesses, l'herpès néonatal est grave car il expose à la mort ou aux séquelles neurosensorielles. Sa fréquence est au moins de 3 pour 100 000 en France (soit environ 20 cas par an).

Des recommandations du CNGOF 2017 précise qu'un traitement antiviral peut être initié devant la suspicion d'un épisode initial d'herpès génital sans attendre les résultats des examens biologiques en fonction de l'état clinique et du délai attendu des résultats, compte tenu du risque d'herpès néonatal plus important lorsque l'épisode initial survient à proximité de l'accouchement (risque d'excrétion virale et absence de séroconversion maternelle protectrice pour le nouveau-né). Dans ce cadre, le conseil demande l'extension de la prescription à la primo-infection.

B. Développer des schémas de santé génésique dans les territoires

Depuis la loi HPST la sage-femme est compétente pour assurer le suivi gynécologique des femmes en bonne santé et prescrire la contraception. Mais aujourd'hui, ces compétences ne sont pas connues des autres acteurs de la santé. Les échanges et la collaboration sont limités.

Dans le même temps, le nombre de gynécologues médicaux a fortement diminué. Dès lors, dans de nombreux territoires l'offre de soin en matière de suivi gynécologique de prévention est déficitaire. Les femmes ne sont alors plus suivies ou se redirigent vers les médecins généralistes dont l'activité est déjà surchargée. L'objectif des projets de santé de territoire doit être d'organiser des parcours pour améliorer l'offre de soin de premier recours en santé génésique et de faciliter l'exercice coordonné entre médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes pour répondre aux besoins des femmes.

Ces schémas doivent garantir le suivi gynécologique régulier de l'ensemble des femmes quelle que soit leur situation. Ainsi, la coopération des professionnels de santé libéraux avec le champ du médico-social est primordiale. Trop souvent, les femmes en situation de handicap dans ce type de structures n'ont ni accès aux soins gynécologiques ni à la contraception ni à

l'orthogénie. Dans ce cadre, les sages-femmes permettent de garantir l'accès aux soins et réduisent les inégalités. Le programme Handigynéco de l'ARS Ile-de-France.

Dans ces schémas, les sages-femmes territoriales doivent également jouer un rôle majeur dans la prévention. Trop souvent, elles sont le seul accès aux soins gynésiques pour de nombreuses femmes. Leur nombre est aujourd'hui insuffisant.

Enfin, par le projet de santé territorial l'accès à l'IVG pourrait être facilité et simplifié par une identification claire des parcours et acteurs au sein de chaque territoire.

C. Création d'une consultation sexuelle longue pour tous les adolescents

Il est nécessaire de transformer la consultation longue IST/contraception pour les jeunes filles entre 15 et 18 ans en une consultation longue « santé sexuelle »²⁴ au bénéfice de tous les jeunes. Cette consultation plus globale qui pourra durer une heure sera prise en charge à 100% par l'assurance maladie.

L'adolescent pourra venir seul : l'obligation d'accompagnement du mineur par un adulte sera levée. Un mécanisme sera également mis en place pour garantir la confidentialité avec une suppression de toute référence à cette consultation dans les relevés de l'assurance maladie. L'adolescent bénéficiera du secret des dépenses.

Cette consultation pourra être réalisée par les sages-femmes et les médecins pour l'ensemble des adolescents. Cette mesure permettra de renforcer l'implication des praticiens de la ville dans la prévention de la santé sexuelle et reproductive. Elle renforcera également l'égalité de l'accès aux soins des jeunes dans les différents territoires. L'universalité de cette consultation permettra de mieux protéger les hommes mais également les femmes.

Cette consultation bénéficiera à l'ensemble des jeunes de 15 à 18 ans avec une approche globale de santé sexuelle et reproductive afin de :

- Mobiliser tous les adolescents en faveur de leur santé sur le thème de la contraception, de la prévention et du dépistage précoce des IST ;
- Accéder à la contraception, aux outils de prévention (dont les vaccinations) et au dépistage des IST ;
- Repérer les situations de violence mais aussi les situations de discrimination liée à l'orientation sexuelle pour une prise en charge vers des structures adaptées ;
- Sensibiliser aux risques liés à la consommation de substances psychoactives (drogues, tabac, alcool...).

D. Vers une pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes

Le CNOSF, depuis plusieurs années, plaide en faveur de la possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG instrumentales dans les établissements de santé. Cette évolution permettrait de donner une pleine compétence à la sage-femme en matière d'orthogénie.

Cette proposition est pour l'Ordre la plus à-même de garantir le droit des femmes à disposer de leur corps et de leur permettre de choisir librement la méthode pour réaliser l'arrêt de la grossesse. C'est aussi la meilleure solution pour lutter contre les inégalités territoriales d'accès à l'IVG, au regard du maillage territorial des sages-femmes.

L'IVG instrumentale, un geste endo-utérin

La sage-femme est aujourd'hui compétente et formée pour pratiquer des gestes endo-utérins comme la pose de stérilet, la délivrance artificielle ou la révision utérine.

L'IVG instrumentale est un geste endo-utérin. Depuis 2016, l'Organisation mondiale de la santé préconise l'intervention autonome des sages-femmes dans l'IVG instrumentale au premier trimestre de la grossesse.

²⁴ Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020

La technicité du geste est simple mais comme pour tout acte endo-utérin, il est nécessaire d'être particulièrement prudent et attentif aux réactions et paroles des femmes.

Par leur formation initiale, les sages-femmes ont une connaissance parfaite de la physiologie de la femme. La sage-femme est un personnel médical capable de réaliser les IVG instrumentales des femmes en bonne santé, dès lors qu'elle a suivi une formation complémentaire et répond à des qualifications professionnelles.

Un préalable : une formation complémentaire et une pratique suffisante

La capacité d'effectuer une IVG instrumentale ne peut pas être ouverte à l'ensemble des sages-femmes. Pour pouvoir exercer pleinement, cette compétence la sage-femme devra à la fois suivre une formation complémentaire (théorique et pratique) lui permettant de réaliser l'ensemble des actes nécessaires à un avortement instrumental mais aussi avoir des expériences minimales spécifiques. Il s'agira notamment d'une formation à la pratique des échographies, de l'aspiration et de l'anesthésie locale. Enfin, deux expériences cumulatives pourraient être requises : une première comme sage-femme en bloc gynécologique et une seconde dans un centre de planification familiale.

Des risques similaires pour les deux méthodes

Selon les Recommandations pour la pratique clinique (RPC) de 2016 du CNGOF, les taux de succès, de complications et d'effets secondaires sont très similaires entre l'IVG médicamenteuse et instrumentale. Ce rapport réaffirme également que le risque de décès à la suite d'une IVG est de l'ordre de moins d'une femme pour 100 000, soit largement inférieur au risque de décès en post-partum, estimé à 10 femmes pour 100 000 naissances vivantes par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) en 2017.

Quelle que soit la méthode, l'hémorragie constitue le principal risque, mais reste néanmoins très rare, puisqu'elle survient dans 1 % des IVG.

Pour l'IVG par aspiration (instrumentale), le risque de perforation utérine demeure « exceptionnel ». Il est estimé entre 0,4 et 0,9 % par la HAS. Par ailleurs, cette méthode ne semble pas augmenter le risque d'infertilité ultérieure, le risque d'anomalie d'insertion placentaire ultérieure, ni le risque d'accouchement prématuré ultérieur selon les RPC du CNGOF.

L'objectif est de disposer de praticiens supplémentaires formés et volontaires pour offrir aux femmes un véritable choix et de réduire les inégalités d'accès à l'IVG.

V. Des attentes fortes en termes de déroulement des carrières et de rémunération

La grande enquête du Conseil de l'Ordre auprès des sages-femmes pour connaître et comprendre leurs attentes et leurs espoirs pour la profession permet de dresser un constat éclairant grâce à une participation massive.

Les sages-femmes hospitalières dessinent trois grands axes au renouvellement de leur statut : la revalorisation des rémunérations (plus de 95%), le respect du caractère médical de la profession (plus de 82%) et enfin l'amélioration de l'évolution professionnelle par la formation continue (plus de 49%).

Les sages-femmes en ville exercent ont exercice plutôt isolé : seulement 21% exercent dans une structure d'exercice coordonné et seulement 40% voient les CPTS comme une opportunité pour la profession.

A. Un statut renouvelé dans la fonction publique : revaloriser les carrières en garantissant le respect du caractère médical de la profession et en renforçant l'évolution professionnelle

La profession sage-femme doit intégrer sans ambiguïté la catégorie des personnels médicaux hospitaliers ou a minima le statut spécifique doit subir une profonde rénovation et se détacher de celui des paramédicaux afin de garantir le caractère médical de la profession et de permettre un exercice en autonomie et indépendance défini dans le code de déontologie.

-L'encadrement des maternités doit être assuré par des sages-femmes pour gérer l'organisation et les personnels.

-La gestion des postes au titre des emplois médicaux : une telle gestion est cohérente et indispensable avec la garantie d'une sécurité tant pour les patientes que pour les sages-femmes. Actuellement, les postes de sages-femmes sont, d'un point de vue budgétaire, gérés au sein des pôles dans la catégorie du personnel non médical. Cette gestion ne permet pas de reconnaître la spécificité de la profession et les nouveaux postes ou le calcul du nombre de CDD alloué sont mis en concurrence face aux besoins des autres catégories professionnelles.

-La gestion des carrières des sages-femmes doit être assurée systématiquement par la direction des affaires médicales et non plus par la direction des soins.

-La formation continue doit être identique à celle des autres personnels médicaux et pharmaceutiques : avec un plan de formation spécifique présenté en CME comprenant des formations spécifiques non communes avec celles des paramédicaux, un congé rémunéré de formation de 15 jours par an et une gestion de la formation médicale continue par la direction des affaires médicales.

Les formations utiles aux professionnels médicaux nécessitent plusieurs semaines d'enseignement théorique (et parfois de stage), tout comme nombre de formations universitaires complémentaires. Aujourd'hui, les sages-femmes n'ont pas les moyens de remplir correctement leurs obligations de formation continue fondamentales dans la gestion des situations de crise obstétricale et néonatale. C'est uniquement par le respect de ces conditions que les sages-femmes peuvent maintenir leurs compétences médicales et actualiser leurs connaissances par les dernières données disponibles en sciences maïeutiques.

Le contexte médico-légal omniprésent en obstétrique impose une formation régulière des sages-femmes

B. Décloisonner les carrières ville-hôpital en permettant l'accès simplifié et pérenne des sages-femmes hospitalières à l'exercice mixte

De nombreuses sages-femmes hospitalières, notamment dans les déserts médicaux, sont intéressées par la création d'une activité libérale à temps partiel notamment par le biais de maison de santé mais ne s'installent pas au vu de la difficulté, de l'absence de souplesse et de la non-pérennité. Aujourd'hui, exercice mixte hôpital/libéral nécessite l'autorisation de la direction et est limité à 3 ans maximum. Le Conseil national propose de decloisonner les carrières hôpital/ville avec la possibilité pour les sages-femmes hospitalières d'une activité mixte, pérenne dans le temps.

C. Permettre aux sages-femmes d'enseigner la physiologie, de mener des recherches concernant la maïeutique, d'encadrer les étudiants tout en continuant leur activité clinique.

L'enseignement, théorique et pratique mais aussi le tutorat assuré aux étudiants en maïeutique doit être comptabilisé dans les temps de travail :

- **Le statut de maître de stage doit être créé** pour favoriser le cumul activité clinique/enseignement. Le maître de stage est un clinicien volontaire formé à l'encadrement des étudiants. Ce statut doit concerner l'ensemble des modes d'exercices notamment dans le secteur libéral.
- **Le temps dédié au tutorat doit être reconnu, rémunéré**, et les relations avec les écoles ou départements universitaires de maïeutique doit être facilité.
- **Les enseignants doivent pouvoir obtenir un statut hospitalo-universitaire**. Ainsi, les sages-femmes titulaires d'un doctorat qui assurent les missions de formation et de soins doivent pouvoir accéder dès aujourd'hui au corps enseignant de l'enseignement supérieur de la fonction publique de l'Etat et conserver une activité clinique.

-La section CNU maïeutique doit être distinguée de la section médecine et faire l'objet de création de postes dédiés à la spécialité par le Ministère de l'enseignement supérieur.

-Le statut de directeur technique et d'enseignement freinant l'autonomie de la profession doit être supprimé.

D. Orienter davantage le programme de formation initiale en maïeutique sur la physiologie et l'eutocie

La pertinence des parcours et l'utilisation optimale des ressources en professionnels de santé impliquent plus de responsabilités des sages-femmes pour les grossesses et accouchements physiologiques.

Ainsi, afin de former les étudiants sages-femmes à l'exercice en interprofessionnalité au sein des territoires et à une prise en charge plus globale, il est nécessaire de favoriser les stages en ville notamment dans les maisons de santé pluriprofessionnelles ou les maisons de naissance.

Les stages en ambulatoire doivent être encouragés et valorisés financièrement. Trop régulièrement, ils sont négligés faute d'hébergement et à cause des frais de trajets trop importants par rapport au domicile personnel des étudiants sages-femmes.

E. Renforcer la présence des sages-femmes dans les instances de gouvernance et de démocratie sanitaire :

Pour renforcer le caractère médical de la profession et prendre en compte ses spécificités, la représentativité de la profession au sein des instances de gouvernance mais aussi des instances de démocratie sanitaire dans les territoires doit être renforcée.

Dans les établissements de santé, la présence des sages-femmes au sein des CME doit être généralisée. Les directrices des structures de formation en maïeutique à l'image les directeurs des UFR de médecine, d'odontologie et de pharmacie doivent pouvoir siéger de droit au sein des CME. Les sages-femmes doivent être également présentes au sein du Directoire.

Une sage-femme au minimum doit siéger systématiquement au sein de chaque conférence régionale de santé et de l'autonomie et de chaque conseil territorial de santé.

De même, la présence d'une sage-femme ressource dans chaque ARS doit être systématisée pour une meilleure prise en compte de la périnatalité et de la profession.

F. Revaloriser les rémunérations pour l'ensemble des modes d'exercice

La rémunération des sages-femmes doit être revalorisée comme pour l'ensemble des professionnels de la santé.

Pour la profession de sage-femme, la revalorisation doit tenir compte du niveau de formation, du caractère médical de la profession, du champ de compétences et des larges responsabilités supportées par ces professionnelles.

Si les engagements pris par le ministre des solidarités et de la santé de voir les salaires des professionnels de santé s'aligner sur ceux de l'Union européenne sont louables et justes, ceux-ci sont difficilement applicables pour la profession de sage-femme. C'est en France que le niveau de formation est le plus long et que le champ de compétences et des responsabilités est le plus large.

-Dans les établissements publics, la profession a connu une évolution salariale très réduite en 2014. Les nouvelles grilles indiciaires avaient très peu évoluer par rapport à l'ancien statut, et l'accès au grade 2, mieux rémunéré est drastiquement limité voire impossible pour un grand nombre de sages-femmes.

Aujourd'hui, le 1er grade 1er échelon pour une sage-femme dans la fonction publique hospitalière est aujourd'hui valorisé à 2085 euros bruts après 5 ans d'études pour plafonner au 10e échelon du grade 1 à 3266 euros bruts après plus de 25 ans de carrière.

La grille indiciaire doit évoluer vers un indice majoré augmenté de l'ordre de 128 points tout au long de la carrière afin de tenir compte des responsabilités médicales importantes endossées par la profession (accouchements, consultations gynécologiques et obstétricales, échographies obstétricales et fœtales).

Cette revalorisation salariale doit aussi s'appliquer aux sages-femmes de la fonction publique territoriale.

-Dans l'hospitalisation privée, les sages-femmes salariées ont des salaires moins élevés que celles exerçant dans la fonction publique hospitalière. Il faut donc que cette revalorisation salariale s'applique également aux sages-femmes exerçant en établissement privé.

-Dans le cadre de l'activité libérale, les sages-femmes doivent voir leur revenu progresser. La tarification de certains actes sages-femmes doit être revue pour notamment s'aligner avec la tarification de certains actes partagés avec d'autres professionnels de santé. Ainsi, les consultations des sages-femmes libérales sont remboursées par l'Assurance maladie à

hauteur de 25 €, contre 30 € pour une consultation gynécologique auprès d'un gynécologue conventionné.

FOCUS : SIMPLIFIER L'EXERCICE DES SAGES-FEMMES POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ET DES NOUVEAU-NES

Diminuer la charge informatique des professionnels de santé :

-Définir un plan d'investissement massif et rapide pour renouveler les systèmes d'informations hospitaliers afin de mettre à disposition des équipements modernes équipés de logiciels ergonomiques et fiables assurant une identification forte, une traçabilité efficace avec une maintenance continue.

-Acter un cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé pour favoriser l'interopérabilité entre les établissements et les professionnels de ville

Pérenniser le remboursement des actes de télémedecine réalisés par les sages-femmes

Les sages-femmes peuvent effectuer des actes de télémedecine remboursés par l'assurance maladie depuis le 19 mars à titre dérogatoire en raison de la crise sanitaire liée au nouveau coronavirus. Cependant, bien que plébiscité et très utilisé pendant la crise, son usage pourrait être fortement limité après le 10 juillet date à laquelle le régime dérogatoire devrait s'arrêter. Dans la grande enquête du CNOSF de juin 2020, près de 80% des sages-femmes libérales font de la pérennisation de la télémedecine une priorité.

Dès lors, en attendant la pérennisation du remboursement par le conventionnement, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes appelle les pouvoirs publics à maintenir la dérogation après le 10 juillet en attendant le conventionnement.

Autoriser la sage-femme à prolonger les arrêts de travail

Durant la grossesse, de nombreux arrêts de travail sont prescrits pour éviter la survenue d'une pathologie pouvant entraîner une hospitalisation. Il s'agit donc d'arrêts de travail « de prévention ». C'est pourquoi la sage-femme est aujourd'hui habilitée à les prescrire mais uniquement pour une période maximum de 15 jours, sans pouvoir toutefois les prolonger. Cependant, 15 jours ne sont pas une période suffisante pour permettre aux facteurs de risques de complications de disparaître : les sages-femmes doivent être autorisées à prolonger ces arrêts pour une période d'au moins 15 jours supplémentaires.

VI. Bibliographie

- B. Jacques, S. Purges L'accès aux soins en santé génésique et reproductive des femmes précaires et/ou migrantes du Médoc : analyse sociologique, Rapport final pour l'IREPS, Janv. 2014, 133p.
- Bénédicte Coulm, Béatrice Blondel, Sophie Alexander, Michel Boulvain, Camille Le Ray, « Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database », ACTA Obstetrica et Gynecologica, n°93, 2014, p. 908 (lien).
- Bousquet D. Rapport relatif à l'éducation à la sexualité. Répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes. Rapport n°2016-06-13-SAN-021. Haut
- Céline Puill, Les sages-femmes face à la médicalisation de la naissance et de leur formation, CHU de Rouen, 2011 (lien).
- Céline Tari et Sébastien Riquet, L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale, Educ Ther Patient/Ther Patient Educ
- Chantry AA, Sauvegrain P, Roelens I, Guiguet-Auclair C, Goyet S, Vendittelli F. Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance. Analyse des données 2018 par le groupe de recherche sur les maisons de naissance. 2019
- Collège National des Sages-Femmes, Rapport sur l'évaluation de la santé au travail des sages-femmes en France, juin 2020
- Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes ; 2016 juin
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 ; Etudes Résultats ; Juin 2016
- Drees-Dgesco. Enquêtes nationales de santé auprès des élèves scolarisés en classe de 3ème. Traitement InVS
- Enquête de périnatalité de 1995.
- Enquête de périnatalité de 2016 (lien).
- Enquête qualitative et territoriale auprès des agences régionales de santé de 2019
- Euro-Peristat project. European. European perinatal health report. Core indicators for the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015
- Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 15;7:CD003766. Review. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jul 06;7:CD003766
- J. Sandall, H. Soltani, S. Gates, A. Shennan, D. Devane, Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK, 2013.
- Jean Capsec, Denys Brand, Antoine Chaillon, Stéphane Le Vu, Alain Moreau, Françoise Cazein, Josiane Pillonel, Florence Lot, Francis Barin, Leslie Grammatico-Guillon. Caractéristiques des infections VIH très récentes et réseaux de transmission à partir des données de la déclaration obligatoire, France, 2012-2014. BEH, N° 41-42 - 29 novembre 2016
- Le Monde, « Consulter un gynécologue : la grande galère », 27 décembre 2017 ; https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-lagrandegalere_5234776_1651302.html.
- Les interruptions volontaires de grossesses en Ile-de-France, rapport de l'observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Janvier 2019
- Les maternités, rapport de la cour des comptes, 2015
- M. Boudou et coll., « Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues », Encephale, 33(5), 2007, p. 805-10.

- Mémoire de Clarisse BOUSSEAU janvier 2019 Démographie des sages-femmes dans la région des Pays de la Loire : Etat des lieux, insertion professionnelle des jeunes diplômés et perspectives d'avenir.
- N. Séjourné et coll., « Study of the relations between the pain of childbirth and postpartum, and depressive and traumatic symptoms », *Gynecol Obstet Fertil Senol.*, 46(9), 2018, p. 658-663.
- Organisation des plateaux techniques en périnatalité et effectifs sages-femmes, Collège national des sages-femmes, 2019
- Proposition de loi portant pérennisation et généralisation des maisons de naissance déposée le 17 février 2020 par le sénateur de Paris Bernard Jomier
- Proposition de protocole de coopération entre professionnels de santé, Interruption volontaire de grossesse chirurgicale par une sage-femme, Région Île-de-France, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, déposé à la HAS
- Rapport « poursuivre l'effort de revalorisation engagé pour amener le forfait IVG à un niveau permettant d'en couvrir les coûts », IGAS, 2009
- Rapport n°2013-1104-SAN-009 relatif à l'accès à l'IVG, Haut Conseil à l'égalité homme femme, 7 novembre 2013
- Recommandations pour la pratique clinique, L'interruption volontaire de grossesse, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2016
- René-Charles Rudigoz, Jacques Milliez, Yves Ville, Gilles Crépin, « De la beintraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités », *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, n°7, 18 septembre 2018, pp. 1323-1340 (lien).
- Ressources humaines pour les activités non programmées en gynécologie-obstétrique, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, 2018
- Rubrique « Neuf mois et moi », *Spirale*, n° 45, 2008, p. 199-201.
- Scan Santé 2018, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
- Statistique annuelle des établissements (1992, 2016, 2017, 2018), Drees
- Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015, Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies, décembre 2015
- Testing accès à un rdv IVG, réalisé par la société BVA pour la DGOS, 2017
- Y. Takahashi, K. Tamakoshi, « Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants », *Nagoya J Med Sci.*, 76(1-2), 2014, p. 129-138.

Séjour de la santé : bilan de l'enquête CNOSF de juin 2020 auprès des sages-femmes

Le 1^{er} juin 2020, le Conseil de l'Ordre des sages-femmes a lancé une grande enquête auprès des sages-femmes pour connaître et comprendre leurs difficultés, leurs attentes et leurs espoirs pour la profession. La participation massive (10697 réponses pour environ 23000 sages-femmes actives) permet dresser un constat à la fois éclairant et édifiant de la réalité du terrain.

Le mal être des sages-femmes dans un système de santé en crise

Les sages-femmes expriment un profond mal être : seulement 25 % évaluent positivement leur bien-être. Plus de 55% ont envisagé quitter le métier. 55% des sages-femmes hospitalières estiment ne pas avoir le temps de prodiguer des soins de qualité. Les sages-femmes estiment à près de 96% que leur métier n'est pas valorisé : leurs compétences ne sont pas connues du grand public pour 76% et les rémunérations sont jugées insuffisantes par 73%. Pour 67% des sages-femmes hospitalières, les effectifs sont insuffisants en maternité. Plus de 87 % des sages-femmes hospitalières estiment que le statut actuel dans la fonction publique est inadapté.

Les sages-femmes hospitalières dessinent trois grands axes au renouvellement de leur statut : la revalorisation des rémunérations (plus de 95%), le respect du caractère médical de la profession (plus de 82%) et enfin l'amélioration de l'évolution professionnelle par la formation continue (plus de 49%).

Les sages-femmes en ville exercent ont exercé plutôt isolé : seulement 21% exercent dans une structure d'exercice coordonné et seulement 40% voient les CPTS comme une opportunité pour la profession. Mais, pour près de 80% de ces sages-femmes, la pérennisation de la télémédecine est priorité.

Une nouvelle donne pour la périnatalité

Les sages-femmes ont exprimé une forte volonté de changement. Plus de 90% des sages-femmes souhaitent un modèle de prise en charge qui tende vers l'accompagnement global et près de 97% des sages-femmes affirment que la liberté de choix des femmes doit être mise au cœur de cette prise en charge renouvelée. Pour plus de 88% des sages-femmes le développement d'alternatives sécurisées aux maternités est une priorité. Enfin, près de 80% des sages-femmes exerçant en ville demandent la pérennisation de la télémédecine.

Faire de la sage-femme un acteur incontournable de la santé génésique des femmes

Les sages-femmes se sont appropriées pleinement leurs dernières compétences : près de 41% des sages-femmes (82% pour les libérales) déclarent réaliser des consultations de suivi gynécologique et de contraception, plus de 15% réalisent des IVG médicamenteuses et plus de 31% des répondants négatifs envisagent de se former à l'orthogénie. Pour plus de 96% des sages-femmes, la profession doit avoir une place plus importante dans les politiques de prévention et notamment pour près de 90% dans le champ de l'éducation à la vie sexuelle et affective.

Bilan du questionnaire aux sages-femmes pour le Ségur de la santé du 1er au 10 juin

10697 répondants	dont :	
	Fonction publique hospitalière	4492
	Privé	769
	Non lucratif	352
	Libéral	3269
	Mixte	538
	Territorial	478

Pratiquez-vous dans votre exercice le suivi gynécologique de prévention?

	Oui	NON	
Salariées	802	4648	
	14,72	85,28	
Libérales	2511	554	
	81,92	19,82	
Mixtes	234	140	
	62,57	37,43	
Territoriales	278	184	
	60,17	39,83	
Total	3825	5526	
	40,9	59,1	

Pratiquez-vous des IVG médicamenteuses?

	Oui	NON	
Salariées	1123	4291	
	20,74	79,26	
Libérales	277	2785	
	9,05	90,95	
Mixtes	29	344	
	7,77	92,23	
Territoriales	44	417	
	9,54	90,46	
Total	1473	7837	
	15,82	84,18	

Si non, envisagez-vous d'acquérir la compétence?

	Oui	Non	
Salariées	1244	3045	
	29	71	
Libérales	955	1824	
	34,42	65,58	
Mixtes	132	241	
	35,39	64,61	
Territoriales	122	296	
	29,19	70,81	
Total	2453	5406	
	31,21	68,79	

Evaluation de la Coordination Ville-maternité (échelle d'évaluation de 1 à 5)

	1	2	3	4	5	
Salariés	393	1000	2057	995	139	2,89
	8.57 %	21.82 %	44.87 %	21.71 %	3.03 %	
Libéraux	851	913	854	217	43	2,2
	29.57 %	31.72 %	29.67 %	7.54 %	1.49 %	
Mixtes	73	99	112	50	5	2,45
	21.53 %	29.2 %	33.04 %	14.75 %	1.47 %	
Territoriales	30	82	192	99	11	2,95
	7.25 %	19.81 %	46.38 %	23.91 %	2.66 %	
Total	1347	2094	3215	1361	198	2,63
	16,40	25,49	39,14	16,57	2,41	

Comment améliorer le Prado ?

	Renforcé	Echanges directs	Solutions technologiques	Autres	Ne se prononce pas	
Salariés	2255	1290	147	211	735	
	18,51	27,75	15,81	4,54	15,81	
Libérales	1150	1051	126	256	309	
	39,68	36,27	4,35	8,83	10,66	
Mixtes	148	109	17	26	42	
	43,27	31,87	4,97	7,6	12,28	
Territoriales	165	133	7	56	0	
	41,35	33,33	1,75	14,04	0	
Total	3718	2583	297	549	1086	
	45,16	37,22	3,61	7,14	13,19	

Evaluation de votre relation avec les autres professionnels (évaluation sur une échelle de 1 à 5)

	Médecin généraliste	Gynécologue obstétricien	Gynécologue médical	pédiatres	autres médecins	Pharmaciens	Kiné	Autres	
Salariés	1,67	2,91	1,99		2,61	2,08		1,74	2,9
Libérales	2,43	2,43	1,99		2,09	2	3,13	2,24	2,02
Mixtes	2,07	2,75	1,94		2,33	1,85	2,7	2,08	2,08
Territoriales	1,73	2,26	1,69		1,95	1,85	2,32	1,56	3,5

Comment évaluer-vous votre bien-être professionnel? (évaluation sur une échelle de 1 à 5)

	1	2	3	4	5	
Salariés	552	1006	1376	667	72	2,65
	15.03 %	27.39 %	37.46 %	18.16 %	1.96 %	
Libérales	271	508	998	681	117	2,95
	10.52 %	19.73 %	38.76 %	26.45 %	4.54 %	
Mixtes	39	73	127	62	13	2,8
	12.42 %	23.25 %	40.45 %	19.75 %	4.14 %	
Territoriales	34	68	157	108	14	3
	8.92 %	17.85 %	41.21 %	28.35 %	3.67 %	
Total	896	1655	2658	1518	216	6943
	12,9	23,8	38,3	21,9	3,1	2,78

Avez vous envisagé de changer de profession indépendamment de la crise?

	Oui	Non	
Salariées	2145	1522	
	58,48	41,49	
Libérales	1326	1245	
	51,48	48,52	
Mixtes	182	131	
	58,15	41,85	
Territoriales	165	218	
	42,93	57,07	
Total	3818	3116	
	55,1	44,9	

Estimez vous avoir assez de temps pour soigner correctement ? (évaluation sur une échelle de 1 à 5)		1	2	3	4	5	
Salariées		830	1188	1042	506	93	2,41
		22.68 %	32.47 %	28.48 %	13.83 %	2.54 %	
Libérales		84	265	674	1113	433	3,6
		3.27 %	10.32 %	26.24 %	43.32 %	16.85 %	
Mixtes		39	63	106	85	20	2,95
		12.46 %	20.13 %	33.87 %	27.16 %	6.39 %	
Total		953	1516	1822	1704	546	6541
		14,6	23,2	27,9	26,1	8,3	2,9
Les compétences des sages-femmes sont-elles connues par le grand public? (évaluation sur une échelle de 1 à 5)		1	2	3	4	5	
Salariées		1420	1295	767	144	27	1,92
		38.87 %	35.45 %	21%	3.94 %	0.74 %	
Libérales		1150	910	439	56	9	1,78
		44.85 %	35.49 %	17.12 %	2.18 %	0.35 %	
Mixtes		125	110	66	8	2	1,88
		40.19 %	35.37 %	21.22 %	2.57 %	0.64 %	
Territoriales		97	141	113	26	3	2,67
		25.53 %	37.11 %	29.74 %	6.84 %	0.79 %	
Total		2792	2456	1385	234	41	6908
		40,42	35,55	20,05	3,39	0,59	1,88
La profession est-elle assez valorisée ?		1	2	3	4	5	
		2843	652	134	15	6	1,27
		77.89 %	17.86 %	3.67 %	0.41 %	0.16 %	
La question de la rémunération est-elle une priorité? (évaluation échelle de 1 à5)		Oui	Non				
Salariées		191	194	550	859	1854	4,09
		5.24 %	5.32 %	15.08 %	23.55 %	50.82 %	
Libérales		72	130	534	803	1022	4
		2.81 %	5.08 %	20.85 %	31.35 %	39.91 %	
Mixtes		6	12	48	93	152	4,2
		1.93 %	3.86 %	15.43 %	29.9 %	48.87 %	
Territoriales		13	16	88	127	136	3,94
		3.42 %	4.21 %	23.16 %	33.42 %	35.79 %	
Total		282	352	1220	1882	3164	6900
		4,09	5,10	17,68	27,28	45,86	4,06
D'après vous, les effectifs dans maternités sont-ils insuffisants ?		Oui	Non				
Salariées		67,38	32,62				
Le statut actuel de la fonction public hospitalière est-il satisfaisant?		Oui	Non				
Salariées		466	3159				
		12,86	87,14				
Mixte		40	271				
		12,86	87,14				
Total		506	3430				
		12,86	87,14				
		Reconnaissance du caractère médical de la profession (respect de l'indépendance professionnelle...)		Amélioration de la formation continue (durée et financement)			
Quelles sont vos 5 priorités pour statut renouvelé?	Respect des compétences		Rémunération	Evolution professionnelle			
Salariées	2104	2899	3366	1471	1862		
	58,44	80,53	93,5	40,86	51,72		
Mixtes	170	220	258	118	133		
	63,2	81,78	95,91	43,87	49,44		
La formation initiale doit elle évoluer?		Oui	Non				
Salariées		2320	1292				
		64,93	35,07				
Libérales		1855	660				
		73,76	26,24				
Mixtes		213	93				
		69,61	30,39				
Territoriales		262	115				
		69,5	30,5				
Total		4650	2160				
		68,3	31,7				
Le modèle d'accompagnement de la femme enceinte doit-il devenir plus global?		Oui	Non				
Salariées		3105	369				
		89,38	10,62				
Libérales		2268	208				
		91,6	8,4				
Mixtes		597	50				
		92,27	7,71				
Territoriales		338	35				
		90,63	9,38				
Total		6308	662				
		90,50	9,50				
Le système doit-il être centré sur la liberté de choix des femmes?		Oui	NON				
Salariées		3506	154				
		95,55	4,45				
Libérales		2438	40				
		98,35	1,62				
Mixtes		632	14				
		97,83	2,17				
Territoriales		364	8				
		97,85	2,15				
Total		6940	216				

		96,98	3,02
Souhaitez-vous le développement d'alternatives sécurisées aux maternités?	Oui	Non	
Salariées		3005	451
		86,95	13,05
Libérales		2211	264
		89,33	10,67
Mixtes		579	66
		89,77	10,23
Territoriales		336	35
		90,32	9,68
Total		6131	816
		88,25	11,75

Actuellement, le suivi du post-partum est-il suffisant?	Oui	Non	
Salariées		615	2828
		17,86	82,24
Libérales		627	1834
		25,48	74,52
Mixtes		131	503
		20,66	79,34
Territoriales		48	323
		12,94	87,06
Total		1421	5488
		20,6	79,4

La sage-femme doit elle avoir une place plus importante dans les politiques de prévention?	Oui	Non	
Salariées		3304	138
		95,99	4,01
Libérales		2353	108
		95,61	4,39
Mixtes		615	19
		97	3
Territoriales		364	7
		98,11	1,89
Total		6636	272
		96,1	3,9

Sur quels sujets la sage-femme doit elle intervenir prioritairement?	Education à la vie sexuelle et affective	Prévention de l'infertilité	Suivi gynécologique	Autre	
Salariées	2959	1328	2583		413
	89,85	40,32	76,54		12,54
Libérales	2120	1081	1854		370
	90,29	46,04	78,96		15,76
Mixtes	527	209	453		82
	85,69	33,98	73,66		13,33

La CPTS représente-elle une opportunité pour les sages-femmes? (évaluation de 1 à 5)	1	2	3	4	5	
Libérales	398	348	803	640	422	3,13
	15.24 %	13.33 %	30.75 %	24.51 %	16.16 %	
Mixtes	49	43	105	74	44	3,07
	15.56 %	13.65 %	33.33 %	23.49 %	13.97 %	
Total	447	391	908	714	466	2926
	15,3	13,4	31,0	24,4	15,9	3,1

Appartenez vous à une structure d'exercice coordonné?	Oui	Non	
Libérales		590	2194
		21,19	78.81 %
Mixtes		53	280
		15,92	84.08 %
Total		643	2474
		20,6	79,4

Avez-vous utilisé la télémedecine pendant la crise?	Oui	Non	
Libérales		2611	498
		83,98	16,02
Mixtes		339	136
		71,37	28,63
Total		2950	634
		82,3	17,7

Souhaitez vous la pérennisation de la télémedecine?	Oui	Non	
Libérales		2083	515
		80,18	19,82
Mixtes		238	83
		74,14	25,86
Total		2321	598
		79,5	20,5



Séjour de la santé : propositions du CNOF

18 QUESTIONS



4214
participants



8997
commentaires

Répondre aux besoins et aux désirs des femmes pour leur santé génésique et la périnatalité en organisant des états généraux rassemblant l'ensemble des acteurs concernés.

évaluation avec commentaires



3336 /4214 votes

Développer un accompagnement personnalisé, coordonné et centré sur la femme.

évaluation avec commentaires



3343 /4214 votes

Renforcer les effectifs de sage-femme pour les activités non-programmées en maternité.



évaluation avec commentaires



3135 /4214 votes

Organiser la prise en charge des femmes à travers l'engagement maternité intégré au projet de santé de chaque territoire.



évaluation avec commentaires



2955 /4214 votes

Renforcer le lien ville-hôpital en créant de véritables parcours coordonnés pour les femmes enceintes au sein de chaque territoire.



évaluation avec commentaires



3004 /4214 votes

Généraliser l'entretien post-natal précoce pour prévenir la dépression du post-partum.



évaluation avec commentaires



3002 /4214 votes

Renforcer la place de la sage-femme dans la santé génésique.



évaluation avec commentaires



2931 /4214 votes

Transformer la consultation longue IST contraception pour les jeunes filles de 15 à 18 ans en une consultation longue « santé sexuelle » au bénéfice de tous les jeunes.

évaluation avec commentaires



2906 /4214 votes

Elargir la liste de prescription des sages-femmes pour la mettre en cohérence avec leur pratique et répondre aux besoins des femmes

évaluation avec commentaires



2939 /4214 votes

Donner la pleine compétence orthogénique aux sages-femmes en leur permettant de pratiquer les IVG instrumentales dans les établissements de santé sous condition de suivre une formation complémentaire.

évaluation avec commentaires



2821 /4214 votes

Un statut renouvelé dans la fonction publique : revaloriser les carrières en garantissant le respect du caractère médical de la profession et en renforçant l'évolution professionnelle



évaluation avec commentaires



2864 /4214 votes

Décloisonner les carrières ville-hôpital en permettant l'accès simplifié et pérenne des sages-femmes hospitalières à l'exercice mixte.

évaluation avec commentaires

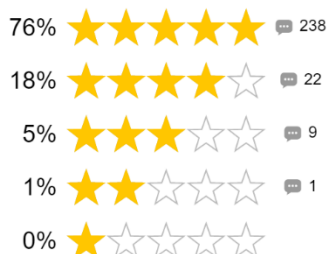


2876 /4214 votes

Renforcer la présence des sages-femmes dans les instances de gouvernance et de démocratie sanitaire



évaluation avec commentaires

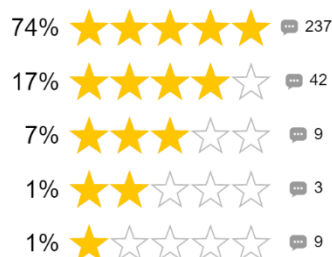


2885 /4214 votes

Permettre aux sages-femmes d'enseigner la physiologie, de mener des recherches concernant la maïeutique, d'encadrer les étudiants tout en continuant leur activité clinique.



évaluation avec commentaires



2910 /4214 votes

Revaloriser les rémunérations pour l'ensemble des modes d'exercice pour tenir compte du niveau de formation, du champ de compétences et des larges responsabilités des sages-femmes.



évaluation avec commentaires



2916 /4214 votes

Proposition du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes de modification de la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes (juin 2020)

Chez la femme

I. - En primo-prescription

2° - Anti sécrétoires gastriques

Demande de rajout de la molécule esomeprazole comme autre molécule préférentielle dans les inhibiteurs de la pompe à protons. L'omeprazole est la molécule de référence de la famille des inhibiteurs de la pompe à protons utilisé pendant la grossesse. Par extension, l'esomeprazole est aussi parfois utilisé dans ce cadre. Une extension de recommandation à cette molécule est donc demandée par le conseil national.

3° - Anesthésiques locaux

Demande d'ajout des formes crème ou patch de lidocaïne/prilocaine.
Cette demande est motivée par la compétence des sages-femmes en gynécologie de prévention et contraception, notamment dans le cadre de la pose d'implant. La pose d'un implant peut être localement douloureuse. Un patch de lidocaïne/prilocaine posé 2 à 3 heures permet de réduire la sensation de douleur.

5° - Anti-infectieux

Demande de regroupement des numéros 5° 6° 7° et 12° pour regrouper tous les anti-infectieux (antibiotiques, antifongiques, antiparasitaires et antiviraux) sous un seul paragraphe

- Demande d'ajout des traitements des cystites simples hors grossesse

Les sages-femmes, dans le cadre de la gynécologie de prévention, sont amenées à voir des patientes présentant une cystite simple sans facteur de risque qu'elles ne peuvent pas traiter. Elles sont donc obligées de les adresser à leur médecin traitant pour qu'il prescrive le traitement. Cela fait un réel retard de prise en charge à risque de complications dans un cadre initialement simple. Il existe des recommandations précises de prise en charge des cystites simples sans facteurs de complication (HAS 2016) Il est à noter que les sages-femmes peuvent traiter ces cystites pendant la grossesse depuis plusieurs années !

- Demande d'ajout des traitements de certaines IST (infections à **Chlamydia trachomatis**, **Neisseria gonorrhoeae**, **Trichomonas vaginalis**)

Il s'agit d'un problème de santé publique. On estime à plus de 100 000 nouveaux cas par an en France. Les conséquences du non-traitement ou traitement tardif de ces infections sont graves et peuvent mener à des complications sévères pour la femme (infections aiguës) et/ou une



ORDRE DES SAGES-FEMMES

Conseil National

stérilité secondaire. Dans le cas des 3 IST citées ci-dessus, des recommandations pour des traitements de première intention, simples, efficaces existent et ne pas les mettre en œuvre représente une perte de chance forte pour les patientes.

Dans le cadre du suivi gynécologique les sages-femmes sont amenées à dépister ces infections et sont obligées d'adresser la femme à un médecin pour la prescription des traitements anti-infectieux.

Les remontées du terrain tendent à démontrer que de nombreuses femmes ne consultent pas leur médecin pour obtenir ces traitements. Il nous semble donc indispensable que les sages-femmes puissent accéder à la prescription de ces traitements de première ligne selon les recommandations en vigueur et non renouvelable.

- Demande d'ajout des traitements par voie orale des Anti-infectieux par voie locale ou orale dans le traitement curatif de première ligne des vaginoses

Dans le cadre de la gynécologie de prévention, les sages-femmes sont amenées à suivre des patientes présentant des vaginoses bactériennes, conséquence d'un déséquilibre de la flore bactérienne et pouvant évoluer vers des infections génitales hautes.

Jusqu'à maintenant, les sages-femmes avaient la possibilité de prescription des traitements locaux dans ce cadre (vaginose et vaginite). Or, le traitement de ces vaginoses est simple, recommandé et est plus efficace par voie orale que par voie locale. Pour mettre en cohérence les prescriptions des sages-femmes avec les recommandations, nous souhaitons donc faire évoluer les possibilités de prescription pour permettre les traitements oraux.

- Demande d'ajout des traitements de primo-infection d'herpès génital pendant la grossesse

Les sages-femmes ont déjà la prescription des traitements de récurrence d'infections à herpès génital pendant la grossesse.

Dans le cadre des grossesses, l'herpès néonatal est grave car il expose à la mort ou aux séquelles neurosensorielles. Sa fréquence est au moins de 3 pour 100 000 en France (soit environ 20 cas par an).

Des recommandations du CNOF 2017 précise qu'un traitement antiviral peut être initié devant la suspicion d'un épisode initial d'herpès génital sans attendre les résultats des examens biologiques en fonction de l'état clinique et du délai attendu des résultats, compte tenu du risque d'herpès néonatal plus important lorsque l'épisode initial survient à proximité de l'accouchement (risque d'excrétion virale et absence de séroconversion maternelle protectrice pour le nouveau-né). Dans ce cadre, le conseil demande l'extension de la prescription à la primo-infection.

9° - Anti-inflammatoires

Les sages-femmes ne peuvent prescrire à ce jour des AINS que dans le cadre du post-partum immédiat et post-abortion.

Une demande de suppression des précisions concernant la prescription des AINS a été



souhaitée très fortement par les sages-femmes et reprise par le Conseil. Suite aux échanges avec les CRPV, il a été décidé de changer notre position et de modifier l'intitulé pour rajouter les possibilités de prescriptions dans le cadre des dysménorrhées primaires uniquement.

Dans le cadre fréquent des dysménorrhées primaires, sans lien avec une pathologie et très invalidantes pour les femmes, un traitement de première intention prescriptible par les sages-femmes nous semble nécessaire, sans risque de retard de prise en charge d'éventuelles pathologies sous-jacentes.

15° - Topiques à activité trophique et protectrice

Demande d'ajout des topiques vaginaux œstrogène et progestatifs. Dans l'exercice du suivi gynécologique de prévention, les sages-femmes sont amenées à suivre des patientes présentant des sécheresses vaginales physiologiques dans le cadre de la ménopause ou du post-partum.

22° - Vaccins

Demande d'ajout « obligatoires ou recommandés » sans précision de tous les vaccins.

Il faut environ 2 ans pour obtenir une modification de la liste des médicaments. Or, il est essentiel que nos droits de prescriptions soient parfaitement en phase avec les recommandations vaccinales et les vaccins existants.

Pour exemple, le vaccin monovalent contre la rubéole a cessé d'être fabriqué il y a quelques années. Comme à l'époque, seul le vaccin contre la rubéole était dans notre liste et non le ROR, les sages-femmes n'ont pas pu vacciner des milliers de patientes. Il a fallu 1 an 1/12 pour que la liste soit modifiée.

Cette situation ne devrait jamais se reproduire. Dans ce cadre, nous souhaitons la suppression du détail des différents vaccins.

25° - Médicaments anti progestatifs et prostaglandines

Demande d'ajout « et dans le cadre des grossesses arrêtées. »

Le CNOSF souhaite une extension des compétences des SF pour la prise en charge des grossesses arrêtées du 1^{er} trimestre non hémorragique qui nécessiteraient ce type de thérapeutique. Pouvant déjà réaliser les IVG médicamenteuses jusqu'à 7 semaines d'aménorrhées, les protocoles de prise en charge des grossesses arrêtées sont très proches voir équivalents. Il est dans les compétences des sages-femmes que de poser un diagnostic de grossesse arrêtée (contrairement à ce qu'indique le CRPV). Dans ce cadre, il nous semblerait donc normal que les sages-femmes puissent proposer ce service aux femmes.



ORDRE DES SAGES-FEMMES

Conseil National

Chez la femme

II. - Les sages-femmes sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin des médicaments suivants :

2° Alpha methyl dopa

L'Alpha methyl dopa est une thérapeutique au long cours très utilisée pendant la grossesse pour les patientes présentant une hypertension artérielle chronique. Ces patientes ont un suivi spécifique pendant la grossesse et sont amenées à effectuer de nombreux suivis à domicile ou en structure pour le suivi de leur hypertension. Il nous paraît donc nécessaire que les sages-femmes puissent effectuer la re-prescription de ce traitement pour éviter une interruption de traitement.

3° - Antifibrinolytiques par voie orale

Dans le cadre du suivi gynécologique, la demande des sages-femmes est de pouvoir prescrire le traitement recommandé qui est un antifibrinolytique par voie orale, dans le cadre de règles très abondantes voire hémorragiques, après ou en même temps que des examens complémentaires sont prescrits (échographies notamment) pour améliorer la qualité de vie de la patiente.

4° - Insuline

Le diabète gestationnel est une intolérance aux glucides qui pendant la grossesse peut avoir des conséquences néfastes sur la mère comme sur l'enfant. Il doit donc être dépisté et traité. La prévalence en France du diabète gestationnel ne cesse d'augmenter (8% en 2012 contre 3,5 % en 2004).

Les sages-femmes sont donc amenées à prendre en charge de plus en plus de femmes atteintes par cette maladie. Le traitement de première intention est un régime hypoglycémique adapté ainsi qu'une auto-surveillance des glycémies et une activité physique.

Le traitement par insuline est réservé aux femmes pour qui les mesures hygiéno-diététiques ne suffisent pas pour atteindre l'équilibre glycémique. Des injections d'insuline rapide de type "analogues rapides" peuvent être prescrites, de même que des insulines lentes de type NPH, si nécessaire.

Pour ces patientes, un co-suivi est organisé entre diabétologue, gynécologues obstétriciens et sages-femmes. Les sages-femmes sont notamment amenées à suivre très régulièrement ces femmes (1 à 2 fois par semaine dans le dernier trimestre.). L'interruption du traitement par l'insuline peut avoir des conséquences très néfastes sur la mère et l'enfant. C'est dans ce cadre que le CNOSF souhaite obtenir pour les sages-femmes la possibilité de renouveler ce traitement dans le cadre de protocoles établis avec le diabétologue ou le gynécologue obstétricien.



ORDRE DES SAGES-FEMMES

Conseil National

Chez les nouveau-nés

I.- En primo-prescription

4° - Antifongiques

Demande d'ajout de la primo-prescription des antifongiques oraux chez le nouveau-né dans le cadre des candidoses buccales

Les patientes des sages-femmes libérales se font refuser dans de nombreuses pharmacies la prescription car le traitement utilisé qui est un antifongique local est placé dans la bouche (pour les candidoses buccales du nouveau-né). Ils considèrent donc cela comme une forme orale et refusent de délivrer la prescription.

Si précision sur la candidose buccale, remettre également antifongiques locaux dans le traitement du siège

11° - Antiacides gastriques et pansements

Demande d'ajout de la primo-prescription des antiacides gastriques à action locale et pansements gastro-intestinaux dans le cadre d'un reflux mineur, post alimentation ou des coliques physiologique du nouveau-né.

12° - Suppositoires laxatifs

Demande d'ajout de la primo-prescription des suppositoires à la glycérine au nourrisson.

N° 323

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

Enregistré à la Présidence du Sénat le 17 février 2020

PROPOSITION DE LOI

portant pérennisation et généralisation des maisons de naissance,

PRÉSENTÉE

Par MM. Bernard JOMIER, Patrick KANNER, Jacques BIGOT, Maurice ANTISTE, Mme Viviane ARTIGALAS, MM. Claude BÉRIT-DÉBAT, Joël BIGOT, Mme Maryvonne BLONDIN, MM. Martial BOURQUIN, Thierry CARCENAC, Mmes Catherine CONCONNE, Hélène CONWAY-MOURET, MM. Michel DAGBERT, Yves DAUDIGNY, Mme Marie-Pierre de la GONTRIE, MM. Gilbert-Luc DEVINAZ, Jérôme DURAIN, Rémi FÉRAUD, Mme Corinne FÉRET, M. Jean-Luc FICHET, Mme Martine FILLEUL, M. Hervé GILLÉ, Mmes Nadine GRELET-CERTENAIS, Annie GUILLEMOT, Laurence HARRIBEY, M. Olivier JACQUIN, Mmes Victoire JASMIN, Gisèle JOURDA, MM. Éric KERROUCHE, Bernard LALANDE, Jean-Yves LECONTE, Mme Claudine LEPAGE, M. Jean-Jacques LOZACH, Mme Monique LUBIN, MM. Jacques-Bernard MAGNER, Christian MANABLE, Rachel MAZUIR, Mmes Michelle MEUNIER, Marie-Pierre MONIER, Angèle PRÉVILLE, Laurence ROSSIGNOL, MM. Jean-Pierre SUEUR, Rachid TEMAL, Mme Nelly TOCQUEVILLE, MM. Jean-Marc TODESCHINI, Jean-Louis TOURENNE, Mme Sabine VAN HEGHE, M. Yannick VAUGRENARD et les membres du groupe socialiste et républicain,

Sénateurs

(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

Les maisons de naissance, inspirées de modèles existant depuis plus de quarante ans à l'étranger, n'ont fait leur apparition que récemment en France.

Nées d'une volonté commune de sages-femmes et de parents, leur expérimentation a été rendue possible par la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013, à l'initiative de la sénatrice Muguette DINI. Après la publication du décret en novembre 2015, huit maisons de naissance ont ouvert leurs portes pour une durée de cinq ans : à Nancy en Meurthe-et-Moselle, Sélestat dans le Bas-Rhin, Bourgoin-Jallieu et Grenoble en Isère, Saint-Paul à La Réunion, Baie-Mahault à la Guadeloupe, Castres dans le Tarn et à Paris.

En peu de temps, elles ont prouvé qu'elles répondaient à de réels besoins et se sont imposées comme une nouvelle offre de santé périnatale complémentaire aux soins prodigués dans les maternités.

Une maison de naissance est une structure autonome de suivi médical des grossesses, de l'accouchement et de ses suites, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes. Elle s'adresse aux femmes sans antécédents particuliers, désireuses d'un accompagnement global, d'un accouchement physiologique sécurisé et de soins du post-partum réalisés au domicile suite à leur retour quelques heures après la naissance. La femme et son entourage bénéficient ainsi d'un suivi personnalisé par une ou deux sages-femmes depuis le début de la grossesse jusqu'à au moins deux mois après l'accouchement.

La sécurité est assurée par la présence constante de sages-femmes expérimentées, expertes dans le dépistage de pathologies et dans la pratique des premiers soins d'urgence pour la mère et le nouveau-né. La proximité avec le service de la maternité dont chaque maison de naissance est partenaire permet en outre un transfert rapide de la parturiente ou du nouveau-né si nécessaire.

Une étude réalisée par une équipe de l'Inserm a porté sur l'activité des huit structures tout au long de l'année 2018. Elle a permis de confirmer que les exigences en matière de pertinence, d'efficacité et de sécurité des soins prodigués dans ces structures sont au rendez-vous. Publiée en novembre 2019 à l'occasion d'une restitution accueillie au Sénat, elle a révélé un niveau de sécurité satisfaisant et conforme aux données de sécurité sanitaire étudiées sur des cohortes de population plus importantes, au Royaume-Uni ou en Australie notamment. Les maisons de naissance françaises répondent ainsi aux recommandations de la Haute Autorité de santé publiées en 2016 concernant le déroulé de l'accouchement normal.

Chacune des huit maisons de naissance françaises a fait face à une augmentation constante des demandes, à tel point qu'elles se voient aujourd'hui obligées de refuser d'accompagner des parents par manque de place. À la maison de naissance parisienne, moins de 30 % des demandes peuvent être acceptées.

Cet engouement est la traduction d'évolutions sociétales plus globales. Les femmes recherchent de plus en plus une diversification de l'offre de périnatalité et en particulier, lorsqu'elles ne présentent pas de risques obstétricaux, la possibilité d'accoucher dans un environnement moins technicisé. En 2016, 14,6 % des femmes interrogées à leur arrivée à la maternité déclaraient ne pas souhaiter d'analgésie péridurale. La qualité de l'accueil du nouveau-né dans l'intimité familiale et l'implication du conjoint à toutes les étapes font également partie des revendications croissantes des futurs parents.

Les sages-femmes, dont la physiologie est la compétence première, sont par ailleurs entièrement satisfaites de ce modèle car leur pratique professionnelle y est complète et diversifiée. Elles sont valorisées et investies dans l'exercice autonome de la direction médicale, financière et administrative de la structure, dans un esprit d'horizontalité.

Ainsi, tant sur le plan du respect de l'autonomie de la femme, du suivi personnalisé qui intègre pleinement les deux parents que des aspirations des sages-femmes dans l'exercice de leur profession, les maisons de naissance répondent à des besoins identifiés. Selon une étude Ipsos révélée en février 2020, une femme sur cinq, soit près de 20 %, souhaiterait accoucher dans une maison de naissance.

La loi prévoyait que le Gouvernement présente au Parlement un bilan de l'expérimentation en novembre 2019, soit un an avant la fin de l'expérimentation prévue le 23 novembre 2020. Des éléments de réponses aux enjeux du modèle organisationnel, juridique et économique, propres à pérenniser les maisons de naissance dans notre système de santé, sont particulièrement attendus de ce rapport non encore publié. Concrètement et à très court terme, l'absence d'initiative législative de la part du Gouvernement pour proroger l'expérimentation fait peser d'importants risques sur les maisons de naissance qui continuent d'accueillir des femmes pour des accouchements prévus à l'automne 2020. À plus long terme, leur déploiement sur tout le territoire national rejoint l'ambition de rattraper le retard qu'accuse la France sur ses voisins européens en matière d'offre diversifiée en santé périnatale.

La présente proposition de loi a ainsi pour objet la pérennisation des maisons de naissance existantes et propose un modèle juridique et organisationnel permettant leur généralisation.

L'article 1^{er} de la proposition de loi définit les maisons de naissance au travers de leurs missions, de leur organisation et d'un statut juridique. Il insère pour cela un nouveau chapitre dans le code de la santé publique.

La maison de naissance est nécessairement liée à un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique avec lequel elle conclut une convention. Le contenu de cette convention, qui comprend notamment les modalités d'accès rapide des parturientes et des nouveau-nés vers l'établissement partenaire, est précisé par un arrêté du ministre en charge de la santé.

Le nouveau chapitre prévoit les modalités de création et de gestion des maisons de naissance par des organismes à but non lucratif et détaille les modalités par lesquelles le directeur général de l'agence régionale de santé décide d'autoriser la structure à fonctionner ou, en cas de manquement, de faire cesser son activité. Les maisons de naissance sont autorisées à fonctionner si le projet d'établissement respecte un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de Santé et après signature d'un engagement de conformité dont le contenu est précisé par un arrêté du ministre en charge de la santé.

L'article 2 permet aux maisons de naissance de percevoir une dotation de financement du fonds d'intervention régional des agences

régionales de santé, au même titre que les centres de santé et maisons de santé.

L'article 3 prévoit l'entrée en vigueur de la présente proposition de loi, à l'exception de l'article 4, à compter du 1^{er} janvier 2021. Ceci afin que les décrets d'application puissent prendre en compte les dispositions qui pourraient être prises en loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 concernant les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des sages-femmes exerçant dans les maisons de naissance.

L'article 4 tire les conséquences du précédent article en prorogeant le cadre expérimental des huit maisons de naissance existantes jusqu'au 31 décembre 2020. Il prévoit en outre que le Gouvernement remette un rapport au Parlement avant le 31 décembre 2020 exposant les perspectives de développement des maisons de naissance, avec pour objectif une généralisation dans l'ensemble des départements d'ici 2025. **L'article 5** vise à gager les éventuelles charges résultant pour l'État de la présente proposition de loi.

Proposition de loi portant pérennisation et généralisation des maisons de naissance

Article 1^{er}

- ① Le chapitre III *ter* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi rétabli :
- ② « CHAPITRE III TER
- ③ « **Maisons de naissance**
- ④ « Art. L. 6323-4. – Les maisons de naissance sont des structures sanitaires sous la responsabilité de sages-femmes qui réalisent l'accouchement des parturientes dont elles ont assuré la préparation à la naissance et à la parentalité ainsi que le suivi médical de grossesse dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3.
- ⑤ « La maison de naissance conclut obligatoirement une convention avec un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, dont le contenu est précisé par un arrêté du ministre en charge de la santé. La convention comprend notamment les modalités d'accès vers l'établissement partenaire en cas de nécessité de transport rapide des parturientes et des nouveau-nés.
- ⑥ « Si nécessaire, la maison de naissance peut conclure des conventions avec d'autres structures, notamment pédiatriques.
- ⑦ « Art. L. 6323-4-1. – Outre les activités mentionnées à l'article L. 6323-4, les maisons de naissance peuvent :
- ⑧ « 1° Mener des actions de santé publique, de prévention et d'éducation thérapeutique notamment en vue de favoriser l'accès aux droits des femmes ;
- ⑨ « 2° Constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des sages-femmes.
- ⑩ « Art. L. 6323-4-2. – Les maisons de naissance sont créées et gérées soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif.
- ⑪ « Art. L. 6323-4-3. – L'exercice des professionnels au sein des maisons de naissance peut être libéral ou salarié.

- ⑫ « *Art. L. 6323-4-4.* – Les maisons de naissance peuvent être membres de communautés professionnelles territoriales de santé au sens de l'article L. 1434-12.
- ⑬ « *Art. L. 6323-4-5.* – Les maisons de naissance pratiquent le mécanisme du tiers payant mentionné à l'article L. 160-10 du code de la sécurité sociale.
- ⑭ « *Art. L. 6323-4-6.* – Préalablement à l'ouverture de la maison de naissance, le représentant légal de l'organisme gestionnaire remet au directeur général de l'agence régionale de santé un projet d'établissement élaboré dans le respect d'un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé. Le règlement de fonctionnement de la maison de naissance est annexé au projet.
- ⑮ « Les maisons de naissance conformes au cahier des charges susnommé sont autorisées à fonctionner sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé après signature par le représentant légal de l'organisme gestionnaire d'un engagement de conformité dont le contenu est précisé par un arrêté du ministre en charge de la santé.
- ⑯ « Le récépissé de cet engagement est établi par le directeur général de l'agence régionale de santé et remis ou transmis au représentant légal de l'organisme gestionnaire. Il vaut autorisation de fonctionnement.
- ⑰ « *Art. L. 6323-4-7.* – I. – Lorsqu'il est constaté un manquement compromettant la qualité ou la sécurité des soins, un manquement du représentant légal de l'organisme gestionnaire à l'obligation de transmission de l'engagement de conformité ou au respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux maisons de naissance ou en cas d'abus ou de fraude commise à l'égard des organismes de sécurité sociale ou des assurés sociaux, le directeur général de l'agence régionale de santé le notifie à l'organisme gestionnaire de la maison de naissance et lui demande de faire connaître, dans un délai qui ne peut être inférieur à huit jours, ses observations en réponse ainsi que les mesures correctrices adoptées ou envisagées.
- ⑱ « En l'absence de réponse dans ce délai ou si cette réponse est insuffisante, il adresse au gestionnaire de la maison de naissance une injonction de prendre toutes dispositions nécessaires et de faire cesser définitivement les manquements dans un délai déterminé. Il en constate l'exécution.
- ⑲ « II. – En cas d'urgence tenant à la sécurité des femmes enceintes ou lorsqu'il n'a pas été satisfait, dans le délai fixé, à l'injonction prévue au I, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité de la maison de naissance.

- ⑳ « La décision est notifiée au représentant légal de l'organisme gestionnaire de la maison de naissance, accompagnée des constatations faites et assortie d'une mise en demeure de remédier aux manquements dans un délai déterminé.
- ㉑ « S'il est constaté, au terme de ce délai, qu'il a été satisfait à la mise en demeure, le directeur général de l'agence régionale de santé, éventuellement après réalisation d'une visite de conformité, met fin à la suspension.
- ㉒ « Dans le cas contraire, le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce, soit sur le maintien de la suspension jusqu'à l'achèvement de la mise en œuvre des mesures prévues, soit sur la fermeture de la maison de naissance.
- ㉓ « *Art. L. 6323-4-8* – Chaque organisme gestionnaire d'une maison de naissance transmet annuellement au directeur général de l'agence régionale de santé les informations relatives à l'activité et aux caractéristiques de fonctionnement et de gestion de la maison de naissance dont il est le représentant légal. Les informations dont la transmission est exigée sont précisées par arrêté du ministre en charge de la santé.
- ㉔ « *Art. L. 6323-4-9.* – Les modalités d'application du présent chapitre ainsi que les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels sont définies par décret en Conseil d'État. »

Article 2

À la première phrase de l'article L. 6323-5 du code de la santé publique, après les mots : « maisons de santé », sont insérés les mots : « , maisons de naissance ».

Article 3

La présente loi, à l'exception de l'article 4, entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Article 4

- ① I. – L'expérimentation des structures « maisons de naissance » prévue par la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance est prorogée jusqu'au 31 décembre 2020.

- ② II. – Le Gouvernement remet un rapport au Parlement avant le 31 décembre 2020 exposant les perspectives de développement des maisons de naissance d’ici 2025, avec pour objectif leur généralisation dans l’ensemble des départements.

Article 5

Les conséquences financières résultant pour l’État de la présente proposition de loi sont compensées, à due concurrence, par la création d’une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.