

**« 2020 : 20 PROPOSITIONS
POUR LA SANTE DES FEMMES »**
Dossier de Presse

Séjour de la santé – Juillet 2020

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



ORDRE DES SAGES-FEMMES
Conseil National

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 télé-médecine réalisés par les sages-femmes.

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

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. Aujourd'hui, garantir les droits sexuels et reproductifs est indispensable à l'autonomie des femmes et à leur émancipation, ainsi l'égalité entre les femmes et les hommes.

La sage-femme accompagne par essence les femmes dans leur grossesse quelle qu'en soit l'issue. Mais la profession a muté pour suivre les évolutions des besoins et des désirs des femmes. Pour répondre aux besoins dans le domaine de la prévention et plus particulièrement dans le domaine de la santé génésique des femmes, la sage-femme s'est adaptée. Elle assure le suivi gynécologique des femmes en bonne santé et prescrit 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. Enfin, si elles sont les professionnelles du suivi physiologique de la femme, elles peuvent également depuis 2016 prescrire et pratiquer l'IVG médicamenteuse, œuvrant au quotidien pour garantir l'accès à ce droit. Ces compétences en font désormais un acteur incontournable de la politique de santé publique et de promotion de la santé.

Démographie de la profession :

La démographie des sages-femmes a suivi le développement de leurs compétences. Les sages-femmes sont devenues les véritables portes 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 depuis 50 ans, passant de 8 000 en 1974 à 22 800 en 2018. 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 médicaux dans les territoires. Le nombre de sages-femmes est ainsi en augmentation constante. Aujourd'hui, 63% sont hospitalières, 31% ont une activité libérale exclusive ou mixte et 6% ont un autre type d'exercice dont l'activité territoriale.

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

Le bilan contrasté de la périnatalité

Depuis les années 70, le nombre des maternités a été divisé par trois : il y avait 814 maternités en 1996, 593 en 2005 et 512 en 2016. Dans le même temps, 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.

Le dernier rapport d'EUROPERISTAT (2018), la France occupait uniquement le 17^e rang : la mortalité autour de la naissance est certes basse en France comme dans les autres pays européens mais la mortalité (enfants mort-nés) atteint un niveau plutôt élevé en France (3 décès pour 1000 naissances, après exclusion des interruptions médicales de grossesse, 21^{ème} rang).

La surmédicalisation est également un trait caractéristique du modèle français et de l'évolution de l'obstétrique. Le rôle d'accompagnement et de soutien des parturientes a été bouleversé par plusieurs mutations : la généralisation de la péridurale, la hausse du taux de césarienne et le taux élevé d'épisiotomie. 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.

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.

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. De nombreux travaux ont montré une corrélation entre la prévalence de la dépression du post-partum et les modalités de la naissance. La façon dont est vécue et expliquée la naissance joue un rôle déterminant dans la survenue de la dépression du post-partum.

Enfin, de nombreux mouvements des usagers ces dernières années ont mis en évidence de nombreux problèmes. Apparu sur Twitter le 19 novembre 2014, le #PayeTonUtérus a fait émerger plus encore le problème des violences gynécologiques et obstétricales. À travers le #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. Elles désirent être mieux préparées et mieux accompagnées.

La santé gynésique 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 rapports¹.

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. Les IST sont en augmentation de 10% depuis 2012² 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). 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. 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.

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.

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. Moins de 4 femmes sur 10 ont pu choisir la méthode de leur avortement. Chaque année, 3000 à 5000 femmes partent avorter à l'étranger selon les différentes sources. En 2018, 13 % des établissements publics n'ont pas réalisé d'IVG tardive. 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.

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.

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 insuffisantes 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.

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.

Le statut médical de sage-femme des hôpitaux a été juridiquement créé en mars 2014 mais ce statut est un modèle hybride médical et paramédical, qui n'est pas 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. Les postes de sages-femmes sont, d'un point de vue budgétaire, gérés au sein des pôles dans la catégorie du personnel non médical. 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.

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.

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 €. 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.

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.

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

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. Dans le cadre des grossesses physiologiques, la sage-femme doit être l'accompagnant professionnel référent complémentaire au soutien familial et amical. La prise en charge doit tendre vers un accompagnement plus global, retrouver une dimension holistique avec la sage-femme comme pivot.

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.

Renforcer les effectifs sages-femmes pour les 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

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

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. Aujourd'hui, il doit devenir une réalité dans chaque territoire peu importe la distance avec la maternité 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.

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

. 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.

-Renforcer le PRADO maternité par un lien direct entre les maternités et les sages-femmes libérales : dans chaque maternité, du temps doit être libéré pour une ou plusieurs sages-femmes afin de favoriser la collaboration avec les sages-femmes.

-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.

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

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 dernier³.

Ces structures font leur preuve : un groupe de recherche 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%.

Les maisons de naissance répondent à un besoin sociétal : une étude Ipsos en février 2020 révèle que une femme sur cinq 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.

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. 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 soulève deux pistes de réflexion pour améliorer le financement et les prises en charge avec la forfaitisation et la dotation populationnelle.

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.

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

Un aspect important de l'accompagnement post partum 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

Pour améliorer les suites de couches, un entretien postnatal précoce en miroir de l'EPP devrait être généralisé. Il 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).

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

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.

Étendre 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.

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.

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.

Les projets de santé de territoire doivent 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.

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.

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 » 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. Un mécanisme sera également mis en place pour garantir la confidentialité. 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.

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

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.

L'IVG instrumentale est un geste endo-utérin à la technicité simple. 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.

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.

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.

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

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.

- **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**
- **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** (plan de formation spécifique, congé rémunéré de formation de 15 jours par an et gestion par la direction des affaires médicales)

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

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.

- Le statut de maître de stage doit être créé pour favoriser le cumul activité clinique/enseignement. Il doit concerner l'ensemble des modes d'exercice.
- Le temps dédié au tutorat doit être reconnu, rémunéré
- Les enseignants doivent pouvoir obtenir un statut hospitalo-universitaire.
- La section CNU maïeutique doit être distinguée de la section médecine
- Le statut de directeur technique et d'enseignement freinant l'autonomie de la profession doit être supprimé.

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

Pour former les étudiants sages-femmes à l'exercice en interprofessionnalité et à une prise en charge plus globale, il est nécessaire de favoriser les stages (maisons de santé pluriprofessionnelles ou les maisons de naissance...). Les stages en ambulatoire doivent être encouragés et valorisés financièrement.

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 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 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.

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

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.

Dans les établissements publics la grille indiciaire doit évoluer vers un indice majoré augmenté de l'ordre de 128 points tout au long de la carrière 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.

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.

Dès lors, le Conseil national appelle les pouvoirs publics à maintenir la dérogation après le 10 juillet

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.

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

-Généraliser les projets de territoires de santé construits par l'ensemble des acteurs d'un territoire (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) qui doivent 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.

-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

-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.