

Dossier de presse : Contribution du CNOSF

Mission IGAS – Juin 2021

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



ORDRE DES SAGES-FEMMES
Conseil National

SAGE-FEMME, UNE PROFESSION MEDICALE 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 plus que jamais, 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.

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. Elles aident à définir un **projet de naissance** qui répond aux attentes des parents et à construire un **environnement propice au développement du nourrisson** dès le début de la grossesse. Elles jouent également un rôle majeur pour **détecter la dépression du post-partum** et s'inscrivent dans la **stratégie des 1000 premiers jours** de la vie.

Pour répondre aux besoins dans le domaine de la prévention et plus particulièrement dans le domaine de la santé gynécologique 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. La loi Ségur (RIST) du 26 avril 2021 va permettre aux sages-femmes de dépister et prendre en charge les IST chez les femmes et leur partenaire.

Enfin, 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. Dans le cadre de l'expérimentation prévue par le LFSS 2021, les sages-femmes pourront prochainement réaliser les **IVG instrumentales**.

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.

Le nombre de sages-femmes est ainsi en **augmentation constante depuis plus de 40 ans**, passant de 8 000 en 1974 à 23 397 en 2021. En 2021, 16 270 sages-femmes exercent en structure hospitalière, soit 69% du total.

Le secteur libéral connaît un dynamisme prononcé, suivant en cela le virage ambulatoire. En 2011, 3 412 sages-femmes exerçaient en libéral ou en exercice mixte. En 2021, elles sont plus du double : 7 954. Désormais, 34% des sages-femmes exercent en libéral de manière exclusive ou mixte, contre 18% en 2011. La proportion des grossesses suivies par une sage-femme libérale est en forte augmentation : 25% en 2016 contre 16% en 2010.

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**.

LE MAL ETRE DES SAGES-FEMMES DANS UN SYSTEME DE SANTE 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 de dresser un constat à la fois éclairant et édifiant de la réalité du terrain.

Les sages-femmes se sentent oubliées et méprisées, comme l'illustrent les différents mouvements sociaux de ces derniers mois. Depuis le début de la crise sanitaire, elles sont régulièrement oubliées par les pouvoirs publics : pas de masque au début de la crise sanitaire, oubliées dans l'organisation des tests de dépistages, compétences vaccinales sous-exploitées et oublis répétés dans la communication.

Ce malaise se retrouve également dans le mouvement « Une femme - Une sage-femme » qui rassemble les professionnels et les usagers et illustre les effectifs insuffisants dans les maternités et le manque de temps nécessaire pour une prise en charge optimale.

RESULTATS DE L'ENQUETE DU CNOSF

- 25 % des sages-femmes évaluent positivement leur bien-être.
- Plus de 55% des sages-femmes 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.
- 67% des sages-femmes estiment que les effectifs sont insuffisants en maternité.

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. **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. Régulièrement, les sages-femmes interviennent pour réaliser des actes paramédicaux hors de leur champ de compétences.

PROBLEMATIQUES RENCONTREES PAR LES SAGES-FEMMES A L'HOPITAL

- Nombreux postes d'encadrement des maternités non occupés par des sages-femmes, en contradiction avec les textes statutaires.
- Rattachement quasi systématiquement au plan de développement professionnel continu des professions paramédicales → nombre inférieur de jours dédiés à la formation continue ;
→ enveloppes budgétaires réduites ;
→ actions de formations non conformes à leurs attentes.
- Accès à l'emploi précaire pour les jeunes professionnels avec une répétition importante des CDD de très courte durée, voire à la garde.
- Déni du caractère médical de la profession avec l'absence de volet enseignement-recherche.

Les freins à l'exercice des sages-femmes

Les sages-femmes rencontrent de nombreux freins à leur exercice professionnel : leur droit de prescription est encadré par une liste des médicaments, aujourd'hui inadaptée, et leurs compétences sont mal connues des autres professionnels de santé et du grand public. Ces freins à l'exercice ont pour notamment conséquence des retards dans la prise en charge, des ruptures dans les parcours de soins et une perte de chance pour les femmes.

UNE PROFESSION AUX FAIBLES REMUNERATIONS

- Dans la FPH, des **rémunérations faibles** qui se distinguent peu de celles des auxiliaires médicaux, surtout en début de carrière.
- Dans la FPH, **de moins en moins de titularisation** mais des recrutements en CDD ou CDI sur **d'anciennes grilles indiciaires** → précarisation en début de carrière ;
→ moindre rémunération .
- 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** (pédicure-podologue : 26052 euros ; infirmier : 45064 euros, gynécologue médical : 78420 euros ; médecin-généraliste : 87775 euros).

PROGRES ET CARENCES DE LA PERINATALITE DANS UN SYSTEME DE SANTE EN CRISE

L'organisation actuelle des maternités est régie par les décrets périnatalité du 9 octobre 1998. Le nombre de maternités a ainsi été divisé par trois : il y avait 814 maternités en 1996, 593 en 2005 et 491 en 2019. Ces textes sont régulièrement dénoncés par les professionnels de l'obstétrique et notamment les sages-femmes qui pointent leur obsolescence. En 2018, un groupe de travail piloté par la DGOS a rassemblé les sociétés savantes des professionnels de santé concernés afin de les actualiser. Toutefois, ce groupe n'a pu aboutir devant les divergences entre les positions de la DGOS et des professionnels de santé unanimes sur ce sujet des effectifs sages-femmes.

DES INDICATEURS DE SANTE PERINATALE CONTRASTES

Selon le dernier rapport EUROPERISTAT (2018) :

- La **mortinatalité** (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**).
- Depuis 2005, la France a tendance à conserver un taux de **mortalité néonatale** (décès durant le premier mois) constant alors que les autres pays voient leur taux baisser. La France était en **17^{ème} rang** sur 28 en 2010 ; aujourd'hui elle est **uniquement 23^{ème}**.

Une surmédicalisation délétère

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. Pourtant, plusieurs études internationales 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. La vision globale ou holistique prônée par les sages-femmes a été négligée.

Des effectifs sages-femmes insuffisants pour les activités non programmées en gynécologie-obstétrique

Aujourd'hui, les textes législatifs et réglementaires définissent les effectifs du « secteur naissance », qui fait référence à la salle de naissance et au bloc obstétrical afférent. Toutefois, en gynécologie-obstétrique, les activités dépassent le cadre du seul secteur naissance (urgences gynécologiques). Par ailleurs, les urgences obstétricales ne sont ni identifiées, ni valorisées alors qu'elles requièrent du personnel constant, qui n'est pas défini par les textes.

Or, ce sont les mêmes professionnels de santé – et notamment les sages-femmes – qui assurent l'ensemble de ces prises en charge. Dès lors, ceux-ci - ne peuvent assurer la continuité et la permanence des soins, impactant la qualité de la prise en charge. Cette organisation impacte directement l'accompagnement des femmes et des parents, calqué sur le modèle de la prise en charge de la pathologie.

UNE DIMENSION PSYCHIQUE NEGLIGEE

Les pratiques accordent également une place moindre à la dimension psychique. La dépression du post partum touche aujourd'hui 10 à 20% des femmes après l'accouchement. Pourtant de nombreux travaux ont montré une corrélation entre la prévalence de la dépression du post-partum et les modalités de la naissance. 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 douleur.

L'accompagnement avant, pendant et après la naissance est donc essentiel 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

De nombreux signes d'insatisfaction des usagers sont apparus. Nombre de femmes et de parents ont dénoncé une **protocolisation de la prise en charge avec peu de place pour les choix personnels**. Les mouvements des usagers ces dernières années ont mis en évidence ces nombreux problèmes. Apparu sur Twitter le 19 novembre 2014, le hashtag #PayeTonUtérus a fait émerger plus encore le problème des violences gynécologiques et obstétricales. À travers l'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. Plus récemment, le mouvement « Une femme- Une sage-femme » lancé le 11 novembre 2020 a rassemblé professionnels et usagers pour **dénoncer la maltraitance dont peuvent être victimes les femmes, conséquence des effectifs insuffisants**.

La santé génésique entre progrès et lacunes

La contraception d'urgence reste mal connue. Si la couverture contraceptive s'est améliorée, 7 IVG sur 10 sont réalisées auprès de femmes qui étaient sous contraception. **Les sages-femmes investissent le champ de l'orthogénie, participant à améliorer l'offre de soins pour les IVG**. Ainsi, moins de 4 ans après l'obtention de cette nouvelle compétence, déjà près de 5,8% des sage-femme libérales sont conventionnées avec un établissement de santé pour pratiquer les IVG médicamenteuses, soit un peu plus de 420 sages-femmes. En 2019, les sages-femmes libérales représentaient 22% des professionnels de santé libéraux qui pratiquaient des IVG médicamenteuses en ville. **Elles ont réalisé 9828 IVG médicamenteuses soit près de 17% des IVG hors établissement**.

D'autre part, 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 légale. **Les IST sont en augmentation de 10% depuis 2012** et 6000 personnes ont été diagnostiquées séropositives. La couverture vaccinale VHB contre l'hépatite B est insuffisante tout comme celle du HPV contre le papillomavirus. Les jeunes filles majeures, notamment les 18-25 ans souvent concernées par la précarité, ne bénéficient pas de dispositif d'accès au soin. 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.

LES SAGES-FEMMES NEGLIGÉES PAR LES DISPOSITIFS TERRITORIAUX

En plein développement depuis 2002, la démocratie sanitaire ne fonctionne pas dans les territoires. Usagers et professionnels de santé se sentent ignorés, or, leur rôle est indispensable : **ils font émerger les attentes sanitaires, sociales et sociétales.**

D'autre part, **les spécificités de la profession sage-femme sont mal connues des autorités publiques** (collectivités, ARS...) et **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 sanitaire a montré que de nombreuses ARS ont oublié les sages-femmes dans leur dispositif de gestion de crise alors que l'obstétrique ne se déprogramme pas.**

L'exercice coordonné malgré les volontés politiques demeure limité. Trop de professionnels de santé, et, notamment de sages-femmes, sont isolés. 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 sages-femmes.

L'engagement maternité n'a pas vu le jour et les sages-femmes ne sont pas intégrées à la mise en place du SAS alors que la périnatalité par nature est non programmée.

Le développement des Centres de périnatalité de proximité annoncé sans concertation préalable et sans étude des besoins illustre parfaitement cette problématique. Aujourd'hui le maillage territorial des sages-femmes est bon. Les CPP ne peuvent pas être une réponse générale et doivent prendre en compte les caractéristiques locales.

Depuis plus de 20 ans, les sages-femmes évoluent pour répondre aux besoins de santé publique et garantir le droit des femmes. Leurs compétences s'étendent, leur responsabilité est identique à celle des médecins mais elles ne sont ni connues, ni reconnues. Le grand public et les autres professionnels de santé ne connaissent pas leur champ d'exercice. Leur travail, essentiel pour garantir la liberté des femmes, n'est pas reconnu par les autorités. Elles sont trop souvent oubliées par leurs tutelles locales et nationales. Le caractère médical n'est pas respecté dans les faits avec notamment encore trop de freins à l'exercice et un statut inique à l'hôpital. Pourtant ce caractère médical de la profession est pleinement reconnu par le juge en termes de responsabilité. Enfin, leurs revenus ne correspondent ni à leur niveau d'études, ni à leurs compétences, ni à leur responsabilité.

AXE I : DES ATTENTES FORTES EN TERMES DE DEROULEMENT DES CARRIERES ET DE REMUNERATION

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%).

PROPOSITION N°1

Revaloriser les carrières en garantissant le respect du caractère médical de la profession et en renforçant l'évolution professionnelle : les sages-femmes doivent obtenir le statut de praticien hospitalier

La profession sage-femme doit intégrer sans ambiguïté la catégorie des personnels médicaux hospitaliers et se détacher du statut des paramédicaux afin de garantir le caractère médical de la profession et de permettre un exercice en autonomie et indépendance, comme défini dans le code de déontologie.

Le Conseil national comme la majorité des instances de la profession demande le statut PH et propose un opting out pour les sages-femmes actuellement en activité qui ne veulent pas du statut et un statut de PH pour tous les futurs diplômé.e.s. Le statut de praticien est à ce jour le seul statut existant permettant de reconnaître le caractère médical de la profession et de construire un véritable projet professionnel avec une évolution des carrières grâce à la formation continue.

Le statut de praticien hospitalier permettra également de favoriser plus facilement les liens avec l'université ce qui ouvre à plus d'évolutions de carrière. Seul ce statut peut favoriser le développement de la science maïeutique qui permettra de construire une approche plus globale de la santé en mettant en avant une prise en charge moins centrée sur la pathologie. Cette évolution statutaire est également attendue par les coordonnatrices.

Ce statut permettra une reconnaissance du rôle, des compétences et de la responsabilité des sages-femmes.

- **Si le statut de praticien hospitalier n'est pas octroyé aux sages-femmes,** le nouveau statut devra absolument reprendre les points suivants :

- **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.

- **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, un congé rémunéré de formation de 15 jours par an et une gestion de la formation médicale continue par la direction des affaires médicales. Aujourd'hui, la formation continue est définie uniquement en fonction des besoins du service et non du projet

professionnel des sages-femmes, ne répondant pas à leurs attentes. Le budget dédié est insuffisant et les formations proposées sont souvent alignées sur celles des paramédicaux. Les sages-femmes n'ont pas les moyens de remplir correctement leurs obligations de formation continue, pourtant 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.

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

- Les sages-femmes ne doivent plus être encadrées par des cadres de santé.

- **Renforcer la place des sages-femmes territoriales**

- Le statut d'emploi pour la sage-femme territoriale doit devenir spécifique pour que la sage-femme fonctionnaire ne soit pas supervisée par une autre profession (médecin, administratif, infirmière, éducatrice, etc..) en dehors de celle du médecin chef PMI.

Par ailleurs, l'activité des sages-femmes devrait, toujours et uniquement, être coordonnée par une sage-femme.

- Afin que chaque femme puisse bénéficier des soins, les effectifs de sages-femmes en PMI doivent être augmentés.

- **Aligner la revalorisation statutaire des sages-femmes salariées par les établissements privés sur celles des sages-femmes des hôpitaux publics**

La revalorisation statutaire doit être parallèle à celle des sages-femmes exerçant dans le secteur public.

Il est nécessaire que les compétences et l'autonomie des sages-femmes soient respectées dans l'ensemble des établissements de santé privés ou publics. Elles ne doivent plus être encadrées par des paramédicaux. Leur champ de compétence doit être respecté : elles ne doivent notamment pas être utilisées à titre d'infirmiers spécialisés.

PROPOSITION N°2

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 rémunération des sages-femmes doit être alignée sur celle des autres professionnels médicaux puisqu'ils partagent la même responsabilité. Le recrutement, notamment des jeunes sages-femmes, ne doit plus se faire sur d'anciennes grilles qui précarisent la profession.

- Une revalorisation des salaires des sages-femmes en PMI est nécessaire. Ces personnels, dans l'attente d'une revalorisation de leur statut, doivent également pouvoir bénéficier des revalorisations du Ségur.

- 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. Les consultations des sages-femmes libérales sont remboursées à hauteur de 25 €, contre 30 € pour une consultation gynécologique auprès d'un gynécologue.

PROPOSITION N°3

Lever les freins à l'exercice des sages-femmes : supprimer la liste de médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et permettre de prescrire des bilans au père de l'enfant à naître

Les sages-femmes rencontrent de nombreux freins à leur exercice professionnel : la liste des médicaments qu'elles peuvent prescrire est aujourd'hui inadaptée, leurs compétences sont mal connues des autres professionnels de santé et du grand public, et elles ne peuvent pas prescrire au père de l'enfant à naître des bilans et examens de prévention. Ces freins à l'exercice ont notamment pour conséquence des retards dans la prise en charge, des ruptures dans les parcours de soins et une perte de chance pour les femmes.

- Aujourd'hui les sages-femmes peuvent dépister des pathologies simples mais ne peuvent pas les traiter. **Le Conseil national propose la suppression de la liste des médicaments prescriptibles par les sages-femmes.**
- **Permettre aux sages-femmes de prescrire les bilans de dépistage et prévention chez le conjoint de la femme enceinte** : les sages-femmes doivent pouvoir prescrire tous les examens et bilans sanguins en vue de protéger la femme enceinte et le fœtus.

PROPOSITION N°4

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

- **Dans les établissements de santé, la présence des sages-femmes au sein des CME doit être généralisée.** 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 à l'image des médecins conseil dans chaque ARS et CPAM doit être systématisée pour une meilleure prise en compte de la périnatalité et de la profession.**

AXE II : AMELIORER LA FORMATION INITIALE EN REPONDANT AUX ATTENTES DES ETUDIANTS ET DES ENSEIGNANTS

PROPOSITION N°5

Améliorer la formation initiale en accélérant l'intégration universitaire

Il y a un consensus des instances de la profession pour accélérer l'intégration à l'université et sortir de la double tutelle hospitalière et régionale.

L'absence de pleine intégration à l'université est aujourd'hui un frein majeur à la recherche en maïeutique, qui est largement identifié comme un levier important pour améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés.

L'Université est garante d'une formation initiale de qualité avec une culture commune entre professions de santé par des enseignements mutualisés. Cela permettrait la meilleure connaissance du métier de sage-femme par les autres professions, une meilleure acceptation de leurs compétences ainsi qu'une reconnaissance de leur place dans le système de santé par les acteurs.

PROPOSITION N°6

Améliorer la formation initiale en allongeant d'une année la formation initiale

Le second consensus concerne l'ajout d'une année supplémentaire d'étude : il s'agirait d'un 3^{ème} cycle court, une proposition émanant des étudiants qui l'ont votée à l'unanimité.

L'objectif premier est d'étaler les enseignements tout en renforçant l'apprentissage de la santé publique et de l'eutocie. Les exigences sont en effet de plus en plus nombreuses et les compétences évoluent à la hausse. **Les étudiants sages-femmes ont en 5 ans autant voire plus d'heures d'enseignements que les autres professions médicales dont le cursus dure 6 ans.** En transformant le mémoire en thèse d'exercice, la formation initiale des sages-femmes sera alignée sur celle des autres professions médicales.

Cela peut permettre la réalisation de stages longs et plus professionnalisants orientés vers le mode d'exercice souhaité et une meilleure construction du projet professionnel tout en favorisant la recherche en maïeutique.

PROPOSITION N°7

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. 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.

-**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.

AXE III : AMELIORER LES PARCOURS DE SOINS

DEVELOPPER UN PARCOURS PERINATAL PERSONNALISE, COORDONNE ET CENTRE SUR LA FEMME DANS LE CADRE D'UNE APPROCHE GLOBALE

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 dimension psychique est négligée. 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 ce dernier.

De nombreux travaux ont montré une corrélation entre la prévalence de la dépression du post-partum et les modalités de la naissance. Au-delà de l'aspect traumatique physique et de l'accouchement qui est véritable facteur de risque, la façon dont est préparée, vécue et expliquée la naissance, joue un rôle déterminant dans la survenue de la dépression du post-partum. **L'accompagnement avant, pendant et après la naissance est donc déterminant pour limiter les risques.**

Aujourd'hui, 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 d'un parcours identifié. Dès 2005, les recommandations de la HAS ont affirmé ce principe et le rapport de la Commission des 1000 premiers jours de la vie, présidée par Boris Cyrulnik, a également identifié le besoin de formaliser des parcours avec un professionnel référent en charge de sa coordination.

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.**

PROPOSITION N°8

Faire de la sage-femme référente la garante d'un parcours coordonné et personnalisé

La sage-femme référente, dont le statut a été créé dans la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, a pour mission de construire un accompagnement global des femmes dans le cadre d'un parcours coordonné. Toutefois, ce statut doit être précisément défini par des textes réglementaires.

Elle sera moteur dans la définition de parcours personnalisés, coordonnés et centrés sur les besoins et les attentes des femmes en permettant aux parents de construire leur projet de naissance, en faisant le lien avec la maternité, en régulant l'offre de soin sage-femme en organisant des relais et en rendant effectif le volet anténatal du PRADO, en organisant en amont les sorties de maternité, précoces ou non, des femmes et des nouveau-nés.

La sage-femme référente accompagnera globalement la femme et le couple du prénatal avec l'entretien prénatal précoce (EPP) au post-natal avec l'entretien postnatal précoce (EPNP).

PROPOSITION N°9

Construire le parcours de chaque femme à partir de l'EPP et de la consultation médicale d'orientation et développer la consultation pré-conceptionnelle

Si l'entretien prénatal précoce (EPP) est devenu obligatoire depuis le 1^{er} mai 2020, il n'a pas été réellement généralisé. Il est indispensable de renforcer les moyens dédiés et les efforts de communication à ce sujet pour le faire connaître à l'ensemble des professionnels de santé et de la population. Pour cela, il est également nécessaire de renforcer les moyens de la PMI, qui compte actuellement un nombre très insuffisant de sages-femmes.

Différent d'une consultation médicale d'orientation qui a pour objectif d'orienter la patiente vers un suivi adapté (haut-risque/bas-risque) qui est elle-même indispensable, cet entretien est un moment privilégié d'information, d'écoute et d'accompagnement. Il permet aux futures mères et parents d'exprimer leurs besoins et leurs attentes par rapport à la grossesse et à l'accouchement, de formuler toutes les questions psychologiques, médicales, matérielles, sociales et familiales qui les inquiètent ainsi que d'être orientées vers d'autres professionnels si nécessaire. Il favorise les projets de naissance. C'est ainsi un élément fondateur dans chaque parcours périnatal d'une femme ou d'un couple. **Il doit devenir le point de départ symbolique du parcours des 1000 jours. Cependant, l'EPP doit être associé à une consultation médicale d'orientation qui permettra de déterminer le type de parcours des femmes selon le risque médical.**

Enfin, il est également important de favoriser et d'encourager les consultations pré-conceptionnelles qui permettent de délivrer aux femmes et aux couples des informations, des messages de prévention et des interventions adaptées, pour maintenir ou améliorer leur santé et éviter des complications obstétricales.

PROPOSITION N°10

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 quelle que soit 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. Ce schéma ne peut être général : chaque territoire est spécifique.

PROPOSITION N°11

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 véritables parcours coordonnés 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.**
- **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 libérales pour construire une logique de réseau.
- **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.

PROPOSITION N°12

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

Aujourd'hui en France, **le nombre de femmes qui rencontrent des difficultés en post-partum est, d'après les recommandations de la HAS 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 pas 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 (EPNP) en miroir de l'entretien prénatal précoce (EPP) devrait être généralisé. Recommandé depuis 2014 par la HAS, il est encore trop méconnu. L'EPNP, complémentaire aux premières visites, serait si possible réalisé 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, de l'alimentation et des rythmes (pleurs, sommeil).**

PROPOSITION N°13

Développer les alternatives sécurisées aux maternités : généraliser les maisons de naissance, accélérer l'ouverture des plateaux techniques et donner un cadre à l'accouchement accompagné à domicile

Au-delà des maisons de naissances pérennisées dans le cadre de la LFSS 2021, c'est l'ensemble des alternatives aux maternités qui doivent faire l'objet d'un véritable travail avec

les pouvoirs publics. Il est nécessaire d'accompagner le choix des femmes et des parents tout en garantissant la sécurité.

Dès lors, il est nécessaire dès lors de favoriser 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. La tenue d'un Grenelle de la santé génésique des femmes pourrait initier ce travail.

PROPOSITION N°14

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

La France doit donc faire évoluer son modèle périnatal pour augmenter la sécurité et la qualité des prises en charge, mieux prévenir la dépression du post-partum et répondre aux attentes des femmes et des couples. Or, l'organisation sur le modèle « une sage-femme par parturiente » (« One to One ») est généralement l'organisation des pays reconnus pour avoir les meilleurs indicateurs de périnatalité.

D'autre part, en gynécologie-obstétrique, les activités non programmées dépassent le cadre du secteur naissance qui exclut par essence les activités de gynécologie. 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 renforcer les effectifs en prenant en compte les activités non programmées en gynécologie-obstétrique. Dans cette démarche de prise en charge plus globale et de prise compte de l'entièreté du secteur non programmé pour mieux répondre aux 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.**

PROPOSITION N°15

Moderniser le financement de la périnatalité pour faire évoluer les prises en charge

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.

Plus globalement, la prévention, l'accompagnement et la prise en charge en ville sont sous et mal financés. Le financement est aussi un outil pour faire évoluer les pratiques et les prises en charge. Dès lors, le Conseil national soulève deux pistes de réflexion pour améliorer le financement de la périnatalité et améliorer les prises en charge : **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. Il est important d'évaluer la satisfaction des femmes et des couples et de prendre en compte la dimension psycho-sociale du soin et de la prise en charge.

METTRE LA SAGE-FEMME AU CŒUR DES PARCOURS DE SANTE GENESIQUE

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. 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.

PROPOSITION N°16

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

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 aujourd'hui limités. D'autre part, la profession de sage-femme est souvent négligée dans les campagnes de prévention et le grand public ne connaît que très peu ses compétences.

Dès lors, la citation des sages-femmes lors de campagnes de communication concernant le dépistage des cancers gynécologiques, le suivi gynécologique ou encore l'orthogénie doit être systématique.

D'autre part, il est indispensable de lever le frein à l'exercice qu'est la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire. Si depuis 10 ans, le nombre d'infections à Chlamydia et à gonocoque augmente, les sages-femmes ne peuvent pas les traiter.

PROPOSITION N°17

Développer des schémas de santé génésique dans les territoires

Dans de nombreux territoires, l'offre de soin en matière de suivi gynécologique de prévention est déficitaire. Le nombre de gynécologues médicaux a fortement diminué et les compétences des sages-femmes ne sont pas connues et suffisamment exploitées. Dès lors, les femmes ne sont alors plus suivies ou se redirigent vers les médecins généralistes dont l'activité est déjà surchargée. L'objectif de ces schémas au sein des projets territoriaux de santé 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, gynécologues et sages-femmes pour répondre aux besoins des femmes. Ils doivent garantir le suivi gynécologique régulier de l'ensemble des femmes quelle que soit leur situation. Trop souvent, les femmes en situation de handicap dans ce type de structures n'ont accès ni aux soins gynécologiques, ni à la contraception, ni à l'orthogénie.

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.

PROPOSITION N°18

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 (garçons et filles). Cette consultation plus globale qui pourra durer une heure sera prise en charge à 100% par l'assurance maladie.

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 femmes et d'impliquer davantage les hommes dans les problématiques liées à la santé sexuelle et à la contraception.