

LES SAGES-FEMMES DANS LE PROJET DE LOI DE SANTÉ PUBLIQUE 2014

-

SANTÉ GÉNÉSIQUE
DES FEMMES & PÉRINATALITE

7 Novembre 2013

HALTE À L'INVISIBILITÉ D'UNE PROFESSION AU SERVICE DES FEMMES !

-

La France compte 23 000 sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre dont 4000 libérales pour 822 000 naissances et 1,5 millions de grossesses pour l'année 2012. Depuis plusieurs années, les compétences des sages-femmes ont été élargies afin de répondre toujours mieux aux besoins de la population, notamment des femmes de notre pays. Les sages-femmes ont parfaitement intégré ces nouvelles compétences notamment dans le suivi gynécologique de prévention et la contraception depuis la loi relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé et aux territoires (HPST) de 2009. Pourtant, les Françaises n'ont pas été informées de cette nouvelle offre de soins qui leur était proposée.

Les sages-femmes restent une profession invisible vis-à-vis de la population, des autres professionnels de santé, des politiques, de nos tutelles : méconnaissance des rôles et compétences, non reconnaissance des responsabilités médico-légales, refus des ordonnances en pharmacie d'officine, difficulté des relations avec l'Assurance Maladie. Les sages-femmes sont classées dans les « auxiliaires médicaux » par l'Insee.

LA SAGE-FEMME : UNE PROFESSION MÉDICALE AUX COMPÉTENCES MULTIPLES

La sage-femme est une profession médicale dont les rôles et compétences sont définies dans le Livre 1er « Professions médicales » de la Quatrième Partie du Code de la Santé Publique, tout comme les professions de médecin et de chirurgien-dentiste. Outre les dispositions communes à nos 3 professions médicales des Titres I « Exercice des professions médicales » et II « Organisation des professions médicales », la profession de sage-femme est régie par les articles L4151-1 à L4151-10 du Titre V de ce Livre 1er.

Article L4151-1 Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret. »

«Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur prévention.

Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. »

En pratique, voilà comment cet article se décline au quotidien dans l'exercice des sages-femmes, quel que soit leur mode d'exercice (salarié ou libéral) :

- Consultations médicales de suivi gynécologique
- Consultations médicales de contraception
- Consultations obstétricales dans le cadre de la grossesse à bas risques (dont la déclaration de grossesse), prescription des examens nécessaires au suivi de grossesse et au dépistage des pathologies
- Echographies
- Préparation à la naissance et à la parentalité
- Accueil 24h/24 et 7j/7 aux urgences maternité de toutes les patientes se présentant quel que soit le terme de la grossesse – et souvent également de patientes non enceintes consultant pour une urgence gynécologique
- Prise en charge en coordination avec le médecin gynécologue-obstétricien des grossesses pathologiques 24h/24 dans les services de grossesses à haut risque, en consultations externes de surveillance rapprochée (« explorations fonctionnelles ») ou encore à domicile en relais avec les sages-femmes libérales et territoriales
- Surveillance et pratique de l'accouchement normal, dépistage des accouchements dystociques, gestes d'urgence et collaboration avec le médecin gynécologue-obstétricien lorsqu'une surveillance rapprochée est nécessaire, ou lorsque celui-ci doit mettre en œuvre une extraction instrumentale ou encore une césarienne
- Accueil et premier examen du nouveau-né en salle de naissance, réanimation de celui-ci en attendant l'arrivée du pédiatre puis collaboration avec ce dernier dans la pratique de la réanimation d'urgence en salle de travail

- Surveillance et examen médical des accouchées et de leur nouveau-né en service d'hospitalisation puis lors du retour à domicile (Suivi externe direct, dispositif PRADO, hospitalisation à domicile post-partum pathologique)
- Consultation post-natale et mise en place du suivi gynécologique et de contraception
- Rééducation périnéale

LA LISTE N'EST ÉVIDEMMENT PAS EXHAUSTIVE !

Nous pourrions ajouter les actes d'acupuncture, les consultations de tabacologie, de sexologie, qui nécessitent l'obtention d'un DU ou d'un DIU, identique à celui des médecins.

L'ensemble de ces compétences est reconnu par les instances de sécurité sanitaire.

Pour exemple, lors de la « crise » des pilules de 3ème génération, le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF), société savante des sages-femmes, a été sollicité et a participé aux évaluations par l'intermédiaire de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), par l'Agence Européenne du Médicament (EMA), par la Haute Autorité de Santé (HAS) et par l'Institut National de Prévention et d'Éducation en Santé (INPES).

LA RECONNAISSANCE DES SAGES-FEMMES EN TANT QUE PRATICIEN DE PREMIER RECOURS : VERS UNE AMÉLIORATION DES RÉSULTATS PÉRINATAUX

Alors que les sages-femmes, avec d'autres, dénoncent le mauvais classement de notre pays en termes de résultats de morbi-mortalité maternelle et périnatale, le Ministère de la Santé nous répond que « ce n'est pas que nous nous dégradons, c'est que nous n'améliorons pas nos chiffres contrairement aux autres ». Un tel discours de la part du Ministère de la Santé est inadmissible.

Cependant, puisque les autres pays s'améliorent, voyons comment ils y sont arrivés.

En mai 2013, à l'occasion de la Journée Internationale de la Sage-Femme, l'Organisation Mondiale de la Santé disait que :

« Les services de sages-femmes sont essentiels pour la sécurité de la grossesse et de l'accouchement. Dans le monde, environ 287 000 femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. La plupart de ces décès en grande partie évitables surviennent dans des pays à faible revenu et dans les zones rurales et pauvres.

L'OMS soutient les efforts des pays pour faire en sorte que chaque femme et chaque nouveau-né reçoivent les meilleurs soins possibles. De nombreux décès maternels et néonataux pourraient être évités si des sages-femmes compétentes assistaient les femmes avant, pendant et après l'accouchement et étaient en mesure de les adresser pour soins obstétricaux d'urgence en cas de complications graves. »

A l'heure actuelle en France, environ **80 femmes perdent la vie des suites d'une grossesse ou d'un accouchement**. Les sociétés savantes estiment que deux-tiers de ces décès seraient pourtant évitables.

De nombreux pays – qui voient leurs résultats périnataux s’améliorer – ont fait le choix de placer **la sage-femme comme un praticien de premier recours** clairement identifié : Grande-Bretagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, ainsi que la Suède placée en tête des classements internationaux par l’Union Européenne dans son rapport annuel sur la santé périnatale (Europeristat_septembre 2013). Ce même rapport note que **la France a le taux de mortalité le plus élevé d’Europe**. La Suède a également fait le choix de confier – comme la France – une partie du suivi de la contraception aux sages-femmes. A une différence : la sage-femme est clairement identifiée dans leur système de santé .

De nombreuses études internationales, dont la revue de la Cochrane Database (Gold Standard des études scientifiques basées sur des preuves) en 2013, 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 bébé avant 24 semaines. Les femmes étaient plus susceptibles d’accoucher sans péridurale, moins de naissances assistées [forceps ou ventouse], et moins d’épisiotomies »*. En France, les résultats de l’enquête périnatale de 2010 montrent que seulement 11,7 % des femmes ont consulté principalement une sage-femme pendant leur grossesse et seules 5,4% ont consulté une sage-femme en début de grossesse.

Le rapport de la Cour des Comptes en 2011 reconnaît (Rapport de la Cour des Comptes, chapitre VI : le rôle des sages-femmes dans le système de soins, page 173 – 198) que les sages-femmes peuvent assurer un suivi

global, respectueux des usagers et de la physiologie, avec une médicalisation à bon escient et des prescriptions parcimonieuses (statistique UNCAM) tout au long du suivi de la grossesse, de l’accouchement, du post-natal et du suivi gynécologique.

Dans ce même rapport, la Cour des Comptes préconise que « l’utilisation optimale des compétences de chacun implique une redéfinition des pratiques et des responsabilités : compétence des sages-femmes pour la pratique de l’obstétrique physiologique, prise en charge des seules grossesses pathologiques par les obstétriciens ».

Dans le rapport du Comité des Sages demandé par Madame Touraine, page 76, il est noté « que les sages-femmes sont moins prescriptrices du fait de consultations mettant l’accent sur le conseil et la prévention au-delà de l’acte médical ».

La mission périnatalité des professeurs Puech, Breart, Rozé de 2003 reconnaissait d’ailleurs qu’il fallait replacer la sage-femme dans ses rôles et compétences de suivi des grossesses normales afin « de faire mieux et moins pour les grossesses à bas risques » tout en permettant de libérer du « temps médecins » pour « faire mieux et plus pour les grossesses à hauts risques ».

En outre, 20 à 50% des femmes ne bénéficient pas de la consultation post-natale pourtant obligatoire par la loi. Cela permettrait d’étoffer l’offre de soins et de renforcer le suivi – notamment contraceptif (au moins 5% d’IVG dans le post-partum) – au cours de cette période.

L'Institut des études démographiques (INED) a démontré dans son enquête CoCon sur la contraception en 2010 que le premier recul observé de l'utilisation de la pilule provenait d'un défaut d'accès des jeunes femmes de 18 à 25 ans aux consultations de gynécologie de prévention par soucis financiers. La crise actuelle majore cette situation et ne concerne aujourd'hui plus seulement cette classe d'âge. La France se distingue ainsi comme étant le pays où la contraception est la plus médicalisée (> 90%) et où le nombre d'IVG stagne depuis de nombreuses années par défaut d'adéquation de celle-ci aux besoins des femmes et à leur situation de vie. (cf. les campagnes réalisées par l'INPES et auxquelles les sages-femmes ont participé).

Cette absence d'accès à l'information s'explique notamment par le refus de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) de réaliser la moindre campagne d'information – pourtant inscrite en préambule dans la convention de 2007 entre les syndicats professionnels de sages-femmes et l'UNCAM.

Les sages-femmes pourront ainsi être inscrites dans les parcours de soins afin de faciliter l'orientation de leurs patientes vers le médecin généraliste ou le spécialiste en fonction du besoin ou de la pathologie dépistée.

Elles pourront ainsi :

- ◆ **Améliorer l'efficacité et la prise en charge des grossesses à bas risque.**
- ◆ **Réduire les prescriptions d'examens complémentaires et de médicaments.**
- ◆ **Améliorer l'accès au suivi gynécologique de prévention et à la consultation de contraception**

De plus, il serait nécessaire de permettre à la profession de réaliser les interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse.

Les usagers de la naissance – représentés principalement par le Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance (CIANE) – ont toujours soutenu ces revendications.

UNE RÉVISION DES DÉCRETS DE PÉRINATALITÉ DE 1998

Les décrets de périnatalité de 1998 ont précisé les moyens techniques et humains nécessaires à la prise en charge des accouchements tout en fixant que les effectifs minimums étaient à adapter à l'activité. Cependant, ce minimum est désormais devenu la règle.

En effet, chaque jour les sages-femmes, par le caractère médical de leur profession, à responsabilité égale avec les médecins, œuvrent auprès des femmes pour leur sécurité et celle de leurs nouveau-nés. Qu'en est-il alors de leur responsabilité médico-légale en situation de surcharge de travail ? Cette situation d'une fréquence acceptable car relativement exceptionnelle il y a quelques années, est aujourd'hui le quotidien des sages-femmes dans toutes les maternités en France. En situation de surcharge de travail (c'est à dire plus de 2 femmes par sage-femme, sans aucune activité surajoutée), **les sages-femmes ne sont plus à ce jour en situation optimale pour assurer la sécurité sanitaire des mères et de leurs bébés**, se mettant elles aussi en danger. De nombreuses organisations professionnelles de sages-femmes et de médecins dénoncent cette politique depuis de nombreuses années.

L'activité des sages-femmes hospitalières est invisible :

La cotation de nos actes se fait selon la Classification Commune des actes Médicaux (CCAM), réservée aux médecins. La CCAM est intégrée à la Tarification à l'Activité (T2A) des établissements de santé contrairement à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) – classification à laquelle sont toujours rattachés les actes sages-femmes. Pourtant, depuis la création de la CCAM en 2005, la profession réclame à l'UNCAM, **la mise en place d'une CCAM sage-femme** dans un premier temps pour les actes à compétence partagée médecins – sages-femmes, puis pour les actes propres aux sages-femmes. Car cette « fraude généralisée à la Sécurité Sociale de toutes les maternités de France » est connue et acceptée par tous (tutelles, UNCAM, directions financières des hôpitaux) et a pour conséquence une restriction du nombre de postes de sages-femmes dans les maternités où les besoins sont pourtant criants.

L'actualité de ces derniers mois nous a démontré les failles de ces décrets : ils sont désormais obsolètes avec des maternités réalisant jusqu'à 8000 naissances par an. Dans les petites structures, la course à l'activité toujours plus grande se fait au détriment de la qualité des soins, sous menace de fermeture.

Cette politique périnatale censée améliorer les chiffres de morbi-mortalité maternels et infantiles n'a pas apporté les résultats escomptés.

Il devient urgent de revoir ces décrets vieux de 14 ans qui ne sont plus du tout adaptés à la situation actuelle et à la mise en place de la loi des 35 heures.

A l'heure où les sages-femmes les mieux formées au monde pointent à Pôle Emploi, il est inconcevable que les drames qui ponctuent l'actualité puissent survenir (en n'omettant pas ceux qui ne font pas la une des journaux mais dont nous avons écho régulièrement).

La France ne manque pas de sages-femmes mais elles sont sous utilisées. Notons qu'au Royaume Uni, pour le même nombre de naissance, elles sont deux fois plus nombreuses. Pour répondre aux besoins des femmes, certaines régions manquent cruellement de professionnels de santé, y compris de sages-femmes. Le zonage conventionnel, mis en place en 2013, n'a pas pris en compte les nouvelles compétences des sages-femmes, notamment en matière de suivi gynécologique. Nous nous retrouvons dans une situation paradoxale où des sages-femmes sont au chômage. **Ceci par une mauvaise répartition des soins: entre sages-femmes et médecins mais aussi entre secteur hospitalier et soins de ville.**

A noter enfin que cette invisibilité de la charge de travail réalisée, couplée à une différence de classement statutaire conduit à un différentiel de revenus important entre la profession de sage-femme (profession majoritairement féminine) et les autres membres de la famille médicale et pharmaceutique : le salaire des sages-femmes hospitalières est ainsi inférieur à celui des infirmiers anesthésistes – profession non médicale (mais majoritairement masculine).

LA RECONNAISSANCE STATUTAIRE DES SAGES-FEMMES HOSPITALIÈRES

Les sages-femmes hospitalières subissent depuis des années des paradoxes législatifs.

En effet, il y a plus de 10 ans maintenant, il avait été proposé que les sages-femmes hospitalières puissent **rejoindre le statut du Personnel Médical Hospitalier**. Nous sommes en 2013, et les sages-femmes hospitalières, profession médicale à compétences définies, sont encore et toujours dans la catégorie des personnels non médicaux .

Les sages-femmes demandent à être intégrées comme les autres professions médicales et les pharmaciens dans le titre II du statut général de la Fonction Publique, relative à la Fonction Publique d'Etat.

La profession de sage-femme a toujours été inscrite dans le Livre 1er « professions médicales » de la Quatrième Partie du Code de la Santé Publique, tout comme les professions de médecin et de chirurgien-dentiste. Elle est cependant la seule à ce jour à ne pas être intégrée au statut de praticien médical tel que défini dans les articles L6152-1 à L6152-6 de la Sixième Partie du Code de Santé Publique (« Etablissements et services de santé »), au Titre V « Personnels médicaux et pharmaceutiques » du Livre I « Etablissements de santé ». Ce statut a pourtant, depuis longtemps maintenant, intégré en son sein la profession de pharmacien telle qu'elle est définie dans le Livre II de la Quatrième Partie du CSP. Il est donc difficile pour nous de comprendre pourquoi les sages-femmes sont encore exclues de ce statut particulier des « personnels médicaux et pharmaceutiques ».

Historiquement, les sages-femmes hospitalières ont été intégrées au Titre IV de la Fonction Publique (Fonction Publique Hospitalière ou FPH) **au sein des professions non médicales**, définie par la loi 86-33 du 9 janvier 1986, même si elles bénéficient d'un statut particulier depuis 1989. **C'est là une première incohérence que la profession ne peut plus accepter.**

La profession de sage-femme comptait 11 371 praticien(ne)s en exercice salarié hospitalier (public et privé) soit 55,78% des effectifs en 2012. Parmi elles, la très grande majorité exerce en établissement public de santé, où elles effectuent notamment près de 65% des accouchements sous leur seule responsabilité et assurent 90% des surveillances de travail. Le Code de Déontologie qui régit l'exercice de la profession, leur donne une obligation d'indépendance de leurs décisions y compris lorsque leur exercice est lié par un statut avec une administration – tout comme l'édictent les Codes de Déontologie des autres professions médicales et pharmaceutiques.

Nous constatons que le statut particulier des sages-femmes inscrit dans le titre IV de la FP les inscrit dans une double hiérarchie : au sein même de la profession entre les sages-femmes de classe normale et les sages-femmes cadres et cadres supérieurs, ainsi qu'au sein de la hiérarchie administrative qui régit le système hospitalier. **Cette double hiérarchie ne garantit pas, à ce jour, l'autonomie de nos décisions.** La différence de statut entre les sages-femmes et les médecins avec qui nous collaborons chaque jour semble placer la sage-femme dans un lien de subordination. Or, législativement il n'en est rien. Un statut équivalent ne modifiera pas l'obligation légale des sages-femmes d'adresser les

patientes à un médecin dans les situations pathologiques et dystociques, conformément à la définition de nos compétences. Là encore, une évolution vers le statut du Personnel Médical Hospitalier, dont le statut de PH, nous semble indispensable pour s'émanciper de ces hiérarchies réelles ou supposées.

Parallèlement, il est relevé une proportion de plus en plus importante d'établissements où la Direction des Soins souhaite gérer également les équipes de sages-femmes de par leur statut FPH. La définition de la profession selon le CSP conduirait logiquement à une gestion par le bureau des affaires médicales. La Circulaire DHOS/M/P n° 2002-308 du 3 mai 2002 confirmait cette position. Mais une circulaire n'a aucune valeur de contrainte juridique et les établissements sont de plus en plus nombreux à s'en affranchir.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST précise dans son article 13 que l'un des collaborateurs assistant le chef d'un pôle qui comprend une unité de gynécologie - obstétrique doit être une sage-femme. La loi prévoit un lien fonctionnel entre la direction du pôle et les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement. La méconnaissance de la spécialité d'obstétrique par certains collaborateurs conduit à des situations où une profession médicale (sages-femmes et cadres sages-femmes) doivent justifier de leur positionnement auprès d'un personnel paramédical. C'est là encore une incohérence de situation dans laquelle les places une nouvelle fois ce statut, et toujours en totale contradiction avec leurs obligations déontologiques.

Par ailleurs, les sages-femmes se trouvent également exclues de la chefferie de pôle alors que cette fonction est ouverte aux professions de chirurgiens-dentistes ou de pharmaciens de par le statut de PH.

La loi HPST a également permis la mise en place du Directoire (article 10). Il est composé de 7 membres dans les centres hospitaliers et de 9 dans les centres hospitaliers universitaires. Ainsi l'article L6143-7-5 du CSP prévoit la nomination par le directeur de l'établissement d'une majorité de membres appartenant au personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. **Ces articles reconnaissent donc le caractère médical alors que celui-ci est toujours nié dans son statut.** Dans les faits, nous ne pouvons que déplorer que les sages-femmes soient de fait souvent exclues des directoires hospitaliers. La composition de la Commission Médicale d'Établissement reconnaît, elle aussi, le caractère médical des sages-femmes.

Ces derniers mois, vous avez accordé à différentes organisations professionnelles, des entretiens sur le sujet des maisons de naissance ou du développement d'unités sages-femmes autonomes pour la prise en charge des grossesses à bas risque. Un projet de loi a été par ailleurs déposé au Sénat par Mme Dini, sénatrice, concernant une expérimentation de ces structures ; projet de loi qui sera débattu le 28 novembre prochain. **Des unités physiologiques** au sein des établissements de santé **nécessitent un statut qui nous permettrait de gérer en toute autonomie ces nouvelles structures.** Bien que l'article L-6146-7 du CSP prévoit que les sages-femmes soient responsables de l'organisation générale des soins et des actes

obstétricaux relevant de leur compétence, nous constatons chaque jour les barrières qui existent pour exercer pleinement et en toute indépendance cette responsabilité – barrières dont nous venons de vous donner quelques exemples. **Pour être responsables, à part entière et en toute autonomie de ces unités, les sages-femmes doivent voir évoluer leur statut vers celui de PH.**

Nous relevons enfin comme une incohérence le fait que, depuis mai 2012, le **Centre National de Gestion** soit désormais en charge d'assurer le secrétariat des demandes d'équivalences de diplôme de nos collègues d'origine étrangère hors Union Européenne **alors qu'il ne gère toujours pas les sages-femmes françaises.**

Parallèlement, la formation initiale des sages-femmes devient progressivement universitaire et nécessite que les sages-femmes enseignantes puissent conserver une activité clinique complémentaire à leurs activités d'enseignement et de recherche. Le statut de praticien hospitalier – professeur des universités (PUPH), défini par le Décret n°84-135 du 14 février 1984 (articles L6151-1 et suivants du CSP), est le plus à même de cumuler facilement ces activités. Il n'est cependant pas concevable que le corps des sages-femmes soit scindé statutairement. Nous sommes conscients que des mesures transitoires seront nécessaires pour que les équipes enseignantes des écoles ou instituts de sages-femmes obtiennent toutes les qualifications nécessaires à un exercice universitaire. Ces mesures sont tout à fait réalisables et ne demandent qu'un appui politique.

Pour toutes ces raisons et ces incohérences, il nous paraît donc indispensable que les sages-femmes hospitalières puissent enfin rejoindre les membres du corps médical dans un statut spécifique.

La quasi-totalité des organisations représentatives de la profession sont arrivées à cette conclusion. Ci-joints différents documents.

Ce que nous demandons pour notre reconnaissance médicale est l'**accès au statut du PERSONNEL MEDICAL HOSPITALIER** (dont PH n'est que le grade ultime).

Il serait facile à l'Etat de nous intégrer dans les personnels médicaux, aussi bien au niveau des budgets, qu'au niveau législatif.

La loi actuelle précise que les personnels médicaux hospitaliers sont : les médecins, les odontologues, les pharmaciens. Il suffit donc de rajouter les sages-femmes et nous aurons accès à tous les grades du statut de personnel médical du praticien attaché au praticien hospitalier.

LA SITUATION DES SAGES-FEMMES DANS LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS PRIVÉS.

En matière de norme de personnel, rien n'est clairement défini dans les établissements hospitaliers privés. Dans ces conditions, quelle sécurité pour les femmes et les enfants lorsque le personnel médical que sont les sages-femmes est en sous-effectif ?

Dans ces établissements, le rôle et les missions des sages-femmes doivent être revus, l'autonomie des sages-femmes garantie, autrement que par une simple circulaire (Circulaire DHOS/M/P n° 2002-308 du 3 mai 2002) vieille de plus de 10 ans et qui n'est pas suivie par les directions hospitalières privées.

Les sages-femmes exerçant au sein des établissements hospitaliers privés doivent pouvoir y exercer l'ensemble de leurs compétences, en toute indépendance.

Les grilles de salaires n'ont pas été revues depuis 2008 à la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) et depuis 2009 à la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), **il devient donc urgent de revoir le salaire des sages-femmes du privé et de l'indexer sur le salaire des sages-femmes du public.**

INTÉGRATION DE LA FORMATION INITIALE À L'UNIVERSITÉ

La situation actuelle des écoles de Sages-Femmes est dans l'impasse pour l'intégration à l'université malgré la loi HPST et la loi ESR.

L'article 60 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) a rendu possible l'organisation de la formation de sage-femme au sein des universités sous réserve de l'accord du conseil régional portant notamment sur les modalités de financement de la formation.

Cela est insuffisant et crée une discordance dans le statut d'une école à l'autre qui n'est pas possible d'accepter sur le long terme.

Les écoles de sages-femmes veulent être intégrées dans des structures universitaires auto-nomes qui garantissent un recrutement de sages-femmes enseignantes de niveau académique cohérent avec le niveau formation et statut médical de la profession. Cela implique une évolution des statuts des sages-femmes enseignantes comme Professeur des Universités- Praticien Hospitalier (PU-PH) ou Maître de conférences universitaires (MCU-PH) avec un corps enseignant sage-femme titulaire d'un diplôme du 3ème cycle (doctorat). Un rapport indiquant que «plus de vingt projets d'intégration sont actuellement en cours, à divers stade d'avancement et de négociation»

démontre que les négociations sont longues. Quatre ans après le vote de la loi HPST, les négociations n'ont toujours pas abouti à une entente. Seule l'école de Marseille a été intégrée en tant qu'école universitaire.

Le devenir du corps enseignant sage-femme reste toujours précaire et incertain. L'école universitaire de Maïeutique de Marseille Méditerranée – seule école intégrée comme composante à part entière d'une université rencontre des difficultés pour les sages-femmes enseignantes mises à disposition pour le moment.

Le groupe de travail qui devait être mis en place pour la question du statut hospitalo-universitaire des sages-femmes enseignantes n'est toujours pas mis en place.

De plus, la prise en charge par les sages-femmes des femmes en tant que praticien de premier recours requiert une autonomie de leur formation ainsi que dans la réalisation de recherches en sciences maïeutiques afin de promouvoir ses propres savoirs.

DES MODIFICATIONS LÉGISLATIVES NÉCESSAIRES AU TRAVAIL QUOTIDIEN DES SAGES-FEMMES

Parmi les paradoxes législatifs que nous avons relevés, un certain nombre serait ajustable sans dépense ni coût supplémentaire pour la Société, l'Etat ou l'Assurance Maladie :

Parmi les paradoxes législatifs que nous avons relevés, un certain nombre serait ajustable sans dépense ni coût supplémentaire pour la Société, l'Etat ou l'Assurance Maladie :

◆ **Un texte législatif contraignant** (et non une simple circulaire) **les établissements à faire en sorte que les sages-femmes soient sous la gestion des Affaires Médicales de l'établissement** et non plus sous la Direction des Soins.

◆ **Le Directoire devrait être composé** de 8 ou 10 membres (selon le type d'établissement de santé CH ou CHU) **dont au moins 4 membres appartenant au personnel médical et pharmaceutique avec obligation que le Directoire comprenne obligatoirement un membre de chacun des corps** pour les établissements disposant d'unités de gynécologie obstétrique et/ou d'odontologie.

◆ **Révision de l'article L-4151-1 en ce qui concerne l'examen post-natal**, « la sage-femme peut effectuer l'examen post-natal à condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée » en remplacement de « si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique ». En effet, 20 à 50% des femmes ne bénéficient pas de la

consultation post-natale pourtant obligatoire de par la loi. Cela permettrait d'étoffer l'offre de soins et de renforcer le suivi – notamment contraceptif (au moins 5% d'IVG dans le post-partum) – au cours de cette période.

◆ **Révision de l'article L-4151-3 en ce qui concerne la gestion des grossesses pathologiques**, « A la demande d'un médecin, une sage-femme peut suivre, en collaboration et en concertation avec lui, une grossesse pathologique » au lieu de « soins prescrits par un médecin ». Une profession médicale ne devrait pas être amenée à travailler sous prescription ce qui entrave son autonomie. Pour exemples : un stomatologue ne prescrit pas à un chirurgien-dentiste ! Un gynécologue obstétricien ne prescrit pas une consultation de diabétologue à une femme enceinte présentant un diabète gestationnel ! Laisser l'autonomie aux sages-femmes d'évaluer, avec la femme et en collaboration avec le médecin, la fréquence et les modalités de la surveillance d'une grossesse pathologique permettrait une efficacité de ce suivi pour l'Assurance Maladie.

◆ **Révision de l'article L-4151-4 concernant les droits de prescription des sages-femmes**, « Les sages-femmes peuvent prescrire tout ce qui est nécessaire à l'exercice

de la Maïeutique » (phrase similaire à l'article L-4141-2 régissant la profession de chirurgien-dentiste) à la place de « peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé » . Ces listes deviennent obsolètes rapidement et demandent une révision fréquente par les services ministériels (dernière révision datant du 4 février 2013). Entre arrêtés contradictoires d'une fois sur l'autre et inadaptation à l'exercice quotidien, elles entravent l'exercice de la profession y compris dans ses domaines de compétences. Les sages-femmes prescrivent avec parcimonie et un élargissement du droit de prescription n'entraînera pas une libéralisation des ordonnances. Une telle modification législative n'entraînerait donc aucun surcoût pour l'Assurance Maladie. Au contraire, elle éviterait des consultations supplémentaires inutiles chez un médecin juste pour une prescription qui serait tout à fait dans leur domaine de compétences.

◆ **Pratique de l'IVG médicamenteuse**

◆ **Création d'une prime à la performance** en terme de prévention au même titre que les médecins généralistes.

◆ **Création d'un congé maternité de prévention dans le cadre de l'Assurance Maternité**, les sages-femmes sont en effet autorisées à prescrire un arrêt de travail de 14 jours dans le cadre de l'Assurance Maladie pour leurs patientes enceintes dont la prise en

charge est différente des 14 jours d'arrêt pour grossesses pathologiques auxquels elles n'ont pas accès. Les patientes demandent alors une consultation médicale supplémentaire pour obtenir une prise en charge à 100% de « leurs 14 jours pathologiques » avant le début de leur congé maternité. Là encore, ce seront les mêmes femmes qui bénéficieront d'un arrêt de prévention au lieu de ce congé pathologique. Il s'agit donc d'un coût nul, voire d'une économie, pour l'Assurance Maladie.

◆ **Intégration dans le Code de la Sécurité Sociale de la sage-femme praticien de premier recours en santé des femmes.**

◆ Il apparaît absolument nécessaire que le **Code de l'Éducation et le Code de la Santé Publique soient modifiés par ordonnance suite à la loi ESR** (enseignement supérieur et recherche).

La DGSIP (Direction Générale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche) travaille sur cette ordonnance. Pour le moment ni la Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMa), ni l'Association nationale des étudiants sages-femmes (Anesf) n'ont été consultées.

Il est absolument nécessaire que cette ordonnance prévoit des dispositions pour que **les écoles intègrent TOUTES l'université sous forme de composante.**

EN CONCLUSION

Les sages-femmes ont parfaitement compris que tout était lié :
autonomie professionnelle - statut médical - statut Praticien Hospitalier
sage-femme - statut des étudiants sages-femmes - composante universitaire
- autonomie de formation.

Nous demandons la mise en place de groupes de travail au
ministère, avec un ordre de mission précis et un calendrier sur
les 4 thèmes suivants :

- ◆ **Intégration des sages-femmes au statut du personnel médical hospitalier**
- ◆ **Mise en place d'un parcours de soin lors de la grossesse et du suivi gynécologique intégrant la sage-femme comme praticien de premier recours.**
- ◆ **Modifications législatives nécessaires à la reconnaissance de statut médical de toutes les sages-femmes dans leur pratique quotidienne (en particulier Code de la Santé publique)**
- ◆ **Ouverture de négociations avec les fédérations de l'hospitalisation privée.**

Participeront à ces groupes de travail, les représentants du Collectif des sages-femmes, soient l'ONSSF, le CNSF, l'ANSFC, la CNEMa, l'Anesf et la CFTC santé sociaux.

Nous espérons que ces propositions soient enfin entendues, nous vous remercions de l'attention que vous porterez à ces documents et à l'entrevue que vous nous accordez aujourd'hui.

Le Collectif des sages-femmes :



Mme Raquin,
Présidente de l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes



Mme Guillaume,
Présidente du Collège National des Sages-Femmes de France



Mme Leroux,
Présidente de l'Association Nationale des Sages-Femmes Cadres



Mme Morin,
Présidente de la Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique



M. Savary,
Président de l'Association nationale des étudiants aages-femmes



M. Rollo,
Président, CFTC Santé Sociaux