

LA NÉCESSITÉ D'UN PARCOURS DE SANTÉ POUR LES FEMMES

STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

PART. I

Approche éthique & économique

-

2014

Contribution du Collectif des Sages-Femmes

SOMMAIRE

—

INTRODUCTION

I - LES FEMMES : DES BESOINS SPÉCIFIQUES EN TERME DE SANTÉ

II - LES SAGES-FEMMES PLÉBISCITÉES POUR LE SUIVI MÉDICO-PSYCHO-SOCIAL DES FEMMES

III - LA BIENTRAITANCE DANS UN PARCOURS DE SANTÉ DÉDIÉ AUX FEMMES

IV - L'ÉQUILIBRE FINANCIER D'UN PARCOURS DE SANTÉ SPÉCIFIQUE DES FEMMES

CONCLUSION

REFERENCES

INTRODUCTION

—

Une lettre de mission du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, datée du 8 février 2013, énonce comme objectifs: « les axes de déploiement de la Stratégie Nationale de Santé, ayant pour vocation de structurer, autour de thématiques prioritaires, les travaux de l'ensemble des administrations et opérateurs de santé comme la protection sociale ».

Les sages-femmes aujourd'hui proposent dans la logique de la Stratégie Nationale de Santé : la mise en place d'un parcours de santé spécifique des femmes.

Dans le Rapport Cordier, il est écrit : « *L'enjeu, en amont du soin, est celui de la promotion de la santé et de la prévention pour que chaque personne préserve au mieux son «capital» santé et son autonomie. C'est un investissement collectif pour réduire les dépenses de réparation* ».

Les sages-femmes, professionnels médicaux de santé, sont au plus près de cet enjeu et alertent aujourd'hui le gouvernement afin que les femmes puissent bénéficier de leurs compétences.

Le Pacte de Confiance, ou Rapport Couty, rendu en Mars 2013, définit l'urgence d'«*un dialogue social rénové, équilibré, apaisé*». **Dans ce contexte, les sages-femmes, mobilisées depuis le 16 Octobre 2013, souhaitent faire reconnaître leurs spécificités professionnelles et faire entendre leurs propositions pour la construction d'un parcours de santé spécifique pour les femmes.** L'aberration juridique dans laquelle elles se trouvent à l'hôpital (Profession médicale dans le Code de la Santé Publique mais gérées avec le personnel non-médical dans le Titre IV du Code de la Fonction Publique) et la méconnaissance du public au sujet de leurs compétences, les placent dans une situation très délicate. Seule formation réglementée par un numerus clausus à connaître le chômage, la maïeutique souffre aujourd'hui d'un manque de reconnaissance manifeste, dans un pays où les indicateurs en termes de santé des femmes et périnatalité sont mauvais en comparaison de ses voisins européens.

Ce document a pour objectif de démontrer l'intérêt d'un parcours spécifique concernant la santé des femmes, dans l'esprit de ce que dicte la nouvelle Stratégie Nationale de Santé pour les parcours spécifiques à la prise en charge des personnes âgées et des maladies chroniques.

LES FEMMES : DES BESOINS SPÉCIFIQUES EN TERME DE SANTÉ

Les femmes représentent un peu plus de la moitié de la population française (52 % début 2014) ^[1].

Leur espérance de vie est supérieure à celle des hommes (85 ans à la naissance en 2013, 78,7 ans chez les hommes selon l'INSEE) ^[2].

Elles présentent moins de comportements dangereux, mais sont plus à risque de dépression, d'anxiété, de tentatives de suicide ^[3].

Leur principale spécificité est la santé reproductive, qui nécessite une prise en charge optimale, afin d'éviter les grossesses non désirées, les IVG, les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

En France, aujourd'hui, on observe :

- Sur le plan gynécologique : un délai d'attente de 4 à 8 mois pour obtenir un rendez-vous chez un gynécologue, 1/3 de grossesses non désirées, dont 50% vont donner lieu à une IVG, 50% des IVG suite à une grossesse sous contraception, 1/5 des femmes entre 25 et 50 ans sans frottis cervico-vaginal ces 5 dernières années, 12% des femmes n'ont pas de suivi gynécologique entre 20 et 23 ans.

- Sur le plan périnatal : 20% de césariennes (13ème rang européen), un taux de mortalité maternelle encore trop élevé (75 décès par an), un taux de prématurité de 6,3% (8ème rang européen au même titre que la Slovaquie), 50% des femmes sans suivi après leur accouchement.

La France, pourtant 5^{ème} puissance économique mondiale, consacrant environ 12% de son PIB à la santé de sa population, forme des professionnels de santé compétents et met à disposition des outils techniques de pointe.

Alors comment expliquer ces résultats ? Par un accès aux soins dans un délai raisonnable très difficile dans certains territoires, c'est une réalité. Par un manque d'informations et de prévention auprès de la population, cela semble évident.

Pourtant, on constate depuis plusieurs années que les acteurs de Santé Publique mettent l'accent sur une politique de prévention et de dépistage. Des campagnes d'informations sont mises en place et des primes à la performance sont attribuées aux médecins généralistes afin que ces objectifs soient atteints. Mais en 2012, encore 46 % des patientes n'ont pas eu un dépistage du cancer du sein en sachant qu'un quart des décès féminins survenus avant 65 ans pourraient être évités.

Selon l’OMS^[4] : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité. » Cette définition est celle du préambule de 1946 à la Constitution de l’OMS. Cette définition n’a pas été modifiée depuis. Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu’ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels. Cette définition doit être respectée afin de prendre en charge au mieux les patient(e)s.

L’état de santé (selon la définition OMS) des femmes constitue un déterminant majeur de la santé de leurs enfants, de leurs familles.

Une approche de la santé différenciée selon le sexe est donc primordiale.

Etre une femme n’est pas une maladie. Les sages-femmes ont la particularité de prendre en charge des personnes en bonne santé physique, de s’assurer du maintien de cette bonne santé mais aussi de dépister les risques ou les situations pathologiques. Elle sait intervenir uniquement si besoin et orienter vers le professionnel de santé le plus pertinent.

Le Collectif des Sages-Femmes souhaite faire part au gouvernement de ses propositions concernant ce parcours de santé : un parcours simplifié, axé sur la prévention et le dépistage, prenant en considération les femmes dans leur contexte psycho-socio-économique.

II

-

LES SAGES-FEMMES PLÉBISCITÉES POUR LE SUIVI MÉDICO-PSYCHO-SOCIAL DES FEMMES

Plusieurs études internationales, dont **une revue de la Cochrane Database en 2013** (Gold Standard des études scientifiques basées sur des preuves)^[5], 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, avec moins de naissances assistées [forceps ou ventouse], et moins d'épisiotomies ».

Pourtant, en France, les résultats de **l'enquête périnatale de 2010**^[6] 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^[7] reconnaît (*chapitre VI : le rôle des sages-femmes dans le système de soins, pages 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 (selon les statistiques de l'UNCAM) tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement, de la période post-natale et lors 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».

Le rapport du Comité des Sages^[8] définit 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 ».

Cette approche est largement défendue par **les associations d'usagers**. Ces derniers, demandent une implication plus grande des sages-femmes, en ville comme en établissement de santé. En exemple, cet extrait d'une lettre adressée en Mai 2010 à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, alors Ministre de la Santé et des Sports, par le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) : « Plus que jamais, nous continuons à penser que la sage-femme doit devenir le « pivot du système de suivi en périnatalité » dans les domaines de la physiologie, et de l'eutocie (80% des grossesses, naissances et post-partum), et n'orienter les femmes vers les spécialistes qu'en cas de problèmes et/ou de pathologie. »

Le parcours de santé des femmes nécessite une bonne articulation entre le suivi médical en ville, le séjour en établissement de santé lorsqu'il est nécessaire, et le retour à domicile. Cette continuité de prise en charge des femmes en bonne santé doit être reconnue, coordonnée et visible.

Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé doit être une priorité. Or la démographie médicale française, indicateur d'accès aux soins, indique un manque de médecins spécialistes de la santé des femmes (actuellement, 15 médecins gynécologues-obstétriciens pour 100 000 femmes de 15 ans et plus^[9]).

Avec 137 sages-femmes pour 100 000 femmes^[9], et un taux de croissance annuel moyen de 3%^[10], les sages-femmes ont une démographie permettant une réelle proximité des soins.

III

LA BIENTRAITANCE

DANS UN PARCOURS DE SANTÉ DÉDIÉ AUX FEMMES ^[11]

La loi HPST, prévoit que les Agences Régionales de Santé « contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. »

Ce qui passe pour une évidence, qui devrait découler directement de la pratique médicale, doit pourtant être en quelque sorte « contractualisé ». Il est de la responsabilité de chaque acteur d'un tel réseau (praticien, soignant, acteur psycho-social) de se former, de partager ses difficultés et d'apporter une réflexion concrète sur le « savoir-être » nécessaire à la mise en place d'un lien de confiance entre les femmes et les intervenants de leur parcours de santé.

Dans les établissements de santé, la pénurie constante de personnel peut être à l'origine de maltraitance envers les femmes et les nouveau-nés dans les services de gynécologie et d'obstétrique. Il paraît important que ce questionnement éthique reste un sujet d'actualité pour les professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital.

L'Etat et les instances régionales doivent veiller à ce que les personnes demeurent au centre du système de santé et puissent conserver leur dignité tout au long de leur parcours de vie.

Nous rejoignons dans cette démarche l'ensemble des recommandations du rapport Promouvoir la bientraitance, rendu en Janvier 2011^[12]. Ce rapport mentionne comme une valeur essentielle la « recherche et le respect de l'autonomie du patient :

- son droit à être informé de la façon la plus adaptée possible pour qu'il soit en mesure de décider ce qui lui convient le mieux, qu'il s'agisse du consentement ou du refus de soin,
- le respect de son intimité à la fois dans la reconnaissance de sa vulnérabilité et la conscience de la manière dont la personne vit son intimité bien au delà du corps,
- le respect de son statut social, de sa citoyenneté. »

Pour qu'une femme puisse être actrice de sa santé, il est nécessaire qu'elle garde son autonomie et qu'elle se sente respectée à chaque étape de son parcours, avec chaque professionnel qu'elle ira consulter. Cela incombe non seulement à chacun des acteurs du réseau (médico-psycho-social), mais aussi aux organisateurs et financeurs de ce réseau. Des professionnels respectés respectent leur patientèle.

Le Code de la Santé Publique caractérise la profession de sage-femme comme médicale à compétence définie (Article 4151-1). De ce fait, les sages-femmes bénéficient d'un droit de prescription (limité à leur pratique, tout comme les chirurgiens-dentistes) et peuvent prendre en charge le suivi gynécologique, la contraception, la grossesse, le nouveau-né/nourrisson, dans une approche globale.

Certains concepts formulés dans une langue ne trouvent pas de traduction adéquate dans une autre. Dans ce paragraphe, nous utiliserons le terme *Cure* pour définir le « soigner » et le terme *Care* pour définir le « prendre soin ».

Les sages-femmes sont de fait les garantes du « *Cure* si besoin ». Leur prise en charge couvre le champ médico-psycho-social. De par cette spécificité, elles peuvent devenir un pivot central du parcours de santé des femmes. Elles sont aptes à suivre une patiente à partir de la puberté, incluant le suivi de leurs grossesses et les périodes post-partum.

L'Éthique du *Care*, souvent associée à la féminité, a une portée politique aujourd'hui. Il est essentiel que les praticiens de santé s'en emparent. Il est temps que ce *Care*, souvent ironisé, moins bien considéré dans le cadre d'une certaine hiérarchisation des soins, non rémunéré, soit reconnu comme une part essentiel de la pratique des soignants à tous les niveaux. Le *Care*, en tant qu'attitude d'un praticien face à sa patiente, est une qualité professionnelle que les sages-femmes apprennent durant leur cursus et acquièrent au cours de leur expérience.

L'EQUILIBRE FINANCIER D'UN PARCOURS DE SANTE SPECIFIQUE DES FEMMES

L'UNCAM s'est engagée en Décembre 2013 à travailler sur la CCAM Sage-Femme (*signature de l'avenant le 06/12/2013*).

Celle-ci permettra une meilleure visibilité de l'activité des sages-femmes. La loi HPST ayant mis en œuvre une approche matérielle du service public, l'UNCAM devra prendre en compte la spécificité de la pratique des sages-femmes, afin de la valoriser au mieux.

Selon un rapport récent produit par l'OCDE (Le panorama de la santé 2009)^[13], «*les services assurés par les sages-femmes sont généralement moins coûteux. Cela reflète en partie la durée plus courte de leur formation et donc la rémunération plus basse requise par comparaison avec les gynécologues et obstétriciens. En outre, les obstétriciens peuvent être enclins à fournir des services plus médicalisés. D'après une étude portant sur neuf pays européens, le coût de l'accouchement est plus bas dans les pays et les hôpitaux qui recourent plus aux sages-femmes qu'aux obstétriciens. Ces travaux récents soulignent ainsi tout l'enjeu d'une bonne articulation entre professionnels de la naissance et du renforcement de la complémentarité de leurs rôles pour assurer à la fois la sécurité des accouchements, une gestion optimale des moyens et une meilleure atteinte des objectifs de la politique de périnatalité*».

Dans le travail attendu entre l'UNCAM et les sages-femmes, il sera nécessaire de définir la spécificité de la profession de sage-femme dans la classification des actes produits par celles-ci. En effet, l'évaluation médico-psychosociale d'une femme lors d'une consultation (gynécologique ou obstétricale) ne peut se résumer à un amoncellement d'actes. Les sages-femmes sont moins prescriptrices que leurs collègues médecins, mais refusent pour autant d'être le « parent pauvre » de la gynécologie-obstétrique. En effet, la rentabilité des femmes ne doit pas être l'axe de prise en charge de leur suivi médical. Ceci est contraire à l'éthique médicale et entre en « conflit » avec le Code de Déontologie des sages-femmes.

Concernant la tarification à l'acte (T2A), le Rapport Couty^[14] préconise (p27-28) :

- *d'adopter une CCAM clinique remplaçant la nomenclature générale des actes professionnels pour financer de manière juste le temps médical*
- *L'évaluation par un observatoire indépendant des autorités tarifaires pour surveiller les impacts du mode de financement sur la répartition de l'offre, la satisfaction des usagers, les indicateurs de santé publique.*

Le Collectif des sages-femmes s'associe pleinement à ces propositions.

Le Rapport Cordier (p.86)^[8] rappelle bien que : *«le paiement à l'acte par construction rend plus aisée la valorisation du quantitatif, de l'acte technique, et beaucoup moins le qualitatif, le temps d'observation clinique et l'écoute de la souffrance du malade et de ses conditions de vie».*

La femme en bonne santé ne doit pas être considérée comme une personne malade, bien sur, mais elle nécessite tout autant une prise en charge basée sur l'écoute, l'empathie, la prise en compte de sa personne dans sa globalité. Les sages-femmes, durant leur formation puis durant leur vie professionnelle, apprennent puis expérimentent l'importance de prendre du temps pour définir au mieux le vécu d'une patiente (enceinte ou non) : cela va diminuer ses symptômes, son anxiété, et nécessiter une moindre médication. Plus particulièrement en obstétrique, il est démontré (Etude Cochrane)^[5] que le suivi global par une sage-femme diminue le risque de complications. Outre l'effet bénéfique en termes d'indicateurs de santé, on observe la possibilité de réduire les temps d'hospitalisation, de limiter les hospitalisations^{[15] [16]} (moins de menaces d'accouchement prématurés, moins de nouveau-nés prématurés), de diminuer la consommation de médicament.

En terme économique et financier, l'apport de l'approche spécifique des sages-femmes permettrait une diminution significative des frais de santé autour de la naissance.

EN CONCLUSION

Le rapport Cordier précise : « C'est autour de l'amélioration de la fluidité des parcours de soins que se situe aujourd'hui la voie prioritaire pour la qualité du service rendu aux personnes et l'efficacité économique de notre système de santé ».

Les sages-femmes sont conscientes de ces enjeux et souhaitent apporter des solutions concrètes au gouvernement. Il est urgent de définir un parcours de santé spécifique pour les femmes et de déterminer le rôle de chaque professionnel au sein de celui-ci.

Le prendre soin (*Care*) doit être mis en valeur tout autant que le soigner (*Cure*). Cette association parfaite entre le *Care* et le *Cure* montre ses preuves en termes d'amélioration de l'état de santé (selon la définition OMS)^[11]. Les sages-femmes ont le savoir-être et le savoir-faire nécessaires au suivi des femmes et des nouveau-nés.

Placer les sages-femmes au centre du parcours de santé des femmes, les définir comme les professionnels de 1^{er} recours pour celles-ci, est un engagement politique fort qui permettra d'améliorer l'état de santé global de la population.

Aujourd'hui, se joue la santé des femmes de demain.

LE COLLECTIF DES SAGES-FEMMES

Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes
Collège National des Sages-Femmes de France
Association National des Etudiants Sages-Femmes
Fédération Santé CFTC
Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique
Association Nationale des Sages-Femmes Cadres.

RÉFÉRENCES

- [1] Institut national de la statistique et des études économiques, Évolution de la population jusqu'en 2014, Insee. Fr. (n.d.).
- [2] Institut national de la statistique et des études économiques, Évolution de l'espérance de vie à divers âges, Insee.Fr. (n.d.).
- [3] Haute autorité de Santé, Journée HAS 14 novembre 2013 Paris, Has-Sante.Fr. (n.d.).
- [4] Organisation mondiale de la Santé, La définition de la santé de l'OMS, Who.Int. (1946).
- [5] J. Sandall, H. Soltani, S. Gates, A. Shennan, D. Devane, Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women, John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK, 2013.
- [6] - Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Enquête nationale périnatale 2010, Sante.Gouv.Fr. (n.d.).
- [7] - Cour des comptes, Rapport sécurité sociale 2011 - Le rôle des sages-femmes dans le système de soins, Ccomptes.Fr. (n.d.).
- [8] - A. Cordier, Un projet global pour la stratégie nationale de santé, (2013).
- [9] - Institut national de la statistique et des études économiques, Médecins suivant le statut et la spécialité en 2012, Insee.Fr. (n.d.).
- [10] - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs, Sante.Gouv.Fr. (2012).
- [11] - P. Molinier, S. Laugier, S. Paperman, Qu'est-ce que le care ? : Souci des autres, sensibilité, responsabilité, Petite bibliothèque payot, 2009.
- [12] - M. Bressand, Rapport de la mission ministérielle : « Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé », Sante.Gouv.Fr. (2011).
- [13] - OCDE, Panorama de la santé 2009, Éditions OCDE, 2009.
- [14] - E. Couty, Le pacte de confiance à l'hôpital, Sante.Gouv.Fr. (2013).
- [15] - N. Durand, Inspection générale des affaires sociales, Hospitalisation à domicile (HAD), La documentation française. Fr. (2010).
- [16] - Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Guide méthodologique : améliorer la coordination des soins, comment faire évoluer les réseaux de santé ? Sante.Gouv.Fr. (2012).