

## Propositions de travail pour la réunion « 1<sup>er</sup> Recours » du lundi 19/05/2014

### Collectif des sages-femmes / DGOS

#### Préambule

Un parcours de santé se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix.

Le parcours de santé des femmes est l'organisation d'une prise en charge globale et continue des femmes au plus proche de leur lieu de vie.

La lisibilité, l'accessibilité et la fluidité du parcours de santé s'appuient sur la qualité de l'information, des conditions d'accueil et d'accompagnement de la femme tout au long de sa vie.

Ses actions de dépistage, de prévention et de diagnostic de la pathologie mettent la sage-femme, PRATICIEN EN SOINS PRIMAIRES pour la santé des femmes, au cœur du dispositif permettant à la patiente d'être au centre de la filière de soins.

**Mais pour cela, il faut favoriser la visibilité des sages-femmes, en particulier au niveau libéral et l'accès aux sages-femmes, praticien de 1<sup>er</sup> recours au même titre que le médecin généraliste.**

Dès 2005, la HAS précisait que « Le pronostic materno-foetal a été comparé pour le suivi systématique des grossesses à bas risque entre les obstétriciens ou les gynécologues et les sages-femmes et/ou les médecins généralistes. Il n'y avait pas de différence (grade A). Le suivi des femmes avec une grossesse normale doit être assuré autant que possible par un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par la même personne ». (HAS Avril 2005). De même, elle précise en 2007 (Orientation des femmes enceintes en fonction de leur niveau de risques) que la sage-femme, le médecin généraliste et le gynécologue médical assurent le suivi des mêmes patientes et réfèrent au gynéco-obstétricien pour les mêmes niveaux de risques.

La Cour des Comptes note en 2011 (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 sont reconnues comme pouvant assurer un suivi global, respectueux des usagers et de la physiologie, avec une médicalisation à bon escient et des prescriptions parcimonieuses (statistiques 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 plus longues et mettant l'accent sur le conseil et la prévention au-delà de l'acte médical »

Dans notre pays, la prise en charge de la grossesse n'a été pensée depuis plusieurs années qu'en terme de risques potentiels, entraînant une hyper technicisation. Pourtant, les indicateurs périnataux en France en

termes de morbidité et de mortalité périnatales n'ont pas évolué depuis plusieurs années et sont moins bons que chez certains de nos voisins européens.

**Grâce à sa formation initiale, la sage-femme a une approche globale centrée sur la femme, le couple, la famille dans une démarche de maintien en santé tout en permettant le respect de la physiologie.**

S'intéresser spécifiquement à la santé des femmes, c'est à la fois porter un regard sur les inégalités qui demeurent entre femmes et hommes, et prendre en compte le clivage social grandissant au sein même de la population féminine.

**La méconnaissance de la population générale concernant les compétences des sages-femmes entraîne un défaut de choix en termes de liberté de choix du praticien. Il est indispensable de développer des outils de communication efficaces afin que les femmes soient informées des rôles et compétences de chacun des praticiens qu'elles seront amenées à consulter.**

**Afin de faciliter l'accès aux sages-femmes et la reconnaissance de leur place comme praticien médical de premier recours, des modifications législatives s'imposent :**

**A. Introduction d'un chapitre préliminaire au titre V du Livre Ier : Professions médicales (de la Quatrième partie : Professions de santé du CSP)**

« Chapitre préliminaire : sage-femme de premier recours.

Les missions de la sage-femme de premier recours sont notamment les suivantes, dans le respect de ses compétences :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

4° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé et en particulier avec le médecin généraliste référent.

5° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

6° Participer à la mission de service public de permanence des soins en collaboration avec les Agences régionales de Santé.

7° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires en études de maïeutique. »

## **B. Révision des articles des compétences et autonomie de la sage-femme**

### Code de la santé publique

- **Révision de l'article L-4151-4 du CSP :**  
« 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 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 française de sécurité sanitaire des produits de santé. » à remplacer par « les sages-femmes peuvent prescrire l'ensemble des dispositifs médicaux, des examens, et des médicaments nécessaire à l'exercice de leur profession.»
- **Révision de l'article L-4151-1 du CSP :** « L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. » à remplacer par « la sage-femme peut effectuer l'examen post-natal à condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée.»
- **Révision de l'article L-4151-3 du CSP:** « En cas de pathologie maternelle, foetale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.»  
Supprimer : « Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques » à remplacer par « à la demande d'un médecin, une sage-femme peut assurer la surveillance et la prise en charge conjointe d'une situation pathologique en collaboration et en concertation»
- **Révision de l'article L-4151-2 du CSP :** « Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. » à remplacer « Les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer les vaccins nécessaires à l'exercice de leur profession »

### Code de la Sécurité Sociale

#### **Révision des articles L.321-1, et D.331-1 et D.331-2 créés par décret en décembre 1985 !**

##### « Article D331-1

Les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail, conformément au 4° de l'article L. 321-1, à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique. »

##### « Article D331-2

La durée de l'arrêt de travail prescrit en application de l'article D. 331-1 ne saurait excéder quinze jours calendaires. La prescription d'un arrêt de travail par une sage-femme n'est pas susceptible de renouvellement ou de prolongation au-delà de ce délai. »

La durée d'arrêt de travail doit pouvoir être plus longue, selon le besoin de la patiente. Les sages-femmes doivent pouvoir prescrire sur le congé prénatal, la période supplémentaire de deux semaines, ainsi que sur le congé postnatal la période supplémentaire de 4 semaines, accordée en cas d'état pathologique lié à la grossesse ou à l'accouchement. Ces congés supplémentaires sont des congés de maternité (et non de maladie).

*Ceci devra être également intégré dans le Code du travail.*

### **C. Amélioration de la prévention et de l'éducation en santé des femmes enceintes**

L'Article L2111-1 du CSP stipule

« L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent livre, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment :

1° Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants ; »

Les différentes recommandations HAS et les derniers plans de périnatalité mettent l'accent sur la création de l'Entretien Périnatale précoce, pourtant seulement 21,4% EPP sont réalisés selon l'enquête périnatale 2010, ceci est dû entre autre au fait qu'il n'est pas clairement identifié mais seulement assimilé à la 1ers séance de préparation à la naissance.

Pourtant la Convention nationale des sages-femmes rappelaient que « le développement de la prévention autour de la femme enceinte est l'une des priorités fixées par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Les partenaires conventionnels entendent inscrire leur démarche dans le cadre de ces priorités de santé publique et poursuivre une politique de prévention active en améliorant la prise en charge de la femme avant, pendant et après l'accouchement par les sages-femmes libérales. Dans ses recommandations de novembre 2005 (1), la Haute Autorité de santé préconise notamment une approche plus précoce de la préparation à l'accouchement et un ajustement des dispositifs d'aide et d'accompagnement aux besoins des femmes en période postnatale. » Les dispositions prises alors n'ont visiblement pas été suffisantes.

- **Révision de l'article L2122-1**

« Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme La déclaration de grossesse peut-être effectuée par une sage-femme. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin.

Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire.

A l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine est proposé à la femme enceinte. Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

A modifier

« Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme ainsi que d'un entretien prénatal précoce au cours du 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> de grossesse et d'un entretien postnatal au cours du 1<sup>er</sup> mois après l'accouchement, réalisés par une sage-femme. ...»

*Cette modification doit entraîner la création d'une cotation spécifique à la NGPA (en attendant la mise en place de la CCAM pour les actes sages-femmes) et donc être introduite dans le Code de la sécurité sociale.*

#### **D. Amélioration de la santé génésique**

De plus, en France, il nous faut :

- Améliorer la prévention des cancers génitaux féminins par un accès plus facile aux consultations gynécologiques, en particulier dans les populations rurales et défavorisées, par le développement de l'exercice libéral et l'aide à l'installation dans des zones sous-dotées, en cabinet, dans des centres de santé et maisons de santé pluri-professionnelles.
- Améliorer la prise en charge de la contraception par des consultations adaptées à la patientèle et à sa demande (taux d'IVG en France très élevé au vu de la quantité de moyens contraceptifs mis sur le marché). Les consultations de gynécologie de prévention et de contraception font de la sage-femme un acteur incontournable.
- Améliorer la prévention et le dépistage des violences (de toutes sortes) faites aux femmes et à leurs enfants
- Permettre à la sage-femme d'intervenir dans des actions de prévention auprès des jeunes, des groupes de femmes.

Le Collectif des sages-femmes propose la création d'un chapitre III, dans la Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant, au Livre III : Etablissements, services et organismes et au Titre Ier : Organismes de planification, d'éducation et de conseil familial, celui-ci ayant trait à l'information sexuelle, à la régulation des naissances et de à l'éducation familiale.

#### **Incitation à l'information préventive et à la contraception chez les jeunes filles:**

- Mise en place de programmes d'information et prévention faites dans les collèges et lycées, intégrant les sages-femmes et en collaboration avec le ministère de l'Éducation Nationale ;
- Mise en place d'une consultation par une sage-femme ou un médecin généraliste: information sur la contraception chez la jeune fille dès 14/15 ans, associée à la prévention des IST et des conduites addictives, prise en charge à 100% par l'Assurance maladie.

En inscrivant cette mesure dans le Code de la santé Publique, le gouvernement enverra un message fort en direction de la population féminine, première victime de cette situation discriminatoire en terme de santé publique.

Pour exemple :

Taux d'IVG en France des 12-17 ans 6,7%

Pas de suivi gynéco pour 20% des femmes chez les 25-35 ans.

32,3% de fumeuses régulières à 17 ans

Environ 35% de fumeuses entre 18 et 35 ans

27% de femmes enceintes fumeuses

## **E. Création d'un statut de Praticien Territorial de Maïeutique**

Dans le Livre IV : Administration générale de la santé au Titre III : Agences régionales de santé, Chapitre V : Modalités et moyens d'intervention des agences régionales de santé à la Section 2 : Contractualisation avec les offreurs de services de santé

### **Création d'un article L1435-4-3 sur le modèle de l'article L1435-4-2**

« I. - Les agences régionales de santé peuvent conclure avec une sage-femme, à la condition qu'elle n'exerce pas d'activité médicale libérale ou que son installation en cabinet libéral date de moins d'un an, ou à temps partiel au sein d'un établissement public de santé un contrat de praticien territorial de maïeutique sur la base duquel elle perçoit une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités de soins exercées en qualité de praticien territorial de maïeutique. Le praticien territorial de maïeutique s'engage à exercer, pendant une durée fixée par le contrat, la maïeutique dans une zone définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

II. - Le contrat prévoit des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, le respect des tarifs opposables, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres sages-femmes.

III. - Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article. »

## **F. Faciliter l'accès aux SISA tout en reconnaissant le caractère médical de la sage-femme tel que défini dans la 4<sup>ème</sup> partie du CSP**

### **• Révision de l'article L4041-4**

« Une société interprofessionnelle de soins ambulatoires doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical. »

A remplacer par

« Une société interprofessionnelle de soins ambulatoires doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical ou un médecin et une sage-femme et un auxiliaire médical. »



## **G. Pratique de l'IVG médicamenteuse**

L'accès des femmes à l'interruption volontaire de grossesse doit être respecté. Devant les difficultés constatées depuis plusieurs années, il semble légitime de permettre aux sages-femmes d'effectuer des IVG dans les mêmes conditions que les médecins : pratique du premier rendez-vous, délivrance de la première attestation, pratique de l'IVG médicamenteuse et réalisation de la consultation post IVG par la sage-femme.

D'autant que l'élargissement de leurs compétences gynécologiques depuis 2009, les met en lien direct avec les femmes présentant une grossesse non désirée.

Ceci nécessite la révision de plusieurs articles

- **Révision de l'article L2212-1**

« La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse. »

Modification : « La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin ou à une sage-femme... »

- **Révision de l'article L2212-2**

« L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin. En cas d'interruption volontaire d'une grossesse médicale, elle peut être pratiquée par une sage-femme..... »

- **Révision des articles L2212-3, L2212-5, L2212-6, L2212-7, L2212-8 et L2212-10**

Introduction de « ou sage-femme » à côté du mot « médecin ».

Et modification dans les mêmes conditions de la partie réglementaire.

## **H. Faciliter l'accès au plateau technique des établissements de santé**

Il est étonnant de voir que tous les articles créés par la loi HPST pour cet accès des professionnels libéraux au plateau technique des établissements de santé s'appliquent aux sages-femmes sauf deux : article R6146-23 et article R6146-24. D'autant que des établissements les intègrent déjà au contrat signé avec les sages-femmes libérales.

Il est donc nécessaire de réparer « cet oubli »

- **Révision de l'article R6146-23**

« Les médecins exerçant à titre libéral dans les établissements publics de santé bénéficient d'une indemnité forfaitaire représentative de la perte de revenus résultant de leur participation à des actions de formation prévues dans le cadre de la politique de formation de l'établissement ainsi qu'à des réunions des instances délibératives ou consultatives de l'établissement.... »

A remplacer

« Les médecins ou sages-femmes exerçant à titre libéral.... »

- **Révision de l'article R6146-24**

« Après accord du directeur, les remplaçants en clientèle privée des médecins libéraux peuvent dispenser des soins dans l'établissement public de santé dans le respect des dispositions du contrat mentionné à l'article R. 6146-17. Le directeur général de l'agence régionale de santé en est immédiatement informé. »

A remplacer par

« Après accord du directeur, les remplaçants en clientèle privée des médecins ou sages-femmes libéraux peuvent dispenser des soins.... »

- I. Permettre l'accès aux spécialistes par la sage-femme (sans pénalisation de la patiente lors de sa prise en charge par les Caisses d'Assurance Maladie) : mesure prévue dans le cadre de la convention des sages-femmes signée en 2007 et jamais mis en place.

**Certaines de ces modifications législatives devront s'accompagner de la mise en place de mesures conventionnelles afin d'en garantir l'application. Ceci doit être prévu d'emblée afin d'éviter la situation vue en 2009 où les compétences des sages-femmes ont été élargies au suivi gynécologique de prévention et de contraception sans que les cotations permettant aux sages-femmes d'effectuer ces actes soient prévues.**

*Le Collectif des sages-femmes*

*Le 17 mai 2014*



Document de travail