

LES SAGES-FEMMES : POUR DE NOUVELLES PERSPECTIVES DE CONDITIONS D'EXERCICE ET STATUTAIRES

La CNDCH a été invitée par l'IGAS à partager ses analyses et ses propositions relatives aux sages-femmes. Elle a été auditionnée en avril.

En préambule et nonobstant l'hétérogénéité des positions des sages-femmes elles-mêmes sur leur place et leur possible évolution, la CNDCH approuve le fait qu'une réflexion spécifique soit menée pour cette profession « au milieu du gué » : relevant déjà d'une profession médicale à périmètre spécifique, elles ne disposent pas de la reconnaissance suffisante d'une part au regard de leur responsabilité actuelle et d'autre part, de l'ensemble de leurs champs d'intervention dont le périmètre pourrait s'élargir ces dernières années et pourraient l'être encore.

Par ailleurs, le contexte dans lequel intervient la mission de l'IGAS est marqué par plusieurs facteurs déterminants pour les sages-femmes :

- *elles sont au cœur d'évolutions à la fois sociétales, sociales et sanitaires aussi majeures que nombreuses ;*
- *Le plan des « 1000 jours » érigé en cause nationale ne peut qu'inclure leur rôle central dans les prises en charge*
- *les Accords du Ségur soulignent à raison l'importance de rénover les approches à la fois curatives et préventives : le métier de la sage-femme se situe bien dans ces deux axes ;*
- *la fragilité, dans certains territoires, des spécialités d'obstétrique, de gynécologie, de pédiatrie, d'addictologie justifie que cette profession évolue réellement.*
- *La reconnaissance de la nécessité d'une prise en charge holistique de la femme et de son couple, dans toutes ses dimensions, notamment psychologique et dans l'apprentissage de la parentalité, en lien avec les équipes de santé mentale et/ou sociales*

La CNDCH a conscience que nombreux sont ceux qui estiment être les « oubliés du Ségur » et que cela peut générer des tensions et des processus de revendications dont on peine à entrevoir la fin. Pour autant, la CNDCH estime que les sages-femmes sont légitimes à souhaiter que leur place évolue. Elle rappelle également que des tensions démographiques sur ce métier qui, dans certains territoires, tant à l'hôpital qu'en ville, et deviennent cruciales.

Elles imposent de faire bouger rapidement les lignes, sans quoi les filières obstétricales entreront dans un nouveau cycle de difficultés renforcées par la fin du recours possible à l'intérim hors rémunération réglementaire, prévue à la fin de l'année.

1- Reconnaissance

La loi RIST a commencé à donner des signes positifs en terme de reconnaissance. Il est nécessaire de poursuivre dans cette voie : le retard dans la prise en compte de la compétence vaccinale des sages-femmes dans le cadre de la campagne vaccinale anti-COVID est une illustration du fait qu'elles sont parfois sous-estimées dans leur capacité à contribuer de façon directe et active à des politiques publiques d'envergure.

De la même façon, si le développement des filières physiologiques, à différentes étapes et plus récemment à la suite du conflit de 2014 qui a abouti à leurs dernières évolutions statutaires également, il faut percevoir leurs difficultés à se situer durablement reconnues institutionnellement.

Leur place en CME est par exemple acquise mais considérée comme moins stratégique, et parfois oubliée de leurs condisciples.

La multiplication des sollicitations hors leur périmètre naturel d'action (maternité et SDN) n'est pas toujours facile mais leurs filières de consultations sont souvent plébiscitées par les patientes, hors les contextes des prises en charge pathologiques.

Certaines pensent encore être considérées comme « les aides » des gynéco-obstétriciens mais cela tend à s'estomper là où des projets médicaux et maïeutiques peuvent voir le jour...

Or, il convient de souligner la particularité de leurs conditions de travail (notamment l'intensité du travail de nuit, en permanence des soins), la durée de leurs études initiales auxquelles il convient d'ajouter les DU auxquels leur pratique les conduit naturellement (DU d'échographie, DU de contraception, DU d'addictologie...) ainsi que leur responsabilité y compris médico-légale tout à fait singulière.

Au regard de ces éléments, leur niveau de rémunération semble inadapté et ce constat est renforcé par la revalorisation d'autres métiers issue des Accords du Ségur de la Santé.

La CNDCH rappelle que les sages-femmes sont déjà des professions médicales. Il ne s'agit donc pas de partir sur des schémas-type délégations, protocoles de coopération ou équivalent d'IPA.

Il s'agit d'en faire un sujet cher à la CNDCH : revoir en profondeur l'ingénierie des métiers de la santé.

2- Evolutions préconisées

Les sages-femmes interviennent aux confins de trois spécialités : gynéco-obstétrique, pédiatrie, santé publique. Elles doivent le faire de façon plus forte et sur un périmètre à élargir.

2.1 Favoriser le recours aux sages-femmes dans le parcours de prise en charge

De même que les maternités ont été restructurées en réseau favorisant le recours à la structure la plus adaptée aux besoins de la femme enceinte et de son enfant, sans qu'il ait été nécessaire d'appuyer cette réorganisation en profondeur sur des obligations à caractère réglementaire en ce qui concerne l'accessibilité aux différents niveaux de maternité, la place de la sage-femme dans le suivi de grossesse pourrait suivre ce modèle : préconiser, après un premier avis médical, en premier lieu le recours à une sage-femme avant de recourir aux généralistes ou gynécologues-obstétriciens.

Dans le champ pédiatrique, la limite d'âge de suivi des enfants pourrait être rehaussée, à l'instar de ce qui peut déjà être à l'oeuvre, par exemple en Outre-Mer (Nouvelle Calédonie). Cela pourrait utilement accompagner la mise en œuvre du Plan des « 1000 premiers jours ».

Dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, le rôle des sages-femmes s'est grandement diversifié dans des établissements pionniers et doit davantage être reconnu et valorisé, notamment :

- autour des parcours en AMP mais aussi pour le dépistage et suivi des IST de la femme et son entourage et suivi gynécologique tout au long de leur vie ;
- pédiatrie : jusqu'à 4 ans, soutien à la parentalité ;
- prévention : activités de dépistage (cancer du col de l'utérus, du sein et ce tout au long de la vie), prévention de l'obésité pas uniquement infantile ...

- santé publique : addictologie (prévention des SAF / formations spécifiques : « conseil bref » en tabacologie), prise en compte de la vulnérabilité médico-socio-psychologique (place à développer dans les PASS), promotion de la santé sexuelle (éducation, planning familial : contraception et IVG), vaccinations...
- violences conjugales et intrafamiliales (victimologie adulte et protection de l'enfance : cf. les différents plans nationaux dans ces deux domaines) tant en terme de prévention, diagnostic et suivi, domaines dans lesquels elles doivent investir le champ de la systémie familiale.

2.2 Actualiser les décrets périnataux pour consolider leur place, en particulier sur des question normatives d'effectifs ou de compétences

Dans toutes ces dimensions, les interfaces avec d'autres métiers doivent particulièrement être travaillées. Ainsi, l'articulation avec les métiers du secteur opératoire doit être travaillée, en particulier sur le rôle de chacun en péri-opératoire, SSPI notamment pour pratiquer les diverses surveillances. La place des sage-femme dans un périmètre de compétence médicale ne doit en effet pas occulter la nécessaire articulation avec les métiers du soin infirmier, en sortant des questions de préséance au profit de la continuité de prise en charge.

2.3 Reconnaissance tarifaire et financière

Par ailleurs, il est nécessaire que l'ensemble des actes produits par les sages-femmes bénéficient d'une traduction tarifaire adaptée que ce soit dans le monde libéral ou hospitalier. Cela impliquerait une actualisation des missions confiées et de leur traduction en actes CCAM.

Au regard par ailleurs de la pénibilité liée à la permanence des soins, il est impératif que des travaux menant à la revalorisation de ces périodes d'exercice soit réalisée, à l'instar de ce qui aurait déjà dû être fait pour l'exercice médical et que la CNDCH, comme d'autres acteurs, réclame depuis longtemps.

2.4 Traiter la question statutaire sans dogmatisme

La demande de reconnaissance en qualité de PH qui est exprimée aujourd'hui par certaines sages-femmes est compréhensible dans la mesure où il s'agit aujourd'hui de la seule piste réglementaire. Pour autant, si l'évolution dans le statut de PH devait être retenue, ce qui ne peut s'envisager que lorsque le statut des PH lui-même sera « stabilisé », la CNDCH s'oppose à ce que cela implique, de facto, une gestion centralisée au niveau du CNG, sans quoi cela modifiera substantiellement le nombre de personnes à gérer au niveau central et induira des rigidités supplémentaires qui ne sont pas acceptables pour ce métier déjà en tension.

A tout le moins, la CNDH souhaite une « hybridation » du statut des sages-femmes en :

- créant un statut spécifique à l'interface des statuts des personnels médicaux et des personnels non médicaux mais bénéficiant d'un réel repositionnement en termes de grilles qui atténue la perte d'attractivité actuelle et qui favoriserait une reconnaissance plus lisible au sein des établissements ;
- conservant cependant un statut local, dans un principe de subsidiarité : la gestion de proximité est la seule efficace pour un corps aussi nombreux.

Pour conclure, la CNDCH est favorable à une véritable reconnaissance des sages-femmes :

- reconnaissance de leurs compétences qui doivent pouvoir s'élargir et être « lisibles » pour la population dans le cadre d'une nouvelle organisation des soins ;
- reconnaissance en terme de place (statut / rémunérations-tarifications).