



SÉCURITÉ DE LA SANTÉ

CONTRIBUTION DE

L'ORGANISATION NATIONALE

SYNDICALE DES SAGES-FEMMES

Juin 2020



Ces travaux débutent après plus d'une année de grèves au sein de l'hôpital public. Le malaise des hôpitaux était donc connu bien avant la crise Covid, mais il aura fallu une catastrophe sanitaire pour que le travail et l'engagement des soignants soit reconnu.

Le malaise de notre profession est connu depuis des années, et avait engendré une grève qui a duré plus d'un an en 2013 et 2014 aboutissant sur un statut de sage-femme des hôpitaux totalement inadapté.

Au fil des années et des besoins de la population, les compétences des sages-femmes ont été élargies, et depuis plus de 10 ans maintenant, la place des sages-femmes dans le domaine de la santé génésique s'accroît peu à peu, entre autres pour pallier les défauts d'offre de soins tels que l'orthogénie. Néanmoins, elles sont peu connues, souvent oubliées par les institutions. Ce qui vient encore de se confirmer avec le récent « Rapport Claris » qui ne cite jamais les sages-femmes.

Est-ce parce que nous sommes les seuls professionnels soignants qui nous occupons majoritairement de patients bien portants ou parce que nous sommes une profession très majoritairement féminine (98% de femmes) au service des femmes?

Pourtant les sages-femmes sont bien réparties sur le territoire, prennent en charge plus de 2000 naissances par jour à l'hôpital et en ville - même pendant la crise-, avec ou sans les médecins, sans compter les actes de gynécologie et d'orthogénie.

La contribution qui suit reprend ces antériorités ajoutées aux difficultés révélées par la crise CoVid-19, illustrées par des témoignages de nos représentants en région.

Premier Pilier : Revalorisation des carrières et développements des compétences et des parcours professionnels à l'hôpital et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Un statut hospitalier incomparable et inadapté

Le décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière définit la place des sages-femmes à l'hôpital.

Les sages-femmes, profession médicale selon le code de la santé publique, **réclament depuis de nombreuses années** à être intégrées dans le statut qui leur convient : **le statut des personnels médicaux et pharmaceutiques à l'hôpital**. En effet, elles sont la seule profession médicale isolée au sein des personnels non médicaux.

Légalement sous la tutelle de la direction chargée de la gestion du personnel médical, elles sont trop souvent gérées par la direction des soins, voire trop souvent placées sous la responsabilité de cadres de santé.

Dans le code de la santé publique, les sages-femmes font, en droit, indiscutablement partie des professions médicales pour ce qui est de leur exercice. Elles relèvent, en droit de la fonction publique hospitalière, du personnel non médical. Un jeu d'écriture les rattache aux directions des ressources humaines médicales mais cela n'a pas de sens pratique. La refonte des statuts médicaux permettrait leur intégration statutaire dans le code de la santé publique afin de mettre fin à cette situation étrange.

Pour illustrer ce non-sens, en ce moment ont lieu des concertations distinctes pour les différentes catégories de personnels à l'hôpital : d'un côté les professions médicales (sauf les sages-femmes), de l'autre les professions non médicales (et les sages-femmes).

Ce **statut inadapté** empêche les sages-femmes d'être reconnues à l'hôpital et par conséquent dans les autres modes d'exercice, et interdit l'exercice mixte autorisé pour nos confrères et consœurs médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens. Une sage-femme hospitalière désirant s'installer en libéral devra demander l'autorisation de sa direction, et devra au bout de 3 ans maximum opter pour l'un ou l'autre des modes d'exercice. Pourtant, il est communément admis que cet **exercice mixte** est un levier pour améliorer le lien ville-hôpital et permettrait une plus grande ouverture à l'accès aux plateaux techniques.

Dans cette perspective, nos demandes précises concernant les grilles indiciaires seront transmises ainsi que nos propositions concernant l'évolution de carrière dans un statut adapté.

De plus, nous rappelons que les 35h n'ont jamais été effectives à l'hôpital mais ont alimenté largement les Compte Épargne Temps. Les difficultés de recrutement des sages-femmes en milieu hospitalier augmentent d'année en année, l'hôpital attire de

moins en moins, et les **effectifs insuffisants** sont en grande partie responsables de ce changement de paradigme.

Par ailleurs, les sages-femmes ne veulent pas entendre parler de pratiques avancées ni de transfert de compétences pour ce qui les concerne mais bien de compétences propres en lien avec leur statut médical.

Réforme des autorisations d'exercice des établissements de santé et révision de la doctrine capacitaire

En effet, en ce qui concerne les sages-femmes et tous les personnels de maternité, **la révision de la doctrine capacitaire** est en cours de négociations dans le cadre de la réforme des autorisations d'exercice des établissements de santé depuis plus de 2 ans! Inchangés depuis 1998, les effectifs actuellement appliqués sont totalement inadaptés à la réalité de l'activité en maternité, tous secteurs confondus. Les dernières propositions de la DGOS sont **inacceptables** et nous n'avons plus de calendrier pour la suite de nos échanges.

Nous savons néanmoins que nous sommes très loin des préconisations professionnelles "Une femme, une sage-femme", garantes d'un accompagnement sécuritaire et de qualité en salles de naissances.

Dans les services d'hospitalisation post natale, les sages-femmes qui s'occupent d'une vingtaine de lits en moyenne prennent en réalité en charge 20 mères et 20 bébés, soit 40 patients, ce qui est incompatible avec un suivi médical approprié.

Étudiants sages-femmes

Lors de la crise, les étudiants en maïeutique ont activement participé au renfort des équipes hospitalières. Leur **travail doit être reconnu** au même titre que celui des autres étudiants en santé, ils doivent être rémunérés lorsqu'ils ont suppléé les manques de personnel, faisant fonction de sages-femmes, d'aides-soignants, d'auxiliaires de puéricultures, d'agents d'accueil... Il est inacceptable que ces étudiants n'aient perçus aucun salaire (certains étudiants infirmiers mobilisés eux aussi sur la base du volontariat ont perçus des salaires durant le confinement), ni aucune prime alors qu'ils sont eux aussi agents hospitaliers lors du deuxième cycle des études de maïeutique, notamment.

Le **statut de maître de stage en maïeutique** doit être créé afin de permettre une formation médicale telle qu'elle existe pour les médecins. Il en va de même pour les chirurgiens-dentistes et pharmaciens. Les travaux d'élaboration de ce statut ont déjà été réalisés par la profession pour proposer les modalités de cette mise en place des maîtres de stage en maïeutique, référents des étudiants sages-femmes

En effet, les textes prévoient que dans le cadre de son exercice professionnel, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses



pairs» (Code de déontologie des sages-femmes, Article R4127-304 modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012).

La formation des sages-femmes à cet encadrement, sur la base du volontariat doit devenir systématique et aboutir à des nominations. Ce temps dédié au tutorat doit être reconnu, rémunéré, et permettre une meilleure communication avec les écoles ou départements universitaires de maïeutique.

Ce statut de maître de stage devra aussi exister pour tous les modes d'exercices, dans le secteur libéral et territorial.

Toutes les écoles de sages-femmes devraient être intégrées à l'université, comme cela est déjà le cas dans plusieurs villes. Les enseignants doivent pouvoir obtenir un **statut hospitalo-universitaire**.

Second Pilier : Plan d'investissement et réforme des modèles de financement

La tarification à l'activité a engendré des dérives à la fois à l'hôpital et en libéral, et **le parcours de soins doit être revu**, centré sur les besoins des patientes et l'efficacité des soins.

Dans le domaine de la périnatalité, les sages-femmes sont capables d'assurer une coordination efficace entre les professionnels, pour le bien des patientes et des familles.

C'est d'ailleurs le cœur de leur activité, elles coordonnent les différents intervenants (pédiatres, obstétriciens, anesthésistes, kinésithérapeutes, psychologues, spécialistes...) lors de la grossesse, de l'accouchement et du séjour post-natal.

L'activité des **urgences gynécologiques et obstétricales**, comme celles des autres services d'urgence, a connu un essor important ces dernières années. Pourtant, cette activité des urgences gynéco-obstétricales n'est que trop rarement identifiée dans les établissements, bien que les intervenants soient des personnels de maternité, dont les sages-femmes. Un **forfait spécifique pour les urgences gynécologiques et obstétricales** doit être créé, afin de pouvoir identifier et suivre l'activité de ces services ouverts 24h sur 24 et 7 jours sur 7, souvent sans personnel dédié, les personnels des salles d'accouchement prenant en charge ces actes en plus de l'activité habituelle des salles d'accouchements.

Dans l'attente d'un véritable pack "Engagement maternité"

Les fermetures de maternités ces 15 dernières années ont appauvri l'offre de soins en périnatalité. Pour plus de proximité, il faut **stopper les fermetures de maternité** en s'appuyant sur les effectifs médicaux partagés des GHT qui ont déjà montré leur efficacité.

Les patientes sont les premières à souffrir de l'éloignement de l'établissement dans lequel elles font le choix ou sont contraintes d'accoucher.

Un temps envisagées, les mesures d'hébergement de proximité des femmes en fin de grossesse sont complètement décalées de la réalité d'une naissance, du vécu des familles prêtes à accueillir un nouvel enfant.

De plus en plus d'entre elles demandent une **moindre médicalisation** de leur accouchement et un **accompagnement personnalisé** de bout en bout de leur grossesse. L'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales, les maisons de naissance en expérimentation depuis près de 5 ans et les accouchements extrahospitaliers choisis et préparés sont une réponse à ce besoin avec une grande satisfaction des couples. Ils sont une alternative pour réduire le nombre d'accouchements non assistés en pleine expansion.

Ces organisations alternatives de prise en charge sont à développer, les sages-femmes doivent être **correctement assurées**, à des tarifs non prohibitifs comme à l'heure actuelle. Elles doivent aussi être correctement équipées. Les établissements doivent permettre aux sages-femmes libérales qui le souhaitent d'avoir accès aux plateaux techniques pour pouvoir accompagner leurs patientes demandeuses d'un **accompagnement global**.

Une audioconférence à la demande de notre président de région et sa réactivité a permis de mettre en place une livraison rapide de matériel pour toutes les sages-femmes d'ARA à deux reprises. La livraison a été organisée par les Ordres et l'URPS pour les 1200 SF de la région dans les jours suivants notre rencontre.

Cet entretien a permis aussi d'obtenir une aide financière régionale pour acheter du matériel nécessaire au suivi du nouveau-né et l'achat de plexiglas de protection pour nos cabinets. (30 % du prix d'achat du bilirubinomètre qui a été négocié pour 110 SF en ARA)

Éducation à la santé, prévention, lutte contre les violences faites aux femmes

Les sages-femmes ont un rôle privilégié en matière **d'éducation à la santé**, elles sont déjà présentes auprès des jeunes dans des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle, cette présence est à étendre en dehors des structures scolaires grâce à des rendez-vous dédiés, sur invitation de l'Assurance Maladie.

Ce rôle d'éducatrice accompagne les femmes tout au long de leur parcours de vie : vie génitale, grossesse, allaitement, maternage. Ces compétences doivent être exploitées pour un meilleur parcours de vie des femmes, des couples, de leurs enfants.

La **prévention doit plus que jamais être renforcée** : vaccination, conduites addictives, dépistages, parentalité, grossesses non désirées, gestes de protection pendant la pandémie... Ces temps dédiés sont chronophages, mal rémunérés.

Enfin, les sages-femmes savent être attentives au bien-être des femmes et sont souvent les confidentes des **femmes victimes de violence**. Déjà au cœur du métier des sages-femmes de PMI, les partenariats avec des structures sociales et l'intégration des sages-femmes à des réseaux dédiés doivent être valorisés.

Elles attendent avec impatience les mesures qui seront proposées par le groupe de travail dont les travaux sont en cours suite à la publication du rapport de 2018 du Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical.

Elles sont prêtes à assurer les actions de prévention et promotion de la santé en périnatalité-petite enfance qui seront développées dans le cadre des "1000 premiers jours".

Une inquiétude particulière et légitime a été soulevée concernant les violences intrafamiliales. Pourtant, les centres de PMI n'ont pas pu exercer la pleine mesure de leurs missions et actions par manque de matériel. La PMI dépend pourtant directement des conseils départements, elle assure un service public.

Troisième pilier : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes

La mise en place d'un **système plus souple, plus simple, plus en proximité**, est indispensable. A l'heure actuelle, le collectif, le sens de l'équipe et l'initiative des professionnels, ont perdu leur sens.

Les multiples procédures et réorganisations liées aux coupes budgétaires imposées à l'hôpital découragent même les plus investis.

Trop souvent, les projets de service sont sous la tutelle des administratifs, des médecins et des cadres ou coordinateurs des services, sans inclusion des personnels pourtant en première ligne auprès des patients. Nous demandons à ce que les **agents de terrain soient systématiquement associés aux projets**, en parallèle des autres représentants du personnel (organisations syndicales).

Du lien avec la télémédecine

La prise en charge des patientes avec les outils de **télémédecine doit être prorogée** au-delà de la période de crise pour les sages-femmes. Elles ont su s'emparer de cet outil pour accompagner au mieux les femmes dans cette période anxiogène. Les sages-femmes veulent poursuivre cette pratique et attendent l'inscription de la télémédecine dans leur convention.

Ces outils de télémédecine doivent être associés au partage des données entre structures hospitalières et praticiens de ville pour une prise en charge optimale des patients.

Être efficient et novateur dans les enjeux numériques

Dans de nombreux établissements, le matériel informatique est obsolète, les logiciels choisis par les directions ne sont pas ergonomiques, et le travail de transmission est double (papier et informatique). De plus, chaque établissement dispose de son propre logiciel, ce qui rend difficile le partage de dossier.

Une interopérabilité des logiciels s'impose, associée à une **simplification de la charge administrative** pour les soignants libérant ainsi du temps médical auprès des patients.

Quatrième Pilier : Mise en place d'une organisation du système de santé fondée sur le territoire et intégrant hôpital, médecine de ville et médico-social.

De l'exercice pluri-professionnel

Signataires des Accords Cadres Interprofessionnels pour les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et Communautés Pluriprofessionnelles Territoriales de Santé, l'ONSSF constate un réel investissement des sages-femmes dans ces organisations malgré parfois **des écueils à leur intégration** dus à la méconnaissance de notre métier (opposition de certains médecins généralistes qui veulent assurer une activité de gynécologie et d'obstétrique) et à leur difficultés de trésorerie (notamment intégration dans les SISA).

Pendant la crise, MSP et CPTS ont su avec efficacité innover pour l'organisation des soins, l'ONSSF continuera à encourager les sages-femmes à intégrer ces communautés professionnelles.

Les sages-femmes de la CPTS du Grand Douai ont permis, avec les autres professions, l'élaboration et la mise en place d'une plateforme téléphonique. Cet accueil téléphonique réalisé par les soignants (8h-20h semaine et week-end) a permis la prise en charge rapide, des soins non programmés, sur le territoire de la CPTS, pour des patients présentant des symptômes de Covid19. Cette logistique de prise en charge a permis aux patients sans médecin traitant, ou avec médecin traitant malade ou en arrêt, de bénéficier de cette organisation des soins.

Une **véritable communication informative** sur les compétences des sages-femmes auprès des médecins s'impose : notre métier leur est méconnu ! Mieux se connaître permet de mieux travailler ensemble, en complémentarité, sans esprit de compétition : c'est la leçon envoyée par les équipes des MSP.

La représentation régionales des sages-femmes libérales : les URPS

Acteurs majeurs dans la représentation régionale de la profession de sage-femme, les URPS-SF en les représentant aux côtés des autres URPS, ont un rôle fondamental dans l'organisation territoriale des soins en lien avec l'ARS, les réseaux de périnatalité, les établissements de santé, les acteurs médico-sociaux, les élus...

Mal connues de leurs pairs, **les Unions Régionales des Professionnels de Santé ont été véritablement révélées aux sages-femmes par la crise sanitaire.**

Or, les URPS sages-femmes fonctionnent avec des budgets ridicules et des moyens humains qui le sont tout autant.

Nous demandons une **augmentation de la CURPS** (contribution URPS) à 0,5% plafonnée à 206€ par an.

Par ailleurs, dans son allocution de lancement du Ségur de la Santé, le Premier Ministre et le Ministre des Solidarités et de la Santé, nous annonçaient que la concertation sur les territoires pour les semaines à venir serait placée sous l'égide des Agences

Régionales de Santé avec des échanges au sein des Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie, voire d'autres groupes à constituer.

Force est de constater que, dans certaines régions, les **URPS sages-femmes ne siègent pas au sein des CRSA**, représentant une trop faible population de professionnels libéraux alors qu'elles représentent spécifiquement le champ de la périnatalité sur les territoires. Les sages-femmes libérales sont souvent suppléantes d'autres professionnels qui ne sont pas en lien avec cette thématique.

Nous demandons la présence systématique des **URPS sages-femmes comme titulaires au sein des CRSA**.

Les sages-femmes représentent la profession pilier de l'organisation des soins en périnatalité. Nos compétences médicales et notre autonomie dans le domaine de la prévention nous confèrent une place indispensable auprès des femmes, des couples et des nouveau-nés. [...] Pourtant, notre URPS est suppléante d'autres professions de santé au sein de la CRSA Grand Est, ainsi qu'au sein des CTS. Notre profession médicale, ainsi que notre expertise dans le domaine de périnatalité n'y sont donc pas représentées de manière spécifique, nous privant d'échanges efficaces.

De l'importance de la coordination hôpital-ville

L'inter-professionnalité fait partie de l'essence même du métier de sage-femme, c'est au quotidien que les sages-femmes orientent, prennent avis auprès d'autres acteurs de la périnatalité. La notion de **travail en réseau** est intégrée par tous les professionnels avec un objectif d'efficacité dans l'orientation de leurs patientes. La crise sanitaire a renforcé le rôle des réseaux de périnatalité et mis en évidence leur rôle incontournable dans l'articulation du parcours de soins de nos patientes.

Point faible de ce parcours de soin, la coordination hôpital-ville qui a montré ses faiblesses par manque de disponibilités humaines pour assurer cette fonction essentielle. Beaucoup de réseaux, associés aux maternités, à la PMI et aux URPS en ont pris conscience et doivent mettre ce point en priorité dans leur calendrier d'actions à élaborer.

Du côté de la médecine de ville, il serait opportun que les sages-femmes libérales sur les territoires puissent **organiser la continuité et la permanence des soins** dans un cadre qui reste à définir (les CPTS et les PTA-Plateformes Territoriales d'Appui- pouvant constituer un exemple de réponse). Idéalement, cette tâche devrait également être dévolue à une sage-femme qui assurerait un temps de coordination.

Pour rappel, le bilan prénatal a été créé pour permettre à chaque femme de rencontrer une sage-femme libérale durant sa grossesse, et pour préparer le retour à la maison. Malheureusement, cet acte théoriquement lié à la médecine de ville est souvent inexistant, ou réalisé par les sages-femmes salariées (hospitalières ou territoriales), voire par des médecins.

L'enseignement de la crise sanitaire que nous venons de vivre en ce qui concerne les sorties de maternité, et donc la coordination ville-hôpital, est qu'il devient inopportun que la continuité des soins des femmes enceintes et des accouchées repose sur la présence d'agents de l'Assurance Maladie au sein des établissements.



Cette **coordination doit se faire de professionnel de santé à professionnel de santé**, sur des temps dédiés, afin que toute femme enceinte ou accouchée sortant d'une maternité se voie proposer et organiser un suivi par une sage-femme libérale.

En tant qu'URPS, nous avons désigné des sages-femmes référentes pour chaque maternité de la région et réalisé un questionnaire à destination de nos collègues de toute la région, afin de faire le relevé de leur poursuite d'activité. Chaque référent d'établissement a pu travailler en collaboration avec les hôpitaux afin d'assurer la poursuite des soins et adresser les patientes aux sages-femmes libérales selon les recommandations en vigueur.

Cette nouvelle collaboration étroite a permis aux patientes d'être prises en charge rapidement en sortie de maternité et d'être accompagnées lors de cette période parfois stressante de la vie de futur et jeune parent, tout en favorisant le lien avec les hôpitaux et sages-femmes libérales, et de mettre en place le contact en anténatal qui est depuis de nombreuses années une demande importante des libéraux.

A l'heure du numérique, il est nécessaire qu'un dossier partagé, dématérialisé, du suivi des grossesses soit élaboré. Le DMP (Dossier Médical Partagé) n'est pas un dossier obstétrical. Un **dossier unique obstétrical**, commun aux libéraux et aux établissements, existe déjà dans certaines régions. En format papier, la patiente conserve son dossier avec elle, et le fait remplir à chaque consultation, en ville ou à l'hôpital mais il reste à la maternité après l'accouchement.

Ce début d'initiative doit être amélioré car il permet une coordination et une plus grande efficacité des soins, comme l'est le carnet de santé.

Nos propositions

Pilier 1

- Révision du statut des sages-femmes à l'hôpital
- Révision des effectifs de soignants en maternité
- Reconnaissance de la participation des étudiants en maïeutique à la gestion de la crise sanitaire
- Formalisation d'un statut de maître de stage en maïeutique
- Statut hospitalo-universitaire pour les sages-femmes enseignantes

Pilier 2

- Coordination du parcours de grossesse par une sage-femme, référente du suivi
- Reconnaissance de l'activité des urgences gynéco-obstétricales comme de véritables urgences (et les primes correspondant pour les personnels qui y travaillent)
- Moratoire des fermetures de maternités
- Répondre à la demande de démedicalisation et de personnalisation de l'accompagnement : accès aux plateaux techniques, maisons de naissance, accouchements extrahospitaliers dans de bonnes conditions de sécurité matérielle et assurantielle.
- Renforcer l'action des sages-femmes en matière d'éducation à la santé, de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes.

Pilier 3

- Renforcer la cohésion des équipes par l'élaboration de projets de façon collaborative
- Proroger l'exercice de la télémédecine par les sages-femmes en l'inscrivant dans leur nomenclature
- Simplifier les processus et la charge administrative des soignants pour augmenter le temps passé auprès des patients

Pilier 4

- Renforcer la participation des sages-femmes aux SSP et CPTS
- Communiquer sur les compétences des sages-femmes auprès des médecins
- Donner plus de moyens aux URPS sages-femmes : financiers en augmentant la CURPS, décisionnels en leur permettant de représenter la périnatalité comme titulaire dans les instances régionales (CRSA, CPTS...)
- Organiser la coordination hôpital-ville, le contact anténatal ainsi que la permanence des soins
- Mettre en place un dossier unique obstétrical