

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

#### Arrêté du 12 mars 2012 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes libérales

NOR : ETSS1206647A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-14-1,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Est approuvé l'avenant n° 1 à la convention nationale des sages-femmes annexé au présent arrêté et conclu le 9 janvier 2012 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes et l'Union nationale des syndicats de sages-femmes françaises.

**Art. 2.** – Le directeur général de la santé, le directeur de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 12 mars 2012.

*Le ministre du travail,  
de l'emploi et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur de la sécurité sociale,  
T. FATOME*

*Le directeur général de la santé,  
J.-Y. GRALL*

*Le chef de service adjoint  
à la directrice générale  
de l'offre de soins,  
F. FAUCON*

*La ministre du budget, des comptes publics  
et de la réforme de l'Etat,  
porte-parole du Gouvernement,  
Pour la ministre et par délégation :  
Le directeur de la sécurité sociale,  
T. FATOME*

#### A V E N A N T N° 1

#### À LA CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES ET L'ASSURANCE MALADIE

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par M. Frédéric VAN ROEKEGHEM

Et :

L'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes, représentée par Mme Christelle GERBER-MONTAIGU (présidente) ;

L'Union nationale des syndicats des sages-femmes françaises, représentée par Mme Jacqueline LAVILLONNIÈRE (présidente) ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-9 et L. 162-14-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 1437-7 ;  
Vu l'article 128-IV de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;  
Vu la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie, signée le 11 octobre 2007 et publiée au *Journal officiel* du 19 décembre 2007, ses annexes ;  
Il a été convenu ce qui suit :

### *Préambule*

L'UNCAM et l'ensemble des syndicats représentatifs de la profession des sages-femmes libérales ont conclu, le 11 octobre 2007, une convention nationale.

Au travers de cette convention, les parties signataires se sont engagées autour de trois thèmes principaux :  
– la régulation de l'offre globale de soins ;  
– le renforcement et le développement de la prévention et de l'éducation sanitaire autour des femmes enceintes, des accouchées, des nouveaux-nés et des nourrissons ;  
– la promotion de la qualité et la maîtrise médicalisée.

Depuis l'adoption de la convention de 2007, la profession de sage-femme a connu de nombreuses évolutions, pour une meilleure réponse aux besoins de la population en matière de périnatalité, qu'il convient d'intégrer dans le cadre conventionnel.

Les parties conventionnelles s'accordent par le biais du présent avenant à revaloriser le rôle de la sage-femme, au sein du système de soin français, au regard de l'évolution que connaît actuellement cette profession médicale, tant au niveau démographique qu'au niveau de l'extension de ses compétences.

Compte tenu de l'évolution dynamique des effectifs des sages-femmes libérales et des disparités géographiques de cette profession, de l'ordre de 6,6 % en moyenne entre 2000 et 2010, les partenaires conventionnels considèrent nécessaire de réduire l'écart de l'offre en périnatalité existant au sein de chaque région.

Ainsi, et pour contribuer à l'amélioration de l'offre de soins, ils conviennent de mettre en place un dispositif d'incitation à l'installation et au maintien d'exercice d'une part, de régulation de l'offre de soins d'autre part.

Par ailleurs, et compte tenu de leur compétence médicale, les sages-femmes apparaissent de plus en plus comme des professionnels de premier recours dans le suivi médical des femmes.

L'accentuation de leur rôle et une meilleure articulation avec celui des médecins, tant dans le suivi gynécologique de prévention qu'au cours de la grossesse, ainsi que dans le suivi postnatal, permettent une optimisation de la prise en charge des patients.

Aussi cet avenant prévoit-il d'améliorer l'accompagnement de la femme enceinte, au cours de sa grossesse, et en sortie de maternité, notamment au travers du programme d'accompagnement du retour à domicile des femmes après l'accouchement.

Enfin, les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche progressive de convergence tarifaire pour les actes à compétence partagée avec les médecins, dans l'attente d'un accès à la CCAM technique.

Ils conviennent d'accompagner cette évolution par une revalorisation des honoraires de la profession ainsi que par une adaptation de la nomenclature à leurs nouvelles compétences.

### Article 1<sup>er</sup>

#### *Favoriser un meilleur accès à l'offre de soins de sages-femmes sur le territoire*

Les parties signataires confirment leur souhait de parvenir à un meilleur équilibre de l'offre de soins sur le territoire. Cette volonté se traduit par la mise en place de mesures incitatives et par la définition d'un dispositif de régulation de l'offre globale de soins de sages-femmes.

Le présent article est applicable après publication, dans la région administrative, des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des sages-femmes libérales conformément à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, sous réserve de l'entrée en vigueur des mesures envisagées à l'article 6 du présent avenant.

#### **1.1. Rééquilibrer l'offre de soins sur le territoire**

L'étude de la répartition actuelle des sages-femmes libérales fait apparaître des disparités géographiques de l'ordre de 1 à 7, qui peuvent conduire, dans les zones à faible densité, à des difficultés d'accès aux soins rencontrées par les patientes, associées à une dégradation des conditions de travail des sages-femmes.

Les parties signataires affirment leur souhait de contribuer à la réduction progressive de ces disparités en mettant en œuvre par le présent avenant des mesures structurantes sur la répartition de l'offre de soins.

La mise en place de mesures incitatives dans les zones « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, « très sous-dotées » et « sous-dotées », et de mesures de régulation de l'accès au conventionnement dans les zones « surdotées » permet de contribuer à un rééquilibrage de l'offre sur le territoire.

Afin d'évaluer les effets de ce rééquilibrage, les parties signataires s'accordent pour mettre en place un observatoire national, dans les conditions prévues au présent avenant.

Les parties signataires s'entendent également pour diffuser largement les constats réalisés par l'observatoire national en matière de répartition démographique des sages-femmes libérales.

## **1.2. Mettre en œuvre des mesures de rééquilibrage de l'offre globale de soins au sein de chaque zone d'emploi**

### **1.2.1. Mesures destinées à favoriser le maintien et l'installation en zone « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées »**

Les parties signataires souhaitent mettre en œuvre des mesures incitatives dans les zones « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, « très sous-dotées » et « sous-dotées ». Ces mesures favorisent une meilleure répartition des professionnels sur le territoire et la qualité du service rendu à la population.

Les parties signataires estiment nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et la continuité des soins, de privilégier l'implantation des sages-femmes libérales dans les zones « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, « très sous-dotées » et « sous-dotées » et de favoriser le maintien de l'activité des sages-femmes qui y sont d'ores et déjà installées. Elles souhaitent permettre aux sages-femmes concernées de rompre leur isolement, de limiter leurs contraintes, de se former et ainsi de contribuer à la qualité des soins délivrés sur l'ensemble du territoire.

Sur la base notamment des dispositions figurant aux articles L. 162-9 (7<sup>o</sup>) et L. 162-14-1 (4<sup>o</sup>) du code de la sécurité sociale, les parties signataires créent une option conventionnelle à adhésion individuelle appelée « contrat incitatif sage-femme », destinée à favoriser l'installation et le maintien des sages-femmes libérales en zone « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, « très sous-dotées » et « sous-dotées », dans le cadre de laquelle est allouée une participation aux équipements et aux frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice professionnel ainsi qu'une participation adaptée des caisses aux cotisations sociales obligatoires. Les modalités de cette option sont définies aux annexes 2 à 4 du présent avenant.

### **1.2.2. Dispositif de régulation de la démographie des sages-femmes libérales**

#### **a) Mesures de régulation de la démographie des sages-femmes libérales :**

Les mesures suivantes sont arrêtées :

- dans les zones « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, « très sous-dotées » et « sous-dotées », des mesures d'incitation à l'installation et au maintien en exercice libéral sont proposées, suivant le dispositif qui figure au paragraphe 1.2.1 du présent avenant ;
- dans les zones « surdotées », l'accès au conventionnement ne peut intervenir que si une sage-femme cesse son activité ou la réduit d'au moins 50 % par rapport à son activité observée au cours des deux années précédentes ;
- dans les autres zones, l'exercice libéral sous convention n'est soumis à aucune autre condition particulière que celles figurant au titre 3 de la convention nationale.

#### **b) Mesures d'accompagnement du dispositif de régulation de la démographie des sages-femmes libérales :**

Les parties signataires conviennent de promouvoir une offre de services destinée à informer les sages-femmes souhaitant s'installer en libéral sous convention sur la répartition démographique de la profession.

L'assurance maladie s'engage à accompagner la mise en œuvre du dispositif aussi bien auprès des sages-femmes déjà installées que celles ayant un projet d'installation.

Une campagne d'information ciblée est organisée par le biais d'un courrier individualisé envoyé, une fois par an, aux sages-femmes libérales conventionnées, sur le dispositif d'option conventionnelle, appelée « Contrat incitatif sage-femme », leur proposant de contractualiser avec l'assurance maladie. Celle-ci met à leur disposition un contrat, d'une durée de trois ans, permettant l'adhésion au dispositif prévu à l'article 1.2.1.

Cette campagne d'information est relayée par les délégués de l'assurance maladie.

Elle vise à expliquer les mesures prévues au présent avenant ainsi que les différentes aides destinées à favoriser l'installation.

Par ailleurs, afin de faire fonctionner le dispositif de régulation en zone « surdotée », l'assurance maladie s'engage également à mettre à disposition des sages-femmes, sur son site internet, une liste, actualisée régulièrement, des zones où un départ a été enregistré.

#### **c) Conventionnement dans une zone « surdotée » :**

La sage-femme adresse sa demande de conventionnement à la CPAM dans le ressort géographique de laquelle se situe le lieu d'installation envisagé, par courrier précisant : ses nom et prénom, son numéro d'identification, le lieu et les conditions de l'installation projetée, notamment une attestation de la sage-femme dont elle reprend éventuellement l'activité la désignant nommément comme son successeur, et le lieu de son ancienne installation.

En cas de transmission d'un dossier incomplet, celui-ci est retourné à la sage-femme par la caisse qui l'invite à fournir les pièces manquantes.

Dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception du dossier complet, le directeur de la CPAM saisit la CPR pour avis sur cette demande de conventionnement et informe la sage-femme de cette saisine. Il transmet à la CPR la demande de conventionnement.

Dès la réception du dossier, la CPR dispose d'un délai de 30 jours pour rendre son avis. Elle peut demander des compléments d'informations et demander à entendre la sage-femme. La sage-femme peut également demander à être entendue par la CPR avant que celle-ci rende son avis.

A défaut d'avis rendu avant l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable à la demande de la sage-femme.

Au regard des éléments du dossier et compte tenu des règles du dispositif de régulation de la démographie des sages-femmes libérales, le directeur de la CPAM notifie à la sage-femme concernée sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans la zone « surdotée », lorsqu'elle est conforme à l'avis de la CPR, dans un délai de 15 jours suivant cet avis.

La décision est motivée et notifiée à la sage-femme par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette décision ainsi que les différents avis rendus sont fondés sur des critères objectifs tenant compte notamment :

- de l'offre de soins compte tenu de la notification de la cessation définitive d'activité d'une sage-femme ;
- de la réduction significative de l'activité d'une sage-femme, compte tenu de l'engagement à diminuer durant au moins trois ans, d'au moins 50 % par rapport à son activité observée au cours des deux années précédentes ;
- des conditions d'installation projetées (reprise d'un cabinet, intégration dans un cabinet de groupe) dans un objectif de continuité de la prise en charge de l'activité assurée par la sage-femme cessant son activité et d'intégration avec les autres professionnels dans la zone considérée.

La CPR est tenue informée de la décision du directeur de la CPAM sur la demande de conventionnement.

Quand le projet de décision du directeur de la CPAM est différent de l'avis rendu par la CPR, la CPAM dispose de 15 jours, à compter de cet avis pour saisir la CPN. La sage-femme et la CPR sont tenues informées de cette saisine.

Si, au regard des éléments du dossier et des règles du dispositif prévu par le présent article, la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CPN le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine. Le directeur de la CPAM notifie alors à la sage-femme concernée, par lettre recommandée avec accusé de réception, sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans la zone « surdotée » dans un délai de 15 jours suivant la transmission de l'avis.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CPN sollicite dans les 30 jours le directeur général de la CNAMTS pour décision. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les 15 jours, au directeur de la CPAM la décision du directeur général de la CNAMTS qui s'impose à la CPAM accompagnée de l'avis de la CPN.

Le directeur de la CPAM notifie alors à la sage-femme, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de 15 jours suivant la transmission de la décision du directeur général de la CNAMTS. Il en adresse une copie aux membres de la CPR.

La CPAM transmet trimestriellement au secrétariat de la CPN, à titre d'information, le nombre de départs, de conventionnements acceptés dans les « surdotées » ainsi que le nombre de refus de conventionnements et leur motif.

*d) Conventionnement par dérogation exceptionnelle dans une zone « surdotée » :*

Afin de prendre en compte certaines situations exceptionnelles liées à des spécificités d'exercice ou à des situations personnelles, les parties signataires conviennent d'ouvrir la possibilité aux sages-femmes qui ne remplissent pas les conditions fixées au *c* de l'article 1.2.2 du présent avenant d'accéder au conventionnement.

Cette disposition spécifique est examinée, à titre exceptionnel, notamment dans les cas suivants, dûment attestés par la sage-femme :

- changement d'adresse du cabinet professionnel de la sage-femme, sous réserve de deux conditions cumulatives : justifier d'une activité libérale conventionnée dans ce cabinet, durant 5 ans, et dans les deux ans précédant la demande, avoir réalisé deux tiers de cette activité auprès de patients résidant dans la zone « surdotée » où elle souhaite exercer ;
- conditions liées à un mode d'activité particulier, notamment :
  - pour une activité à temps partiel sur la zone considérée n'excédant pas plus de 50 % de l'activité moyenne des sages-femmes dans la zone considérée, sous réserve que celle-ci s'engage sur l'honneur à exercer selon ces modalités pendant au moins 3 ans ;
  - pour la pratique quasi-exclusive de l'échographie...
- situation médicale grave du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant direct ;
- mutation de conjoint ;
- situation juridique personnelle entraînant un changement d'adresse professionnelle.

Dans ce cas, la demande de conventionnement est examinée selon la procédure définie au point *c* du paragraphe 1.2.2 du présent avenant.

### 1.3. Suivi, évaluation et adaptation des différentes mesures de nature à préserver et améliorer l'accès aux soins

Les CPR seront chargées d'évaluer l'impact au niveau régional des mesures prévues au présent avenant. De même, les parties signataires s'entendent pour qu'un suivi et une évaluation au niveau national des mesures figurant au présent avenant soient réalisés. A cet effet, un observatoire conventionnel de la démographie est créé conformément à l'article 2 du présent avenant.

Les statistiques concernant les demandes de conventionnement dans les zones « surdotées » d'une année devront être transmises par les CPAM à l'observatoire conventionnel national, au cours du premier trimestre de l'année suivante.

Au regard des résultats régionaux et des éventuelles difficultés rencontrées dans l'application des mesures de rééquilibrage de l'offre en sages-femmes libérales, les CPR peuvent proposer des adaptations.

En cas de nécessité, les parties signataires feront évoluer le dispositif instauré par le présent avenant.

Une évaluation de l'impact du dispositif sur l'offre de soins en périnatalité sera réalisée 3 ans après l'entrée en vigueur du présent avenant. En fonction des résultats de cette évaluation, les parties signataires pourront proposer les adaptations utiles.

## Article 2

### *Evaluation et suivi de la profession des sages-femmes par un observatoire conventionnel national*

Les partenaires conventionnels s'accordent pour mettre en place un observatoire conventionnel national de la démographie des sages-femmes, visé à l'article 1<sup>er</sup> du présent avenant, afin d'évaluer la portée du dispositif en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des sages-femmes exerçant dans ces zones.

Il a pour mission le suivi et l'évaluation des mesures conventionnelles innovantes dans leurs aspects médico-économiques, juridiques ou financiers.

Il mène des études en fonction des données disponibles et des possibilités offertes par les systèmes d'information.

Il évalue la portée du dispositif conventionnel de régulation démographique en termes d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des sages-femmes libérales exerçant dans les zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées ».

Il est composé pour moitié de représentants de l'UNCAM et de représentants des organisations syndicales signataires.

Sont membres :

- quatre représentants de l'UNCAM ;
- quatre représentants des syndicats représentatifs signataires de la convention nationale.

Chaque organisation syndicale signataire désigne deux représentants pour siéger à l'observatoire.

Le secrétariat de l'observatoire est assuré par l'UNCAM, qui a la responsabilité de son fonctionnement administratif.

Les représentants des syndicats de sage-femme, membres de l'observatoire, sont indemnisés forfaitairement, dans les conditions prévues par la convention nationale pour les représentants siégeant à la commission paritaire nationale.

Il se réunit au moins une fois par an et au plus tard le 31 décembre de chaque année, suivant la publication du présent avenant au *Journal officiel*.

## Article 3

### *Commissions paritaires*

#### 3.1. Commission paritaire nationale

Le point 1 de l'article 5.2.1 de la convention nationale est ainsi complété :

« L'avis donné sur les dossiers des sages-femmes qui souhaitent s'installer à titre libéral dans une zone "surdotée" dans les conditions et suivant la procédure dérogatoire définie au point *c* de l'article 1.2.2 de l'avenant n° 1. »

#### 3.2. Commission paritaire régionale

Le point 1 de l'article 5.2.2 de la convention nationale est ainsi complétée :

« De donner un avis sur les dossiers des sages-femmes qui souhaitent s'installer à titre libéral dans une zone "surdotée" dans les conditions et suivant la procédure dérogatoire définie aux points *c* et *d* de l'article 1.2.2 de l'avenant n° 1. »

## Article 4

*Conditions de cessation et de diminution significative d'activité en exercice libéral sous convention*

Lorsqu'une sage-femme installée en libéral sous convention cesse définitivement son activité, elle en informe sa CPAM de rattachement, sauf cas de force majeure, au moins quatre-vingt-dix jours avant sa cessation d'activité.

De même, lorsqu'une sage-femme installée en libéral sous convention s'engage à diminuer son activité pendant au moins 3 ans d'au moins 50 % par rapport à son activité observée au cours des deux années précédentes, elle en informe sa CPAM de rattachement.

## Article 5

*Prise en charge globale de la maternité par les sages-femmes libérales*

Les partenaires conventionnels réaffirment la place incontournable des sages-femmes libérales durant toute la grossesse physiologique.

Afin d'améliorer la prise en charge globale de la maternité par les sages-femmes, les parties signataires conviennent de mettre en place un accompagnement intervenant le plus précocement possible, dès le début de la grossesse. Cette offre globale permet de préparer la naissance, d'anticiper l'accueil du nouveau-né et le retour à la maison après l'accouchement.

Une expérience a d'ores et déjà été mise en place par l'assurance maladie pour préparer les sorties de maternité. Il s'agit d'une première étape vers une prise en charge globale des grossesses physiologiques.

**5.1. Programme d'accompagnement de retour à domicile**

Les parties signataires, conscientes de l'évolution des besoins des patientes, notamment du fait de la diminution sensible des durées de séjour en maternité, conviennent de la nécessité d'accompagner les femmes à domicile, par une surveillance appropriée.

Elles s'accordent sur la mise en place d'un programme d'accompagnement permettant d'offrir aux femmes qui le souhaitent et aux nouveau-nés, en sortie d'hospitalisation, un suivi à domicile renforcé et adapté, par les sages-femmes libérales.

Ce programme est proposé à tous les couples mère-enfant que l'équipe médicale de la maternité juge éligibles et s'adresse aux femmes ayant accouché par voie basse, sans complications, d'un enfant unique dont l'état de santé ne nécessite pas le maintien en milieu hospitalier.

Afin d'améliorer la fluidité du parcours et son efficacité, les besoins de la mère et du nouveau-né sont anticipés pendant l'hospitalisation et leur mise en relation avec la sage-femme est assurée par un conseiller de l'assurance maladie, dans le respect du principe du libre choix des patientes.

La sage-femme qui accepte de participer au dispositif prend en charge l'accompagnement et le suivi à domicile de la mère et du nouveau-né, dès le lendemain de la sortie d'hospitalisation, selon les modalités préconisées dans le cadre de ce programme en concertation avec la Haute Autorité de santé.

En répondant à l'attente des patientes, de plus en plus attentives à préserver leur autonomie et leur qualité de vie, le programme récemment expérimenté dans trois départements a suscité une forte adhésion des femmes qui ont exprimé un haut niveau de satisfaction.

Les parties signataires s'accordent pour en poursuivre l'extension, avec l'objectif de la généraliser à l'ensemble du territoire et, en conséquence, assurer une évolution notable de l'activité des sages-femmes au regard de l'adhésion des patientes au dispositif.

**5.2. Mise en place d'une expérimentation anténatale**

Ce programme permettrait entre autre de mettre à disposition des femmes, le plus précocement possible, en début de grossesse, l'offre en sages-femmes libérales, et de préparer largement en amont la sortie de la maternité dans les meilleures conditions.

Pour améliorer la couverture en matière d'offre anténatale en cohérence avec le programme d'accompagnement du retour à domicile, déployé par l'assurance maladie, un groupe de travail issu des parties signataires propose une expérimentation ciblée dans un premier temps sur les femmes primipares. Cette expérimentation sera mise en œuvre dès 2012 dans des départements où l'offre anténatale est insuffisamment développée.

## Article 6

*Valorisation de l'activité des sages-femmes*

Les partenaires conventionnels œuvrent à une meilleure reconnaissance du métier de sage-femme libérale dans la pleine expression de ses compétences telles qu'elles sont définies dans le code de la santé publique.

Le développement de nouveaux actes de soins entrant dans leur champ de compétence doit être accompagné d'une prise en charge appropriée dans un souci d'amélioration du suivi médical des patients.

### **6.1. Valorisation des évolutions de l'activité des sages-femmes libérales**

#### **6.1.1. Valorisation du suivi gynécologique des patientes par les sages-femmes**

Dans le cadre des compétences étendues par le législateur en 2009, leur permettant d'assurer un suivi gynécologique contraceptif et de prévention des patientes, les partenaires conventionnels s'engagent à accompagner cette évolution par un réajustement de la prise en charge de cette activité par l'assurance maladie.

Les parties conviennent ainsi d'étudier les conditions de mise en place d'une valorisation des actes liés à la contraception et au suivi gynécologique, par une inscription à la liste des actes et prestations citée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Les parties signataires s'accordent pour mettre en place un groupe de travail chargé d'étudier ces évolutions avant le premier trimestre 2012.

#### **6.1.2. Modernisation des libellés de la nomenclature des sages-femmes**

Afin de tenir compte de l'évolution des progrès scientifiques, les partenaires conventionnels souhaitent permettre aux sages-femmes d'assurer la surveillance de la grossesse avec monitoring dès la 24<sup>e</sup> semaine, dans le cadre de l'observation et du traitement d'une grossesse pathologique, actuellement prévue au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription du médecin. De même, il conviendra de revoir les modalités de prise en charge de la surveillance de l'accouchement.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour mettre en place un groupe de travail chargé d'étudier cette évolution avant le premier trimestre 2012.

En tout état de cause, la mise en œuvre des mesures du présent article est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

### **6.2. Valorisations tarifaires**

Conscients de la place des sages-femmes dans le système de santé actuel, et au regard de l'implication de celles-ci dans le dispositif d'incitation et de régulation de la démographie, ainsi que dans le programme d'accompagnement du retour à domicile, les partenaires conventionnels s'inscrivent dans une démarche de revalorisation de la rémunération de la profession.

Par conséquent, et au regard de l'évolution de la profession, les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un certain nombre de dispositions tarifaires pour aboutir à une convergence tarifaire progressive vers les tarifs des médecins pour les actes à compétence partagée :

- les partenaires conventionnels s'entendent pour supprimer la lettre clé CG afin d'étendre l'utilisation de la lettre clé C, uniformisant ainsi la consultation des sages-femmes tout au long du suivi des patients. Ils s'accordent à porter le tarif de la lettre clé C et V à 23 euros, en deux étapes :
  - 21 euros en France métropolitaine et 23,10 euros dans les départements d'outre-mer, après expiration des délais fixés à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale ;
  - 23 euros en France métropolitaine et 25,30 euros dans les départements d'outre-mer au 1<sup>er</sup> septembre 2013 ;
- de même, ils souhaitent valoriser les actes d'échographies en modifiant la NGAP par l'inscription de nouveaux libellés correspondant à ceux utilisés dans la CCAM des médecins, après validation des instances scientifiques et techniques compétentes.

- Les actes d'échographies des sages-femmes sont valorisés par l'utilisation de la lettre clé KE dont le tarif est fixé à 2,65 euros, après expiration des délais fixés à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. De plus, les partenaires conventionnels conviennent, dans un premier temps, que la valeur des tarifs de ces actes soit modifiée pour réduire l'écart existant avec ceux des médecins de 50 % ;
- pour les accouchements, les parties conventionnelles conviennent de modifier la valeur des tarifs de ces actes afin de réduire l'écart existant avec ceux des médecins.

Concernant l'accouchement simple, dont l'écart avec le tarif des médecins est minime, elles proposent un alignement du tarif des sages-femmes sur celui des médecins. Concernant l'accouchement gémellaire, les partenaires conventionnels conviennent, dans un premier temps, que la valeur des tarifs de ces actes soit modifiée pour réduire l'écart existant avec ceux des médecins de 50 %.

Par conséquent, les coefficients de ces actes devront être revus à la liste des actes et prestations mentionnées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

La mise en œuvre de ces mesures est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;

– enfin, les partenaires conventionnels conviennent de porter le tarif des lettres clés SF, C, V, IK et IFD conformément au tableau de l'annexe 1.

Les nouveaux tarifs définis à l'annexe 1 du présent avenant entreront en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Fait à Paris, le 9 janvier 2012.

Pour l'Union nationale  
des caisses d'assurance maladie :

*Le directeur général,*  
F. VAN ROEKEGHEM

Pour l'Organisation nationale  
des syndicats de sages-femmes :

*La présidente,*  
C. GERBER-MONTAIGU

Pour L'Union nationale  
des syndicats des sages-femmes françaises :

*Le présidente,*  
J. LAVILLONNIÈRE

## ANNEXES

### ANNEXE 1

#### Tarifs

Les tarifs de la consultation (C), de la visite (V), des actes sages-femmes (SF), des actes d'échographies (KE), des indemnités kilométriques (IK), les indemnités forfaitaires de déplacement (IFD) figurant à l'annexe 1 de la Convention sage-femme de 2007 sont modifiés comme suit :

TARIFS en euros	DÉPARTEMENTS métropolitains	TARIFS EN EUROS départements d'outre-mer
Consultation	21,00	23,10
Visite	21,00	23,10
Actes d'échographie en KE	2,65	2,65
Actes en SF	2,80	2,80
Indemnité kilométrique :		
– plaine	0,45	0,59
– montagne	0,73	0,80
– à pied ou à ski	3,95	4,35
Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)	4,00	4,40
TARIFS EN EUROS applicables au 1 <sup>er</sup> septembre 2013	DÉPARTEMENTS métropolitains	TARIFS EN EUROS départements d'outre-mer
Consultation	23,00	25,30
Visite	23,00	25,30

Ces nouveaux tarifs entreront en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.



## ANNEXE 2

## CONTRAT INCITATIF SAGE-FEMME

**Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des sages-femmes libérales conventionnées en zones « sans sage-femme », « très sous-dotées » et « sous-dotées »**

Les parties signataires à la convention nationale des sages-femmes libérales considèrent nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et la continuité des soins, de favoriser l'implantation des sages-femmes libérales dans les zones « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, « très sous-dotées » et « sous-dotées », et le maintien de l'activité des sages-femmes qui y sont d'ores et déjà installées.

A cette fin, elles créent une option conventionnelle à adhésion individuelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des sages-femmes libérales en zone « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, « très sous-dotées » et « sous-dotées », dans le cadre de laquelle une participation aux équipements en lien direct avec l'exercice professionnel est allouée ainsi qu'une participation adaptée des caisses au titre des cotisations sociales obligatoires.

**1. Objet de l'option**

Cette option conventionnelle, signée entre les caisses primaires d'assurance maladie et les sages-femmes libérales conventionnées, pour une durée de trois ans, est destinée à favoriser l'installation et le maintien en zone « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, « très sous-dotées » et « sous-dotées ».

Cette option vise à inciter les sages-femmes libérales à :

- s'installer ou exercer en zone « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, ou « très sous-dotées » ou « sous-dotées », notamment par le regroupement (cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires). L'exercice regroupé favorise en effet les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins ;
- recourir à des collaborations libérales et des remplacements dans les zones « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, ou « très sous-dotées » ou « sous-dotées » ce qui permet d'alléger la charge de travail et de s'absenter plus facilement, notamment dans le cadre du développement professionnel continu. En intégrant le statut de collaborateur libéral, les parties signataires souhaitent également faciliter l'installation des jeunes professionnels dans ces zones.

**2. Champ de l'option**

Cette option est proposée aux sages-femmes libérales conventionnées s'installant ou installées dans une zone « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, ou « très sous-dotées » ou « sous-dotées » telle que définie en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

**3. Conditions générales d'adhésion**

Toute sage-femme désirant s'installer, ainsi que celles déjà installées dans la zone « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, ou « très sous-dotées » ou « sous-dotées » sont éligibles à l'option sous réserve qu'elle soit conventionnée.

Une sage-femme ne peut adhérer à l'option que si elle justifie d'une activité libérale conventionnelle réalisée aux deux tiers auprès de patients résidant dans la zone « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, ou « très sous-dotées » ou « sous-dotées ».

Différents modes d'exercice sont possibles :

L'exercice en groupe qui s'entend comme :

- le regroupement d'au moins deux sages-femmes libérales conventionnées dans les mêmes locaux, installées dans une zone « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, ou « très sous-dotées » ou « sous-dotées » et liées entre elles par :
  - un contrat de collaboration libérale ;
  - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL),
  - ou par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'ordre ;
- l'exercice dans un cabinet pluridisciplinaire ou une maison de santé pluridisciplinaire, dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

L'exercice individuel :

Cet exercice lui permet de recourir à une sage-femme remplaçante, pour assurer la continuité des soins.

**4. Avantages conférés par l'adhésion à l'option**

La sage-femme adhérent à l'option bénéficie :

- d'une participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) dans la limite de 3 000 euros par an, versés à terme échu pendant 3 ans ;
- d'une participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations dues au titre des allocations familiales en application de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale. Cette participation des caisses est assise sur le montant du revenu net de dépassements d'honoraires acquis dans le cadre de la convention (dans la limitation de quatre plafonds sécurité sociale). Elle correspond à 5,40 % de ce montant.

### **5. Engagements de la sage-femme**

En contrepartie de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet et au financement majoré des cotisations sociales obligatoires, la sage-femme contractante s'engage à :

- avoir un taux de télétransmission en SESAM-Vitale supérieur ou égale à 75 % ;
- exercer pendant une durée minimale de 3 ans dans la zone « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, ou « très sous-dotées » ou « sous-dotées » ;
- justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée aux deux tiers de son activité dans la zone « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, ou « très sous-dotées » ou « sous-dotées » et percevoir des honoraires minimum équivalent à 5 % des honoraires moyens de la profession en France ;
- informer la caisse, une fois par an, suivant la fiche figurant à l'annexe 4 du présent avenant.

### **6. Adhésion à l'option**

#### **6.1. Modalités d'adhésion**

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque sage-femme d'un cabinet de groupe doit accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

La sage-femme formalise, auprès de sa CPAM de rattachement, son adhésion suivant un modèle formalisé à l'annexe 3 du présent avenant.

Dans le cas d'un exercice en groupe, elle joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion visées au paragraphe 3 de l'annexe 2 du présent avenant.

#### **6.2. Durée de l'adhésion**

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de trois ans.

#### **6.3. Suivi des engagements et effets de l'adhésion**

Au terme de chaque année civile, la caisse adresse au professionnel ayant adhéré à l'option une fiche en deux exemplaires destinée à l'évaluation du respect de ses engagements. Un modèle de cette fiche figure à l'annexe 4 du présent avenant. La sage-femme complète la partie qui la concerne et renvoie un exemplaire à sa caisse.

Elle joint, le cas échéant, les justificatifs relatifs à l'exécution de l'option.

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution de l'option.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

#### **6.4. Rupture de l'option**

En cas de non-respect par la sage-femme de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à la sage-femme qu'elle ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du cabinet et au financement majoré des cotisations sociales ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

La sage-femme peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Elle en informe la caisse par courrier. La décision de la sage-femme prend effet dès réception par la caisse du courrier. Elle ne pourra pas bénéficier des aides prévues pour l'année où elle résilie l'option.

## **A N N E X E 3**

### **MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CONTRAT INCITATIF SAGE-FEMME**

#### **Acte d'adhésion au Contrat incitatif sage-femme (1)**

Identification de la sage-femme :

Je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification : .....

Adresse du lieu d'exercice principal : .....

Déclare exercer :

En individuel

Déclare exercer en groupe formalisé selon le mode suivant (copie du/des contrats à annexer à l'acte d'adhésion) :

Collaboration libérale

SCP

SEL

Autres contrats de société

Cabinet pluridisciplinaire ou maison de santé

Déclare exercer son activité :

A temps plein

A temps partiel (2)

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions de l'option conventionnelle telles qu'indiquées à l'annexe 2 du présent avenant ;

2° Adhérer à l'option destinée à favoriser l'installation et le maintien des sages-femmes libérales conventionnées en zone « sans sage-femme » à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, ou « très sous-dotées » ou « sous-dotées » et m'engager à en respecter les dispositions.

*Cachet de la sage-femme*

Fait à : .....

Le .....

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée (3)

Adhésion non enregistrée et motif du rejet (3) : .....

*Cachet de la caisse*

Date : .....

(1) Document à remplir par la sage-femme, en double exemplaire, et à envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu de son exercice principal. Un exemplaire signé par la caisse est ensuite renvoyé à la professionnelle signataire.

(2) L'activité ne devant pas excéder plus de 50 % de l'activité moyenne des sages-femmes dans la zone considérée.

(3) Rayer les mentions inutiles.

#### A N N E X E 4

##### MODÈLE DE FICHE ÉVALUATIVE AU CONTRAT INCITATIF SAGE-FEMME

##### Fiche récapitulative annuelle

###### Partie réservée à la CPAM (1)

Période considérée : .....

Identification de la sage-femme signataire du contrat :

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'identification : .....

Date d'adhésion : .....

Taux annuel de télétransmission : ..... %

Pourcentage d'activité réalisée dans la zone « sans sage-femme » : à l'exception des zones ayant moins de 350 naissances domiciliées par an, ou « très sous-dotées » ou « sous-dotées » : .....%

Honoraires : .....%

*Cachet de la caisse*

Date .....

###### Partie à remplir par la sage-femme (2)

Je soussigné(e) :

Nom : .....

Prénom : .....

Déclare que les informations suivantes sont exactes :

Montant des investissements réalisés : .....

Outils informatiques :

– connexion haut débit :  OUI  NON

Précisez les investissements dans ce domaine (achat de matériel ou service, connexion haut débit...) : .....

Sur l'année :

– éléments utiles pour apprécier le respect des engagements contractés : .....

Cachet de la sage-femme

Fait à : .....

Le .....

- (1) Document à remplir par la CPAM, en double exemplaire, et à envoyer à la sage-femme.  
 (2) Document complété par la sage-femme. Un exemplaire est conservé par la sage-femme, le deuxième est à renvoyer à la CPAM.

### Méthodologie de classification des zones relatives aux sages-femmes libérales

Les zones prévues par l'article L. 1434-7 du code de la santé sont classées en sept niveaux de dotation : zones « de moins de 350 naissances domiciliées », zones « sans sages-femmes », zones « très sous-dotées », zones « sous-dotées », zones « intermédiaires », zones « très dotées » et zones « surdotées ».

Le découpage de ces zones est défini par une unité territoriale à l'échelle des zones d'emploi.

Une zone d'emploi est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent. Le découpage respecte nécessairement les limites régionales et, le plus souvent, les limites cantonales (et donc à fortiori départementales). Le zonage est défini par l'INSEE à la fois pour la France métropolitaine et les DOM. Trois cent soixante-quatre zones sont définies pour la France entière, dont 348 sont les zones en France métropolitaine.

Ce découpage prend en compte les spécificités de la profession, à savoir son effectif et sa patientèle, qui ne peut être comparées aux autres professions médicales et paramédicales.

#### 1. Source des données

##### 1.1. Zones d'emploi

La définition des zones d'emploi date du 1<sup>er</sup> janvier 2009.

##### 1.2. Les sages-femmes libérales

###### 1.2.1. Liste des praticiens et variables administratives

Sélection des sages-femmes libérales dans chacun de leurs cabinets et de leurs caractéristiques administratives dans le fichier national des professionnels de santé (FINPS) de juin 2011.

###### 1.2.1.1. Variables d'activité

Les informations sur l'activité et les honoraires des sages-femmes libérales, quel que soit le régime d'affiliation de leurs patientes, sont issues du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) pour l'année de remboursement 2010.

Les données sur le secteur libéral concernent les professionnels de la France entière actifs au 31 décembre 2010 ayant perçu au moins 2 500 € d'honoraires.

Les professionnels exerçant dans plusieurs cabinets d'une même zone d'emploi sont comptés pour un seul.

##### 1.3. Naissances domiciliées

Les statistiques annuelles, concernant les naissances domiciliées, sont dressées à partir des bulletins statistiques de l'état civil, établis par les maires, au moment et dans la commune où ont lieu les naissances. Elles portent sur les événements survenus en France pour toutes les communes de métropole et des départements d'outre-mer. Ces statistiques n'incluent que les enfants nés vivants.

Ces données sont fournies par l'INSEE et concernent l'année 2010.

## 2. Descriptif de la méthodologie de zonage

### Méthodologie des centiles

L'indicateur retenu est la densité de sages-femmes libérales pour 100 000 naissances domiciliées.

La densité par zone est le rapport entre, d'une part, la somme des effectifs des sages-femmes libérales dans la zone d'emploi et, d'autre part, le nombre de naissances domiciliées par zone d'emploi.

Le classement des zones est réalisé de la façon suivante :

- dans une première étape, les zones de moins de 350 naissances domiciliées sont isolées. Ce seuil de 350 naissances domiciliées est considéré comme le seuil d'activité minimal pour inciter une sage-femme à se conventionner dans cette zone ;
- dans une seconde étape, les zones avec au moins 350 naissances domiciliées sont classées en 6 catégories.

La première correspond aux zones sans sage-femme. Les 5 autres catégories sont définies par la densité de sages-femmes pour 100 000 naissances domiciliées à partir des seuils correspondant au 10<sup>e</sup> centile, 20<sup>e</sup> centile, 80<sup>e</sup> centile et 85<sup>e</sup> centile établis au niveau national. Les centiles ont été calculés sur les zones d'emploi avec sages-femmes et pour lesquelles le nombre de naissances domiciliées est supérieur à 350.

Chaque zone est classée en fonction de ces seuils et selon son positionnement par rapport aux bornes nationales.

La méthode classe la zone dans une des sept catégories suivantes : « de moins de 350 naissances domiciliées », « sans sage-femme », « très sous-dotée », « sous-dotée », « intermédiaire », « très dotée » et « surdotée ».

TABLEAU

DÉFINITION DES CENTILES

	ZONES très sous-dotées	ZONES sous-dotées	ZONES intermédiaires	ZONES très dotées	ZONES surdotées
Densité de sages-femmes libérales pour 100 000 naissances domiciliées	≤ 10 <sup>e</sup> centile	10 <sup>e</sup> centile < zone ≤ 20 <sup>e</sup> centile	20 <sup>e</sup> centile < zone ≤ 80 <sup>e</sup> centile	80 <sup>e</sup> centile < zone ≤ 85 <sup>e</sup> centile	> 85 <sup>e</sup> centile

## 3. Adaptation régionale par les ARS

Si les caractéristiques d'une zone tenant à sa géographie ou à ses infrastructures de transports le justifient et par décision dûment motivée, les agences régionales de santé peuvent classer une zone dans une catégorie dont le niveau de dotation est immédiatement inférieur ou supérieur.

Cette marge conduirait à ne modifier au maximum qu'une zone d'emploi par catégorie de zone vers le niveau immédiatement supérieur ou inférieur dans la limite de 20 % de la totalité des zones par région. Les zones sans sages-femmes et de moins de 350 naissances domiciliées ne sont pas concernées par ces modifications.

TABLEAU

ADAPTATION RÉGIONALE PAR LES ARS

NOM RÉGION	TOTAL	20 % DU TOTAL des zones d'emploi de la région pouvant être modifiées	0. Sans sage- femme	1. Très sous- dotée	2. Sous-dotée	3. Intermédiaire	4. Très dotée	5. Surdotée
Alsace	12	2	2	2		7		1
Aquitaine	23	5		1		12		7
Auvergne	16	3		1		8		
B a s s e - Normandie	10	2	1			8	1	

NOM RÉGION	TOTAL	20 % DU TOTAL des zones d'emploi de la région pouvant être modifiées	0. Sans sage- femme	1. Très sous- dotée	2. Sous-dotée	3. Intermédiaire	4. Très dotée	5. Surdotée
Bourgogne	18	4	1	1	2	9	2	
Bretagne	18	4	1	1	1	13	1	1
Centre	23	5	4	2	5	10		
Champagne- Ardennes	8	2	1			6		1
Corse	7	1	1	1				1
Fr a n c h e - Comté	13	3	1	2		7	1	
H a u t e - Normandie	13	3	3	2	3	5		
Ile-de-France	26	5	3	4	4	14	1	
Languedoc- Roussillon	11	2				2	2	7
Limousin	8	2			1	4		
Lorraine	17	3	2	1		11	1	2
Midi-Pyrénées	18	4				8	1	4
Nord - Pas-de- Calais	15	3		5	5	5		
Pays de la Loire	16	3			2	12		2
Picardie	14	3	3	4	5	2		
P o i t o u - Charentes	13	3	1		1	8	1	2
Provence- A l p e s - Côte d'Azur	22	4		1	1	14	1	4
Rhône-Alpes	27	5		1	1	15	2	8
<b>T o t a l métropole</b>	<b>348</b>	<b>71</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>180</b>	<b>14</b>	<b>40</b>
Guadeloupe	3	1				1		1
Martinique	6	1						4
Guyane	3	1		2		1		
La Réunion	4	1				1	1	2

NOM RÉGION	TOTAL	20 % DU TOTAL des zones d'emploi de la région pouvant être modifiées	0. Sans sage-femme	1. Très sous-dotée	2. Sous-dotée	3. Intermédiaire	4. Très dotée	5. Surdotée
<b>Total DOM</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>75</b>	<b>24</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>183</b>	<b>15</b>	<b>47</b>
<b>Total (en pourcentage de zones)</b>		<b>21 %</b>	<b>7 %</b>	<b>9 %</b>	<b>9 %</b>	<b>50 %</b>	<b>4 %</b>	<b>13 %</b>