

Chapitre VI

Le rôle des sages-femmes dans le système de soins

PRESENTATION

Le rapport public annuel de la Cour de 2006, dans son chapitre relatif à la politique de périnatalité, recommandait de « redéfinir les pratiques, les conditions d'exercice et les responsabilités des divers professionnels de santé (obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices) intervenant dans les maternités publiques et privées en vue d'une utilisation optimale des moyens ». Cinq ans plus tard, le présent chapitre examine à cet égard la place des sages-femmes dans le système de soins.

Les 19 200 sages-femmes dont le nombre a quasiment doublé entre 1990 et 2010 et qui exercent principalement à l'hôpital jouent un rôle important puisqu'elles réalisent les deux-tiers des accouchements dans le secteur public. Après une période de technicisation croissante de l'accouchement qui a permis une nette amélioration des indicateurs de mortalité périnatale sans pour autant permettre à la France d'atteindre de meilleurs résultats par rapport aux autres pays européens, le plan périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité » a mis en avant la nécessité d'une offre distinguant mieux les situations à haut risque des situations à faible risque qui n'exigent pas nécessairement le même mode de prise en charge.

Après une présentation de cette profession médicale, spécialiste de la grossesse normale (dite physiologique), dont la formation est une des plus longues d'Europe et dont les compétences ne cessent de s'étendre (I), seront ensuite évoqués les débats autour de la forte technicisation des accouchements (II) et les évolutions qui permettraient aux sage-femmes, dans une complémentarité renforcée avec la profession de gynécologue-obstétricien, de mieux contribuer à l'atteinte des objectifs de la politique de périnatalité (III).

I - Une profession en forte croissance et aux compétences de plus en plus étendues

A – Une profession médicale

La profession de sage-femme, reconnue depuis le 18^{ème} siècle, est une profession médicale, au même titre que les médecins et les chirurgiens-dentistes. Elle est ainsi dotée d'un ordre depuis 1945, mais jusqu'en 1995 présidé par un gynécologue-obstétricien.

1 – Un net accroissement des compétences

Les sages-femmes sont des spécialistes de la grossesse physiologique (qui ne présente pas de risque particulier). Elles interviennent à toutes les étapes de la grossesse d'une femme : en consultation pour assurer son suivi, en salle de naissance lors de l'accouchement, puis en suites de couches pour surveiller le rétablissement de la mère et le bon développement de l'enfant. Elles doivent être capables de dépister les pathologies ou les situations « à risque » et alors prévenir un médecin. Si elles ne le font pas ou tardent à le faire, leur responsabilité est engagée devant les tribunaux. En cas de grossesse pathologique (en lien avec un problème de santé maternel ou fœtal), elles peuvent intervenir, mais seulement pour pratiquer les soins prescrits par un médecin.

En France, les sages-femmes ont un champ de compétence souvent plus large que celui des sages-femmes d'autres pays européens. Elles ont un droit de prescription et, depuis 2004, sont autorisées à faire la déclaration de grossesse et à pratiquer l'examen post-natal si l'accouchement s'est déroulé normalement. Depuis 2009, la loi leur permet d'assurer le suivi gynécologique contraceptif et de prévention de leurs patientes. Toutefois, les modifications relatives à la tarification des actes réalisés par les sages-femmes correspondant à leurs nouvelles compétences, telle que la pose d'un stérilet, n'ont toujours pas été adoptées par l'assurance maladie¹⁸⁴ et les négociations conventionnelles engagées en mars 2009 peinent à aboutir.

2 – Une formation en cinq ans ayant connu des évolutions importantes

La formation actuelle des sages-femmes dure cinq ans. La France est un des pays au monde dans lesquels la formation de sage-femme est la plus longue.

Depuis la rentrée 2002, pour accéder à la formation de sage-femme, les étudiants doivent, au même titre que les médecins et les chirurgiens dentistes, avoir passé l'examen classant de fin de 1^{ère} année du premier cycle des études médicales (PCEM1¹⁸⁵), ce qui porte la durée totale de leurs études à 5 années après le baccalauréat.

184. Pour cela, il faudrait que l'arrêté fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire soit modifié, ce qui n'a pas encore été fait.

185. En 2010, le PCEM1 s'est transformé en PAES (première année des études de santé) qui regroupe les filières médicales et pharmaceutiques.

L'intégration du cursus des sages-femmes dans le schéma licence-master-doctorat (LMD), qui devrait entrer en application en septembre 2011, confèrera un grade universitaire de master aux étudiants. Enfin, la loi HPST a prévu que la formation des sages-femmes puisse aussi se dérouler à l'université à titre dérogatoire¹⁸⁶ et pas seulement dans les 34 écoles de formation actuelles.

B – Un nombre croissant de sages-femmes

1 – L'évolution générale

Les sages-femmes sont hospitalières à titre exclusif dans 75 % des cas, libérales ou mixtes (pouvant effectuer des gardes à l'hôpital) dans 18 % des cas et salariées autres qu'hospitalières dans 7 % des cas¹⁸⁷. Les sages-femmes ont en moyenne 42,2 ans et cette profession est féminisée à 98 %¹⁸⁸.

Entre 1990 et 2010, en France métropolitaine, le nombre de sages-femmes recensé par la DREES¹⁸⁹ est passé de 10 705 à 19 208 (soit une progression de 80 %). Cette évolution est liée à celle du quota annuel de recrutement. De 663 places en 1990, il a été relevé plusieurs fois, notamment à la suite des décrets de 1998 renforçant les normes en matière de périnatalité, puis en raison de la mise en œuvre à l'hôpital des 35 heures. En 2004, le plan périnatalité 2005-2007 confirme cette tendance¹⁹⁰. Au total, le quota, qui s'élève actuellement à 1 015 places, a augmenté de plus de 50 % entre 1998 et 2010. Il n'existe toutefois pas de travaux récents expliquant précisément cette progression, hormis un rapport réalisé en 2004 par l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) proposant des indicateurs pour évaluer les besoins en sages-femmes à partir de l'étude d'une région.

186. La première structure de ce type est l'école universitaire de maïeutique Marseille-Méditerranée. Cet adossement plus fort de la formation initiale à la recherche devrait permettre à certains étudiants sages-femmes de poursuivre un parcours vers des études doctorales.

187. Sages-femmes travaillant pour le compte des conseils généraux au titre de la protection maternelle et infantile (environ 740) ou pour des entreprises d'intérim.

188. Les hommes qui exercent la profession de sage-femme sont également dénommés sages-femmes.

189. Par l'intermédiaire du fichier ADELI.

190. « Les pouvoirs publics s'engagent à maintenir, voire à augmenter, le nombre de places proposées au concours d'entrée dans les écoles de sages-femmes ».

La volonté exprimée par les pouvoirs publics de renforcer la sécurité dans le domaine périnatal explique, au-delà de l'incidence des normes, de l'impact de la réduction du temps de travail et du développement du temps partiel¹⁹¹, cette progression, différenciée d'ailleurs selon les statuts.

Le nombre de sages-femmes libérales a en effet triplé en 20 ans après avoir baissé jusqu'en 1987 en lien avec l'évolution de la prise en charge de la naissance¹⁹², tandis que le nombre de sages-femmes salariées a augmenté de 60 % en raison de la plus grande palette d'activités exercées par ces dernières : prise en charge des grossesses pathologiques sous le contrôle des médecins, réalisation d'échographies, activité dans un service de protection maternelle et infantile (PMI) etc. De plus, le transfert d'un grand nombre de naissances du secteur privé vers le secteur public a pu contribuer à un besoin accru de sages-femmes.

Cette augmentation se retrouve, sous une forme atténuée, pour la profession de gynécologue-obstétricien. On dénombrait ainsi en 2009 environ 5 400 gynécologues-obstétriciens (soit de 8 % de plus qu'en 1999) et 2 060 gynécologues médicaux (+16 % entre 1999 et 2009), qui prennent en charge, surtout en ville, les problèmes gynécologiques des femmes, mais ne pratiquent pas l'accouchement.

Il y a donc eu au cours des dernières années une augmentation importante du nombre de professionnels de la naissance. Mais, selon le panorama de la santé 2009 de l'OCDE, en 2007, la densité de sages-femmes en France (57 pour 100 000 femmes) était inférieure à la moyenne OCDE (72 pour 100 000), tandis que le nombre de gynécologues et d'obstétriciens était dans la moyenne (23 pour 100 000 femmes). Les projections montrent toutefois que la tendance à l'augmentation devrait se poursuivre (cf. infra).

Dans le même temps, la natalité a également progressé, mais dans une proportion moindre, puisqu'il y avait en moyenne 736 000 naissances par an entre 1990 et 1999 contre 778 300 entre 2000 et 2009, soit +5,7 %.

191. Un tiers des sages-femmes hospitalières exercent à temps partiel.

192. En France en 1950, 45 % des accouchements avaient encore lieu à domicile ; il n'y en avait plus que 13 % en 1960. Avant les années 1960, les sages-femmes étaient en très grande majorité libérales et leur exercice ne concernait que les suivis de grossesses et les accouchements. Depuis, leur activité s'est largement diversifiée : cours de préparation à la naissance, rééducation périnéale, suivi à domicile des grossesses pathologiques, etc.

2 – Les sages-femmes hospitalières

L'enquête « statistique annuelle des établissements de santé » (SAE) de la DREES permet de connaître le nombre d'équivalents temps-plein (ETP) de sages-femmes. Sur 12 310 ETP, 76 % travaillent pour un hôpital public, 17 % dans une clinique privée et 7 % pour un établissement de santé privé d'intérêt public (ESPIC).

Depuis 2001, on observe une progression continue du nombre de sages-femmes, calculé en ETP, dans le secteur public et une diminution dans le secteur privé à but lucratif. Toutefois, dans le secteur public, après la forte croissance de 2002-2003, un quasi maintien des effectifs a été constaté, ce qui expliquerait que les sages-femmes aient actuellement plus de difficultés à trouver un poste.

Dans le secteur public, 82 % des sages-femmes sont fonctionnaires. La négociation d'un nouveau statut des sages-femmes hospitalières, associée à une revalorisation des grilles de salaires, est prévue à la suite des évolutions statutaires de la profession d'infirmier.

3 – Les sages-femmes libérales

Selon la CNAMTS, les effectifs de sages-femmes libérales en France métropolitaine ont augmenté à un taux moyen de +6,3 % par an depuis 1995. Une croissance plus forte a été constatée en 2009 (+9,1 %), vraisemblablement en raison de l'augmentation du nombre total de sages-femmes et d'une stabilisation du nombre de postes offerts à l'hôpital. Les sages-femmes libérales sont plus âgées de trois ans en moyenne que l'ensemble de la profession.

C – Des conditions d'exercice très différenciées selon les statuts

Avant les années 1960, les sages-femmes étaient en très grande majorité libérales et leur exercice ne concernait que les suivis de grossesses et les accouchements. Progressivement, au cours des années 1960 et 1970, les naissances à domicile sont devenues très minoritaires et en 1972, la parution du décret Dienesch relatif aux normes applicables aux maternités privées a conduit les sages-femmes à rejoindre les établissements de santé et à intégrer pour beaucoup la fonction publique.

Aujourd'hui, les sages-femmes commencent généralement leur carrière en établissement, avant de s'orienter pour certaines d'entre elles vers le secteur libéral ou vers les services départementaux de la PMI.

1 – Les sages-femmes hospitalières : des professionnelles de premier recours pour de nombreuses patientes dans le secteur public

La sage-femme a toujours une responsabilité médicale, quel que soit son statut et sa responsabilité personnelle peut être engagée, même si elle est salariée. Toutefois, les activités des sages-femmes sont très différentes selon qu'elles travaillent dans une clinique privée ou dans un établissement public.

En effet, les sages-femmes réalisent les deux-tiers des accouchements dans le secteur public, soit une proportion à peine inférieure à celle des accouchements sans complication, mais seulement un sur sept dans le secteur privé à but lucratif selon l'enquête périnatalité de 2003¹⁹³, soit seulement 20 % des accouchements sans complication¹⁹⁴.

Dans le secteur privé, les sages-femmes salariées travaillent en effet le plus souvent comme auxiliaires médicales des gynécologues-obstétriciens : elles surveillent le travail de leurs patientes et appellent ces médecins, qui sont rémunérés sous forme d'honoraires, pour assurer l'accouchement, même lorsqu'il est physiologique.

Au sein des établissements publics et des ESPIC, les sages-femmes sont, pour de nombreuses patientes, le professionnel médical de référence en l'absence de complication pour le suivi des grossesses et les accouchements. Les médecins n'interviennent qu'en cas de nécessité.

Selon les résultats d'une enquête de l'ANAP¹⁹⁵ auprès de 11 maternités de niveau II ou III¹⁹⁶, les sages-femmes passent en moyenne 42 % de leur temps de travail en salle de naissance, 25 % en suites de couches, 14 % au suivi des grossesses pathologiques hospitalisées et 8 %

193. Les données de l'enquête 2010 devaient être disponibles au printemps 2011, mais ne l'étaient pas encore au moment de la parution de ce rapport.

194. Cet écart entre public et privé s'explique à la fois par le fait que les accouchements sans complication sont plus fréquents dans le public que dans le privé (72 % contre 64 % en 2003) et par le fait que la sage-femme intervient plus fréquemment dans le public.

195. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

196. Les décrets périnatalité du 9 octobre 1998, qui posent le cadre d'organisation des soins en réseau, ont défini trois niveaux de maternités : les établissements de niveau I disposent uniquement d'un service d'obstétrique, les établissements de niveau II ont une unité de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, les établissements de niveau III disposent en outre d'un service de réanimation néonatale.

aux consultations. Les autres activités sont marginales en temps : 1 à 5 % pour le diagnostic anténatal, la procréation médicalement assistée, les échographies et les cours de préparation à la naissance. Dans ces établissements, dans un contexte de moyens tendus, les cours de préparation à la naissance, les consultations et les entretiens prénataux précoces sont utilisés comme des variables d'ajustement, les autres secteurs d'activité où la présence des sages-femmes est indispensable d'un point de vue réglementaire (en salle de naissance) ou de facto (grossesses pathologiques) étant largement prioritaires.

L'exemple de la maternité du centre hospitalier René Dubos de Pontoise : l'activité en salle de naissance

La maternité de type III de l'hôpital René Dubos, qui a ouvert un nouveau bâtiment mère-enfant en 2006, a pris en charge 4 200 naissances en 2010 (soit près de 12 naissances par jour en moyenne) contre 3 600 en 2006. La maternité dispose de 47,5 postes équivalents temps plein de sages-femmes dont trois sages-femmes cadres responsables respectivement de la salle de naissance, des consultations et des grossesses pathologiques et d'une sage-femme cadre supérieur.

Il y a à l'hôpital René Dubos huit salles de travail et six salles de pré-travail.

En salle de naissance, quatre sages-femmes assurent des gardes de 12 heures 24h/24. Les sages-femmes sont assistées par des auxiliaires de puériculture et par une infirmière anesthésiste.

Les sages-femmes sont responsables du bon fonctionnement de la salle de naissance. Elles doivent appeler le médecin (interne ou gynécologue-obstétricien) en cas de complication. En journée, elles font appel à leurs collègues si nécessaire (pic d'activité) et de nombreux protocoles leur permettent de prendre en charge lors de l'accouchement certaines grossesses pathologiques (diabète insulino-dépendant par exemple), sans en référer au médecin.

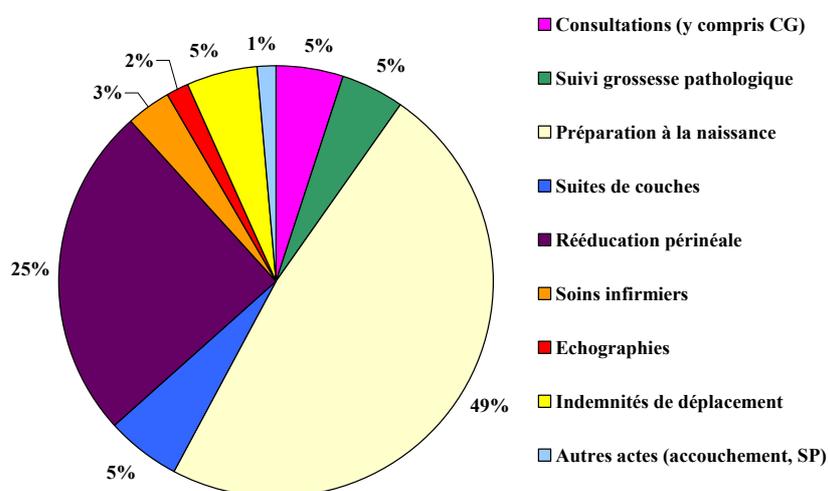
2 – Les sages-femmes libérales : une activité massivement orientée vers les cours de préparation à la naissance

L'activité des sages-femmes libérales, qui représente un volume d'honoraires remboursés par l'assurance maladie de 138 M€ en 2009, se concentre principalement sur les cours de préparation à la naissance, à hauteur de près de la moitié des montants remboursés et sur la

rééducation périnéale, à hauteur d'un quart des montants remboursés¹⁹⁷ (cf. graphique ci-dessous).

Les consultations, visites et consultations de suivi de grossesse ne représenteraient que 5 % des montants remboursés, comme les suivis de grossesses pathologiques et les suites de couches.

Répartition des montants remboursés par types d'actes pratiqués par les sages-femmes libérales en 2009



Source : Estimations Cour des comptes d'après données CNAMTS

Les accouchements représentent une part minime des actes pratiqués par les sages-femmes libérales : en 2009, la CNAMTS en a comptabilisé 1 939, soit moins de 0,05 % des actes pratiqués par les sages-femmes. De fait, l'accès de ces sages-femmes aux plateaux techniques reste limité. Par ailleurs, selon une enquête réalisée par le conseil national de l'ordre des sages-femmes, seules 72 sages-femmes déclarent pratiquer des accouchements à domicile (1 052 en 2008).

197. Il s'agit d'estimations réalisées par la Cour, certaines cotations dites « non traçantes » étant utilisées pour plusieurs actes, ce qui ne permet pas au système d'information de la CNAMTS de distinguer ce qui relève par exemple du cours de préparation à l'accouchement, de l'entretien prénatal précoce ou du traitement à domicile d'une grossesse pathologique.

3 – Les revenus des sages-femmes

a) Les sages-femmes hospitalières : des salaires plus élevés dans le public que dans le privé, sauf en début de carrière

Selon la DREES, le salaire annuel moyen des sages-femmes hospitalières s'établit à 29 686 € en 2008. Il est plus élevé dans le public que dans le privé.

Dans le secteur privé, les salaires de début de carrière sont légèrement plus importants que dans le public, mais l'évolution des salaires y est moins dynamique. En effet, dans le public, le salaire annuel moyen d'une sage-femme de plus de 40 ans est compris entre 34 000 € et 42 300 €, alors que dans le privé, il reste proche de 30 000 € entre 40 et 60 ans.

b) Les revenus des sages-femmes libérales

Selon la CNAMTS, la croissance des honoraires individuels des sages-femmes a été soutenue de 1999 à 2003, mais depuis 2005, elle est plus faible : 0,9 % par an entre 2004 et 2009. Entre 2008 et 2009 le montant des honoraires des sages-femmes (49 336 € en 2009) a diminué de 0,6 %. Par ailleurs, les honoraires des sages-femmes sont relativement dispersés : en 2008, 10 % des sages-femmes ont perçu moins de 17 000 € d'honoraires par an et 10 % plus de 83 000 € d'honoraires.

De ces honoraires doivent être défalquées les charges : celles-ci sont élevées en raison des contraintes liées à un cabinet suffisamment spacieux pour assurer les cours de préparation à la naissance et du niveau des cotisations sociales¹⁹⁸. De plus, le taux de charge a crû au cours des dernières années : il s'élève à 47,4 % en 2007 contre 45,9 % en 2006. Cela s'explique par l'augmentation du tarif des assurances (hors accouchement à domicile qui est exclu des garanties) et par la création en 2009 d'un régime complémentaire de retraite pour les sages-femmes.

Il en résulte un revenu moyen des sages-femmes de 27 000 €¹⁹⁹ en 2008 (selon la caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes). La quotité de travail des sages-femmes libérales n'est toutefois pas connue.

198. A la différence des médecins généralistes, les sages-femmes libérales s'acquittent de la totalité de la cotisation famille. Ainsi, la prise en charge des cotisations par l'assurance maladie représente 9,4 % du revenu conventionnel des sages-femmes en 2007 contre 18 % pour les généralistes de secteur 1 (source : DSS).

199. A titre de comparaison, le revenu moyen des chirurgiens dentistes s'élevait à 85 500 € en 2008 selon la DREES.

II - Les débats relatifs à la technicisation de l'accouchement

La parution du décret Dienesch relatif aux normes applicables aux maternités privées et la publication d'une brochure de recommandations sur la périnatalité ont marqué un tournant en 1972 pour améliorer la sécurité des accouchements²⁰⁰. Ces textes ont ouvert la voie à une technicisation croissante de ceux-ci, actuellement en débat.

A – En France, une grande technicisation des accouchements

En France, depuis 1972, le taux de césarienne augmente continûment : de 6 % en 1972, il atteint 11 % en 1981, 14 % en 1991, 18 % en 2001 et il s'est stabilisé à 20 % depuis 2007. L'OMS a fixé à 15 % un taux « raisonnable » de recours aux césariennes, taux dépassé par 90 % des maternités²⁰¹. Par ailleurs, le taux de césariennes programmées, qui s'élève à 13 % en France, n'est plus élevé en Europe qu'en l'Allemagne (14 %) et en l'Italie (25 %). Or, si au milieu des années 1990, il était généralement considéré que la césarienne était une opération bénigne alors que l'accouchement par voie basse était risqué, il a été depuis lors mis en évidence que la césarienne multiplie par trois le risque de décès maternel par rapport à un accouchement classique et qu'elle peut entraîner des pathologies pour les enfants.

200. « L'accouchement dit normal est une notion a posteriori ; jusqu'à l'événement c'est une prévision. Tout accouchement comporte donc un risque et doit être surveillé », Brochure sur la périnatalité, 1972.

201. « Les maternités : plus de trente ans d'évolution », Les établissements de santé en 2007, DREES (2010).

Principaux indicateurs dans le domaine de la périnatalité

Si les indicateurs de mortalité périnatale se sont améliorés, la France n'a pas des résultats plus favorables que d'autres pays européens, en particulier concernant la mortalité maternelle. De plus, au classement des plus faibles taux de mortalité infantile, la France est passée du 7^{ème} rang européen en 1999 au 20^{ème} (sur 30 pays) en 2009²⁰². Depuis 2005, la mortalité infantile ne diminue plus en France, alors qu'elle continue à reculer dans la plupart des pays européens. Elle a même connu une légère augmentation à 3,9 décès pour 1000 naissances vivantes en 2009²⁰³ avant de retrouver en 2010 le niveau de ces dernières années.

	1970	1990	1995	2000	2008	Résultats de deux pays européens (2008)
Mortalité infantile (avant 1 an)	21,0*	7,3*	5,0	4,5	3,8	2,5 (Suède) 3,5 (Allemagne)
Mortalité néonatale (avant 28 jours)	13,0*	3,6*	3,0	2,9	2,6	1,7 (Suède) 2,4 (Allemagne)
Mortalité maternelle	0,282*	0,104	0,096	0,065	0,077	0,055 (Suède) 0,053 (Allemagne)

Définitions : Mortalité infantile : nombre de décès d'enfants avant 1 an pour 1 000 enfants nés vivants ; mortalité néonatale : nombre de décès d'enfants avant 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants ; mortalité maternelle : nombre de décès de causes obstétricales pour 1 000 naissances vivantes.

Champ : France entière (sauf : France métropolitaine).*

Source : D'après base de données OCDE et rapport public annuel de la Cour des comptes 2006.

Par ailleurs, en France, le taux de déclenchement des accouchements est supérieur à ce qui est observé chez la plupart de nos voisins (environ 20 %) et le nombre moyen d'échographies est élevé (4,5).

La diffusion progressive de la péridurale a parallèlement profondément modifié l'activité des sages-femmes en salle de naissance, ces dernières étant moins présentes. Selon une enquête de la DREES de 2006, 80 % des femmes interrogées déclarent avoir bénéficié d'une péridurale, dont 5 % sans l'avoir demandé.

Cette conception française de l'accouchement est loin d'être universelle.

202. X. Niel, « Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente », Document de travail F1106, INSEE, juin 2011.

203. La situation démographique en 2009 - INSEE Résultats n° 122 – 20 juin 2010.

Le rôle des sages-femmes dans d'autres pays

Dans certains pays comme le Royaume-Uni ou les Pays-Bas, l'entrée dans la filière d'obstétrique n'est prise en charge que lorsqu'elle passe par une sage-femme, sauf pathologie avérée. Aux Pays-Bas, si une patiente veut consulter un gynécologue pour sa grossesse sans raison médicale, l'assurance maladie ne prend pas en charge la consultation.

Les sages-femmes au Royaume-Uni

Le partage des tâches entre les 33 000 sages-femmes et les 7 000 gynécologues obstétriciens est clair : les sages-femmes, dont la formation dure trois ans- ou 18 mois si elles sont déjà infirmières- assurent le suivi de la grossesse (hors échographie) et de l'accouchement (hors péridurale). Les gynécologues-obstétriciens interviennent, à l'hôpital uniquement, en cas de complication. En l'absence de facteur de risque, le suivi de la grossesse est donc assuré en ville, par des sages-femmes, salariées du National Health Service (NHS). L'essentiel des naissances interviennent en milieu hospitalier, sous la responsabilité d'une sage-femme, sauf complication. Le taux d'accouchement à domicile est très faible.

La situation atypique des Pays-Bas : un tiers des accouchements à domicile

L'organisation néerlandaise est fondée sur ce postulat qu'il est possible de séparer les situations normales des situations pathologiques. Le pourcentage de femmes suivies en soins primaires par une sage-femme diminue au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse. En 2007, en début de grossesse, 78 % des femmes sont suivies en soins primaires ; 44 % débutent leurs accouchements suivies par une sage-femme à leur domicile, dans un centre de naissance ou à l'hôpital. Au cours de l'accouchement, 11 % sont transférées en soins secondaires sous la responsabilité d'un spécialiste. Ainsi, 33 % des femmes sont accouchées par une sage-femme dont 27 % à domicile. Ce système est notamment permis par une densité très élevée (près de 400 habitants au km²).

En 2007, le taux de césarienne s'élève à 15 % et 10 % des accouchements sont déclenchés. Moins de 10 % des femmes bénéficient d'une analgésie péridurale au moment de la dilatation. Les Néerlandaises sont en effet nombreuses à penser la péridurale inutile.

Au Pays-Bas, la profession de sage-femme est accessible après 4 années d'étude. Plus des deux-tiers des sages-femmes sont libérales. Les sages-femmes ont un droit de prescription assez large, mais elles ne prennent pas en charge les grossesses pathologiques.

Après l'accouchement²⁰⁴, la sage-femme rend visite à sa patiente, mais l'originalité du système des Pays-Bas réside dans l'existence d'une profession spécifique qui assure les suites de couches à domicile pendant 8 jours plusieurs heures par jour (soins, ménage, repas...).

204. Si elles n'ont pas eu de péridurale, les parturientes rentrent chez elles quelques heures après l'accouchement.

B – Un modèle critiqué par la mission périnatalité de 2003 et le plan périnatalité 2005-2007

Le rapport de la mission périnatalité, rédigé en 2003 à la demande du ministre de la santé par un épidémiologiste, un gynécologue-obstétricien et un pédiatre²⁰⁵, considérait que des progrès étaient possibles en matière de périnatalité : « si la nécessité de soins intensifs ne fait aucun doute dans les situations à haut risque, le débat est beaucoup plus ouvert dans les situations à faible risque. Dans ces situations, il a été montré que l'excès de surveillance pouvait être iatrogène²⁰⁶. Les données disponibles laissent penser qu'il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque et moins (et mieux) dans les situations à faible risque ».

Ainsi, ce rapport proposait d'adopter une nouvelle politique périnatale reposant sur une prise en charge différenciée du haut risque et du bas risque. Par ailleurs, l'organisation des soins devait dépasser les soins médicaux pour s'ouvrir au psychosocial. Enfin, il était recommandé d'« évaluer la mise en place de maisons de naissance », attenantes à des plateaux techniques, sous la responsabilité pleine et entière de sages-femmes. En effet, « dans le cadre de cette nouvelle politique qui comporte une ouverture à une nouvelle conception de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement à « bas risque », les sages-femmes ont totale compétence pour prendre en charge de façon autonome, le suivi de la grossesse et de l'accouchement ».

Le plan périnatalité 2005-2007 a repris ces orientations, selon trois principaux axes : « humanité, proximité, sécurité et qualité ». Dans ce cadre, il renforçait le rôle et l'autonomie des sages-femmes : il visait à améliorer l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant, notamment en mettant en place un « entretien individuel du 4^{ème} mois » ou « entretien prénatal précoce » qui est réalisé principalement par les sages-femmes ; il prévoyait également l'expérimentation de « maisons de naissance », considérant que « si l'augmentation du nombre de césariennes [...] correspond à une certaine forme de progrès, elle témoigne également d'une « surmédicalisation » de la grossesse et de la naissance, en oubliant de restituer à cette période de la vie son état naturel ».

205. Rapport de la mission « périnatalité » conduite par les professeurs Bréart, Puech et Rozé du 13 septembre 2003 : Vingt propositions pour une politique périnatale.

206. Se dit des troubles provoqués par un traitement médical ou un médicament.

Selon l'évaluation qui en a été faite en mai 2010²⁰⁷, ce plan a soutenu un état d'esprit favorable à des prises en charge diversifiées, même si l'expérimentation des maisons de naissance n'a pas été mise en œuvre. La commission nationale de la naissance, présidée par un gynécologue-obstétricien, a ainsi élaboré un document sur « le suivi et l'accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités », qui décrit les modalités possibles de prise en charge, d'une filière de soin particulière à un espace architectural dédié.

Ainsi, se constatent dorénavant une meilleure sensibilisation des professionnels de la naissance aux méthodes permettant de limiter la technicisation de l'accouchement et une amorce de plus grande différenciation des pratiques selon les établissements. Mais le débat sur une plus forte diversification des modes de prise en charge reste ouvert.

C – Les questions posées par une diversification plus forte des modes de prise en charge

1 – L'existence d'une demande minoritaire d'une approche plus physiologique de la naissance

Comme le montrent les résultats de l'enquête de la DREES sur la satisfaction des usagères de 2006, mais également l'évaluation du plan périnatalité de 2010, les femmes ont très largement intégré la médicalisation et recherchent la suppression de la douleur. Selon une enquête IPSOS de décembre 2010, l'hôpital est le lieu d'accouchement préféré des femmes enceintes (64 %), suivi de la clinique (25 %). Seules 2 % des femmes enceintes déclarent qu'elles préféreraient accoucher chez elles.

Un groupe minoritaire souhaitant pouvoir bénéficier d'un accouchement peu médicalisé a également été identifié lors de l'évaluation du plan périnatalité. Il apparaît dans les études de territoires. Ainsi, le département des Pyrénées orientales et celui de la Lozère sont confrontés à une demande d'accouchements « naturels », voire d'accouchements à domicile.

207. Cette évaluation, initiée par la direction générale de la santé, a été pilotée par une instance pluridisciplinaire regroupant acteurs institutionnels, professionnels de santé et usagers, et présidée par un membre de l'IGAS. Elle est disponible en ligne : <http://www.sante.gouv.fr/perinatalite.html>.

2 – Des accouchements à domicile sans couverture assurantielle

Parmi les 72 sages-femmes libérales qui déclarent pratiquer des accouchements à domicile, seulement quatre sont assurées²⁰⁸. Depuis le 1^{er} janvier 2004, le manquement à l'obligation d'assurance peut entraîner une amende de 45 000 € et une interdiction d'exercer. Selon les informations recueillies par la Cour, cette sanction n'a jamais été appliquée.

Malgré cette absence d'assurance, l'accouchement à domicile donne lieu à l'établissement d'une feuille de soins et à remboursement par l'assurance maladie. Or, le projet d'accouchement à domicile, qui ne fait l'objet d'aucun encadrement règlementaire, comprend une prise de risque dès lors que le système de soins n'est pas organisé pour assurer le transfert et l'accueil des patientes en cas de nécessité. Ainsi, l'absence d'assurance constitue une situation tout à fait anormale qui ne peut perdurer. Il convient donc que l'Etat fasse strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle.

3 – Des préfigurations de maisons de naissance en l'absence de cadre juridique

Dans les pays où elles existent, les maisons de naissance sont gérées de façon autonome par des sages-femmes en liaison et à proximité du plateau technique d'une maternité, de façon, selon leurs promoteurs, à concilier sécurité et approche plus physiologique de la naissance. Le nombre d'accouchements est limité (350 au plus par an), les femmes restent le plus souvent 24 heures au maximum après l'accouchement et sont ensuite suivies à domicile. Aucun accouchement n'est déclenché et il n'est pas possible de bénéficier d'une péridurale.

En 2011, à la différence de ce qui se pratique dans d'autres pays développés (Allemagne, Belgique, Suisse, Pays-Bas, Autriche, Québec, Etats-Unis), il n'existe pas officiellement de maisons de naissance en France. De fait, l'expérimentation de maisons de naissance, annoncée dès 2001 par le gouvernement, puis reprise dans le plan périnatalité « 2005-2007 », n'a pu à ce jour être mise en œuvre. En dernier lieu, les pouvoirs publics s'étaient engagés, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, à permettre

208. En France, aucune assurance n'accepte aujourd'hui de couvrir à un tarif compatible avec des revenus de sages-femmes la responsabilité civile professionnelle dans le cas d'accouchements à domicile. L'accouchement à domicile est donc exclu des assurances en responsabilité civile que contractent les sages-femmes libérales.

l'expérimentation de maisons de naissance attenantes à une maternité. Mais cette disposition, adoptée par l'Assemblée nationale, rejetée par le Sénat puis rétablie par la commission mixte paritaire, a été censurée par le Conseil constitutionnel comme « cavalier social ». Une proposition de loi autorisant l'expérimentation a été déposée au Sénat en mai 2011.

En l'absence de cadre juridique, des préfigurations de maisons de naissance ont néanmoins été lancées depuis quelques années : ainsi notamment, en région parisienne²⁰⁹, la maison de naissance du centre hospitalier René Dubos à Pontoise, où les deux sages-femmes responsables sont salariées de l'établissement, le CALM aux Bluets, où les sages-femmes sont libérales et le groupe naissance à la clinique Léonard de Vinci (Paris 11^{ème}) qui regroupe des libéraux -sept sages-femmes, deux gynécologues-obstétriciens et deux psychologues. Ces démarches ne constituent pas de véritables expérimentations, car l'accouchement ne peut légalement s'y dérouler²¹⁰, obligeant un recours au plateau technique de la maternité attenante, ce qui ne permet pas l'équilibre économique de ce mode de prise en charge²¹¹. La mise en œuvre de cette expérimentation dans un cadre juridique approprié est donc souhaitable pour autant qu'elle fasse l'objet d'une évaluation médico-économique rigoureuse.

III - Faire évoluer la fonction des sages-femmes

Une meilleure articulation des deux principales professions médicales en charge de la naissance, les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes, serait de nature à permettre d'optimiser l'organisation des soins tout en permettant d'apporter une réponse au souhait de certaines femmes d'une moindre technicisation des accouchements.

209. D'autres projets sont également prévus en province : à Lyon, Annecy, Beauvais, Rennes, Nantes et Pau.

210. Sauf à Pontoise, où le statut de salariées des sages-femmes et la configuration des locaux autorisent, sous réserve de la présence d'un personnel paramédical dédié, le déroulement d'accouchements au sein de la maison de naissance.

211. Selon la DGOS, l'économie attendue des maisons de naissance s'élèverait à 7 M€ par an dans le cas d'une généralisation de l'expérimentation à 60 sites. L'économie escomptée par accouchement par rapport à une structure hospitalière serait de l'ordre de 600 €.

A – Renforcer leur rôle de professionnels de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé

1 – L'intérêt d'une plus large prise en charge des grossesses à bas risque par les sages-femmes

La méta-analyse la plus récente²¹² sur la comparaison des modèles de soins obstétricaux effectués par les sages-femmes par rapport à d'autres modèles de soins conclut à des bénéfices importants pour ce qui concerne la réduction du nombre de péridurales, d'extractions instrumentales, d'hospitalisation des nouveau-nés et en termes de mise en place de l'allaitement. Elle souligne que « la satisfaction au sujet des différents aspects des soins semble plus élevée dans les modèles de pratique de sages-femmes comparés aux autres modèles de soins obstétricaux ». Elle considère qu'ils devraient être la norme pour les femmes classées à bas risque obstétrical.

Selon le panorama de la santé 2009 de l'OCDE²¹³, « les services assurés par les sages-femmes sont généralement moins coûteux. Cela reflète en partie la durée plus courte de leur formation et donc la rémunération plus basse requise par comparaison avec les gynécologues et obstétriciens. En outre, les obstétriciens peuvent être enclins à fournir des services plus médicalisés. D'après une étude portant sur neuf pays européens, le coût de l'accouchement est plus bas dans les pays et les hôpitaux qui recourent plus aux sages-femmes et infirmières qu'aux obstétriciens.

Ces travaux récents soulignent ainsi tout l'enjeu d'une bonne articulation entre professionnels de la naissance et du renforcement de la complémentarité de leurs rôles pour assurer à la fois la sécurité des accouchements, une gestion optimale des moyens et une meilleure atteinte des objectifs de la politique de périnatalité.

212. M. Hatem & alii (2009) : « Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes : une revue systématique Cochrane ». Cette revue synthétise 11 essais qui ont eu lieu dans quatre pays, impliquant 12 276 femmes ne présentant pas de pathologie.

213. La méta-analyse internationale précitée a également procédé à une estimation des coûts et des ressources : « les résultats ont suggéré, en général, un effet d'économie dans les soins péri-natals et une tendance vers l'économie des coûts dans les modèles de pratique de sages-femmes comparés aux modèles gérés par des médecins ».

2 – Une meilleure valorisation des compétences respectives des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes

En 2006, la Cour indiquait 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 [...]. »

Au sein des établissements publics et des ESPIC, les sages-femmes sont déjà pour de nombreuses patientes le professionnel de référence pour le suivi des grossesses et des accouchements physiologiques. Ce n'est pas le cas dans les cliniques privées où il serait souhaitable, comme la Cour le recommandait en 2006, de mieux articuler les rôles de ces professionnels de santé pour définir le partage optimal du suivi et de la prise en charge des patientes, autorisant notamment une plus grande disponibilité des gynécologues-obstétriciens pour les accouchements pathologiques.

Plus largement, les collaborations entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes libérales au sein des cliniques privées pourraient être encouragées, de même que les coopérations au sein de cabinets regroupant généralistes et sages-femmes ou de maisons de santé pluridisciplinaires, de façon à faciliter un recours plus fréquent aux sages-femmes en l'absence de pathologie, y compris pour le suivi gynécologique contraceptif et de prévention.

A un horizon plus éloigné, la croissance du nombre de sages-femmes peut poser la question d'une recomposition plus profonde. De fait, même si on ne dispose pas de projections actualisées, la tendance à l'augmentation des effectifs devrait se poursuivre : entre 1990 et 2010, le nombre de sages-femmes s'est accru en moyenne de 3 % par an²¹⁴. Dans la mesure où le quota de sages-femmes a augmenté sensiblement et où leur âge moyen est de 42 ans, cette progression devrait continuer au cours des prochaines années.

Pour ce qui est des gynécologues-obstétriciens, selon un exercice de projection de la démographie médicale réalisé par la DREES et repris dans le rapport 2008-2009 de l'ONDPS²¹⁵, leur nombre devrait diminuer

214. A titre de comparaison, dans les pays OCDE, le nombre de sages-femmes a augmenté de 2,9 % entre 1995 et 2007 contre 2,4 % en France (Panorama de la santé 2009, OCDE).

215. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées », Dossiers solidarité et santé n°12, 2009 et Etudes et résultats n° 679, février 2009.

de 6 % entre 2010 et 2020, avant de progresser, de 18 % entre 2020 et 2030, soit +13 % entre 2006 et 2030.

Ces projections mériteraient d'être approfondies au regard des modalités d'exercice réelles des gynécologues-obstétriciens (qui peuvent s'orienter vers la chirurgie gynécologique pure, l'échographie ou la gynécologie médicale), de la féminisation de la profession²¹⁶, des besoins prévisibles de la population et de l'évolution du nombre de sages-femmes et de leurs conditions d'exercice.

Un parcours de soins faisant davantage de la sage-femme le professionnel de premier recours en cas de grossesse et pour le suivi gynécologique contraceptif et de prévention pourrait être en effet envisagé à terme, à l'instar de ce qui est pratiqué dans d'autres pays.

Les évolutions démographiques inverses pour les professions de sage-femme et de gynécologue-obstétricien au cours des dix prochaines années pourraient constituer à cet égard un facteur de nature à faciliter une meilleure articulation de ces deux professions médicales qui apparaît en tout état de cause souhaitable.

De ce point de vue, compte tenu de la lenteur des ajustements liés à la durée des études médicales, la détermination du nombre de postes d'internes en gynécologie-obstétrique à compter de 2015²¹⁷ devra faire l'objet d'une réflexion particulièrement attentive. Les flux de formation seront à arrêter en fonction d'une cible de long terme cohérente avec les objectifs de santé publique et le renforcement des complémentarités avec la profession de sages femmes pour une meilleure organisation de la prise en charge des naissances. Cette approche répondra aux différents objectifs de la politique de périnatalité en termes de sécurité comme aussi de plus grande différenciation des modalités d'accouchement.

B – Réorienter l'activité des sages-femmes libérales vers le suivi post-natal et le suivi global

Le nombre de sages-femmes libérales a triplé en 20 ans et la croissance des effectifs s'est accélérée en 2008-2009. Le développement de l'exercice libéral des sages-femmes suppose désormais de redéfinir

216. En 2030, le taux de féminisation de la profession serait de 58,5 % (au lieu de 39 % aujourd'hui), ce qui n'est pas sans incidence sur l'activité globale de la profession.

217. La loi HPST prévoit une prévision quinquennale des postes d'internes en médecine. Il est prévu d'ouvrir chaque année en moyenne 193 postes d'internes en gynécologie-obstétrique sur la période 2010-2014 (contre 155 en 2005-2009).

leur rôle, avec le souci toutefois d'éviter les doublons par rapport à la prise en charge à l'hôpital. Or, cela n'est possible que si la nomenclature des actes des sages-femmes est -à coût constant pour l'assurance maladie- significativement modifiée.

Ce rééquilibrage devrait revaloriser les actes à forte responsabilité médicale (consultations, accouchements, suivi post-natal) aux dépens des actes n'impliquant aucune prise de risque (préparation à l'accouchement, rééducation périnéale).

1 – Une tarification des actes déséquilibrée orientant l'activité vers les cours de préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale

Comme indiqué précédemment, les cours de préparation à la naissance et les séances de rééducation périnéale, qui n'impliquent aucune décision médicale, sont les activités de loin les plus pratiquées par les sages-femmes en libéral puisqu'elles représentent les 3/4 des montants remboursés.

Les honoraires perçus par la sage-femme lors d'un cours de préparation à l'accouchement collectif (entre 90 € et 95 €) placent cet acte, réalisé au cabinet de la praticienne, loin devant tous les autres en termes de rentabilité²¹⁸.

Le tarif des cours de préparation à la naissance peut être comparé à celui d'autres actes importants en termes de santé publique : le forfait journalier de surveillance à domicile en cas de sortie précoce ou la surveillance d'une grossesse pathologique à domicile. Ces actes sont moins bien rémunérés²¹⁹ que les cours de préparation à l'accouchement en raison du temps de déplacement nécessaire aux visites à domicile. De plus, la prise en charge des sorties précoces rend l'activité difficilement prévisible et nécessite souvent de travailler le week-end.

Les consultations représentent quant à elles une partie marginale de l'activité des sages-femmes. Enfin, le tarif de l'acte d'accouchement

218. Une sage-femme qui ferait cinq sessions par jour percevrait ainsi des honoraires de 460 € par jour soit 9 200 € par mois et 92 000 € par an avec 10 mois d'activité, soit des honoraires près de deux fois supérieurs au montant d'honoraire moyen (49 300 €) pour une durée de travail inférieure à 8 heures par jour (avec une durée de cours de 1h30 -contre 45 mn au minimum).

219. Environ 40 € plus une indemnité de déplacement (en ville, indemnité forfaitaire de 3,81 €).

(312,70 €²²⁰) non cumulable avec l'acte de surveillance du travail (106 €) ne semble pas favorable au développement de cette activité par les sages-femmes libérales même si ce tarif a fait l'objet d'une revalorisation en 2008. De plus, cette activité implique une grande disponibilité (astreinte) et des coûts s'y attachent (assurance professionnelle, redevance versée au plateau technique) ainsi qu'un risque médico-légal non négligeable. En conséquence, un très faible nombre de sages-femmes réalisent des accouchements et, à Paris, elles pratiquent des dépassements d'honoraires -ce que leur convention n'autorise pas mais sans qu'elles soient pour autant sanctionnées.

2 – Une tarification à reconfigurer à enveloppe constante au profit du suivi global et du suivi post-natal

Les modifications susceptibles d'être apportées à la tarification des actes réalisés par les sages-femmes devraient chercher à faciliter, sans dépassements d'honoraires non conventionnels et à coût constant, le suivi global de la patiente.

Pour la mise en œuvre des compétences des sages-femmes relatives au suivi gynécologique de prévention et à la contraception, une revalorisation du tarif de la consultation pourrait ainsi être envisagée. Une adaptation de la nomenclature permettant de cumuler l'acte de surveillance de l'accouchement et l'accouchement en lui-même inciterait les sages-femmes libérales à s'engager dans un suivi global de leurs patientes. La DSS indique en ce sens partager cette volonté d'assurer une meilleure prise en charge par l'assurance maladie des actes correspondant aux nouvelles missions des sages-femmes ²²¹.

Dans un contexte où une assez faible proportion de femmes accouche désormais sans péridurale, la question pourrait également être posée d'une diminution du nombre de cours de préparation à la naissance²²² et d'une révision à la baisse de la tarification de cet acte²²³,

220. Même si le tarif est à un niveau identique pour les gynécologues-obstétriciens, ces derniers sont assistés par des sages-femmes salariées et n'ont donc besoin d'être présents qu'une heure environ, alors que les sages-femmes peuvent être mobilisées pendant 10 à 15 heures.

221. Pour la DSS, « le montant du tarif de la consultation et de la visite pourrait être relevé en contrepartie d'engagements de la profession dans la poursuite des mesures d'amélioration de l'efficacité du système de soins ».

222. Au nombre actuellement de huit -que les femmes sont au demeurant loin de toutes suivre-. Elles bénéficient par ailleurs a minima d'un suivi médical mensuel avec analyses biologiques systématiques, de trois échographies et d'une consultation pré-anesthésique.

en alignant alors les tarifs -plus élevés- des autres professionnels libéraux qui réalisent ces actes sur ceux des sages-femmes. Cela ne remet pas en cause l'intérêt de l'entretien prénatal précoce.

A l'inverse d'un suivi très attentif avant la naissance, après l'accouchement, la femme bénéficie uniquement d'une visite obligatoire dans les huit semaines qui suivent l'accouchement et, le cas échéant, de séances de rééducation périnéale. Or, selon la recommandation de la Haute autorité de santé (HAS) de novembre 2005 sur la préparation à la naissance et à la parentalité, « des interventions postnatales précoces et structurées (visites à domicile systématiques et adaptées en fréquence et en réponse aux besoins, prise en charge des symptômes selon des recommandations professionnelles disponibles) améliorent le bien-être physique et émotionnel des femmes ».

Dans cet esprit, la tarification des séances de suivi post-natal, recommandées par la HAS en raison de leur intérêt de santé publique, serait sans doute à revoir : elles ne sont tarifées que 18,55 €, soit 40 % de moins qu'un cours de préparation à l'accouchement individuel. De ce fait, cet acte est très peu pratiqué (il représente 1 % des actes). Il conviendrait de le rendre plus attractif, de même que la surveillance à domicile en cas de sortie précoce, pour inciter les sages-femmes à s'investir davantage dans le suivi post-natal qui ne représente aujourd'hui que 3 % des actes pratiqués.

Dans le contexte d'une diminution des durées de séjour²²⁴, un accompagnement de qualité des retours précoces à domicile est en effet crucial. Or, l'organisation actuelle est loin d'être satisfaisante, notamment

223. De sorte qu'un cours avec trois patientes n'assure pas un revenu sensiblement supérieur à un forfait journalier de surveillance à domicile en cas de sortie précoce.

224. En 2009, en France, la durée moyenne de séjour à la suite d'un accouchement par voie basse s'élevait à 4,5 jours, soit quasiment deux fois moins qu'au début des années 70, mais nettement plus que la moyenne des pays de l'OCDE en 2007 (3,2 jours). L'enjeu de la diminution de la durée de séjour est central, car la durée de séjour constitue une source importante de variation de coût et la dépense associée aux séjours obstétricaux est élevée (2,9 Md€ en 2010).

en raison du manque d'articulation entre les différentes modalités de prise en charge du post-partum²²⁵.

Les travaux de la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant relatifs à la structuration de la prise en charge du post-partum, en lien avec ceux de la HAS qui doit actualiser la recommandation de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de 2004 sur le retour précoce à domicile après accouchement devraient permettre de déterminer quel est le mode le plus efficient de prise en charge du suivi post-natal et comment coordonner au niveau local les interventions des différents acteurs.

Les sages-femmes libérales pourraient jouer un rôle important à cet égard, mais il ne sera pleinement effectif que si elles sont mieux réparties sur le territoire. Or, si on compte en moyenne 24 sages-femmes libérales pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, cette densité est comprise entre 9 en Picardie et en Corse et 43 dans le Languedoc-Roussillon, soit un écart de 1 à 5²²⁶. Une extension aux sages-femmes libérales du dispositif de régulation territoriale mis en place pour les infirmières serait donc sans doute à envisager.

CONCLUSION

Les sages-femmes, à qui leur formation médicale confère des compétences étendues, sont déjà pour de nombreuses patientes le professionnel de premier recours. Une complémentarité mieux articulée avec les gynécologues-obstétriciens, en particulier au sein des maternités privées et une réorientation en ville de leur rôle vers le suivi post natal, apparaissent nécessaires pour valoriser les compétences respectives de ces professions, au bénéfice de la sécurité des patientes, de l'amélioration des indicateurs de périnatalité et d'une optimisation de l'organisation des prises en charge, tant avant la naissance que pendant l'accouchement et dans le post partum.

225. Hospitalisation à domicile (HAD), théoriquement réservée aux pathologies graves ou aiguës, mais qui, dans les faits, est souvent utilisée pour faire du «post-partum physiologique» ; projet d'aide au retour à domicile (PRADO) expérimenté au printemps 2010 par la CNAMTS (à Annecy, Rennes et Versailles) et qui a été étendu à 12 nouveaux départements (intervention d'une conseillère de l'assurance maladie dans les maternités mettant en relation la patiente avec une sage-femme libérale) ; possibilité de consulter une sage-femme libérale ; PMI ; organisations mises en place par certains des 65 réseaux de santé en périnatalité existant en France.

226. Source : DREES, ADELI. Les écarts pour les sages-femmes hospitalières sont beaucoup plus réduits : 75 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en Picardie et en Ile-de-France contre 129 en Franche-Comté (99 en moyenne en métropole).

De ce point de vue, la détermination des flux de formation pour ces professions doit faire l'objet d'une réflexion d'ensemble, suffisamment anticipée pour prendre pleinement en compte les évolutions des rôles, la recomposition des modes d'exercice, la diversification accrue des modes de prise en charge souhaitée par certaines femmes, en cohérence avec les grands objectifs de la politique de périnatalité définis par les pouvoirs publics.

Il appartient en tout état de cause à ces derniers de ne pas laisser se poursuivre dans des conditions hasardeuses, faute de clarifications indispensables, certains types de prise en charge. Les accouchements à domicile sans couverture assurantielle ne sauraient être admis. Par ailleurs, plutôt que de laisser fonctionner de manière insatisfaisante des structures apparentées à des maisons de naissance dans des conditions juridiquement incertaines, il importe de les doter d'un cadre rigoureux et précis qui garantisse la sécurité des patientes et de mettre en place des expérimentations qui permettent une évaluation méthodologiquement indiscutable de ces dispositifs.

RECOMMANDATIONS

30. *Mieux articuler et valoriser les compétences respectives des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens, en faisant encore davantage des sages-femmes des professionnels de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé.*

31. *Ajuster dès 2015 le nombre de postes d'internes en gynécologie-obstétrique en fonction de projections démographiques actualisées des différentes professions de la naissance et selon une cible de long terme cohérente avec les objectifs de santé publique poursuivis.*

32. *Modifier la nomenclature des actes professionnels des sages-femmes libérales pour réorienter, à enveloppe constante, leur activité vers des actes à plus forte responsabilité, notamment le suivi post-natal.*

33. *Permettre l'expérimentation des maisons de naissance et procéder à leur évaluation médico-économique dans des conditions méthodologiquement rigoureuses.*

34. *Faire strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle.*
