



UNSSF : Argumentaire en faveur de la prescription des arrêts de travail (AT) par les sages-femmes, sans limitation de durée.

A Ce que disent les textes :

1. Sur le choix du praticien.

La femme est libre du choix du professionnel de santé pour le suivi de sa grossesse.

Article L1110-8 CSP : le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile...

Elle doit être informée des différentes modalités de suivi, notamment du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués. HAS ¹

La plupart des grossesses sont physiologiques ou normales et la prise en charge peut être assurée par un médecin (généraliste, gynécologue médical, gynéco-obstétricien) ou une sage-femme selon le choix de la femme. CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ².

Ces grossesses sans situation à risque ou d'un faible niveau de risque relèvent d'un suivi A pour la HAS : « *selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien)* ». *La prise en charge est médicale, psycho-sociale avec une démarche de dépistage et de prévention. HAS³*

La nécessité d'avoir recours à un professionnel de santé non **choisi par la femme pour suivre sa grossesse** afin de prolonger son arrêt de travail va à l'encontre du principe de libre choix annoncé par la HAS.

Exemple de suivi A (suivi de grossesse possible par sage-femme exclusive) pouvant nécessiter un AT sans recours à un autre praticien :

L'anémie gravidique (suivi A, à adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie). *L'anémie peut expliquer une fatigue et être à l'origine de contractions utérines et nécessiter un AT préventif.*

La HAS considère que cette situation est du ressort de la sage-femme, mais l'UNSSF constate que très souvent les 15 jours d'arrêt de travail ne suffisent pas et que la femme doit, en plus de sa sage-femme, consulter son médecin traitant pour le prolongement de l'AT.

¹

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

² <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-31.html>

³

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/05r08_fiche_tech_suivi_des_femmes_enceintes_type_de_suivi_recommande.pdf



2. Sur le caractère non-pathologique des AT lors d'une grossesse

En 2016, selon l'enquête nationale périnatale, sur les 70,8% des femmes qui avaient exercé un emploi pendant leur grossesse, seules 27,9% s'étaient arrêtées **après** trente-trois semaines d'aménorrhée (SA), moment qui figure le début du congé maternité quand on y ajoute les deux semaines de congé pathologique ; 9,9% avaient cessé de travailler entre une et quatorze SA, 16,8% entre quinze et vingt-deux SA, 23,3% entre vingt-trois et vingt-huit SA et 22,1% entre vingt-neuf et trente-deux SA.

Deux tiers des femmes s'arrêtent donc plus tôt que prévu.

(Arrivée trop tardive du congé prénatal : article de Slate ⁴, enquête Perinat 2016 ⁵)

Il n'y a que 20% de grossesses pathologiques alors que 2/3 des femmes s'arrêtent avant la date prévue pour leur congé maternité (AT, Congés ...).

La cessation d'activité des femmes pendant la grossesse n'a pas pour origine la pathologie.

3. Ce que disent les femmes

Pour les patientes, l'UNSSF souhaite faciliter le recours à un praticien de premier recours identifié et choisi, évitant ainsi les retards de prise en charge et renforçant le sentiment de sécurité. De nombreux témoignages attestent leurs difficultés.

Témoignage blog du parcours d'une femme qui évoque la problématique de l'arrêt de 15 jours

<https://lamarieeencolere.com/2019/08/grossesse-arret-de-travail/>

4. Contexte COVID-19

L'exemple du contexte COVID-19 : arrêt de travail préventif facilité en ligne sans recours au médecin pendant la grossesse

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/covid19-accompagnement-lie-a-la-grossesse-et-l'accouchement>

La chute surprenante des naissances prématurées constatée lors de la crise du COVID-19 confirme l'intérêt du repos dans la prévention de ce fléau.

<https://www.lemonde.fr/blog/huet/2020/07/23/covid-19-chute-surprise-des-naissances-prematurees/>

⁴ <http://www.slate.fr/story/181440/grossesse-femmes-enceintes-conge-maternite-arret-travail-precarite>

⁵ http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf



CONCLUSION

- La nécessité d'avoir recours à un médecin non choisi par la femme pour suivre sa grossesse afin de prolonger son arrêt de travail **va donc à l'encontre** du principe de libre choix annoncé par la HAS.
- L'obligation imposée d'un autre praticien de santé dans le cadre de la grossesse **déroge au principe général** prôné par la CPAM dans le cadre du renouvellement d'un AT
- La cessation d'activité des femmes pendant la **grossesse n'a pas pour origine la pathologie.**

Dans le cadre du PPL « visant à améliorer le système de santé, par la confiance et la simplification » l'UNSSF voit ici l'opportunité de faciliter le parcours de soin des femmes enceintes, **en permettant aux sages-femmes, compétentes pour prendre en charge la grossesse physiologique en autonomie, de prescrire l'arrêt de travail préventif (en dehors de pathologie) liée à la grossesse et à le prolonger pour la durée nécessaire.** De cette façon le principe général prôné par la CPAM en matière de prolongation des AT et celui du libre choix par la patiente du praticien qui assure le suivi de sa grossesse prôné par la HAS seront respectés.

B Le point de vue financier :

o Les Chiffres :

En 2019, les AT prescrits par les sages-femmes représentent :

- 21 000 AT / sur environ 6,9 Millions d'AT et soit 0,3% des AT
- 49 % des AT ont été prolongés par un autre PS
- 21000 AT pour environ 6700 sages-femmes libérales (SFL) soit une moyenne de 3,13 AT prescrits / SFL

Dans 51 % des cas l'AT prescrit a été suffisant et cela confirme la pertinence du diagnostic posé par la sage-femme.

Dans 49 % l'arrêt a été prolongé ce qui conforte la pertinence du diagnostic et l'opportunité de prolonger (validation par le médecin qui prolonge de l'opportunité initiale) et justifie la revendication des sages-femmes de prolonger leurs prescriptions sans avoir recours à un autre professionnel de santé.

o Le Coût :

1. En 2017, le régime général a indemnisé 6,97 millions d'arrêts maladie, 1,05 million d'arrêts pour accident du travail ou maladie professionnelle et 635 000 arrêts pour maternité, y compris au titre d'une adoption.



- Ces arrêts ont été à l'origine de 7,4 Md€ de dépenses pour la maladie, de 2,9 Md€ pour les AT pour Maladie Professionnelles (AT-MP) 151 et de 2,6 Md€ pour la maternité, soit 12,9 Md€ d'indemnités au total.
- 539 000 assurés ont reçu des indemnités journalières pour maternité et adoption contre 587 000 en 2010 (-8,2 %).
- La progression des dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP des régimes de base dépasse ainsi entre 2013 et 2017 celle des dépenses comprises dans le champ de l'ONDAM (+2,1 % en moyenne annuelle).
- Pour leur part, les indemnités journalières de maternité sont restées stables au cours de la même période, à environ 3 Md€, dans le contexte d'une baisse de la natalité. ⁶

Les AT maladie pendant la maternité ne sont donc pas responsables de l'augmentation des dépenses liées à l'indemnisation des IJ

2. La place prise par les médecins généralistes dans le suivi prénatal a diminué depuis 2010, 19,3 % des femmes ayant consulté un généraliste en 2016 contre 23,8 % en 2010, et la part des consultations auprès d'une sage-femme **libérale a augmenté, passant de 16,0 % en 2010 à 25,2 % en 2016.**
 Pour la moitié des grossesses, le principal responsable du suivi prénatal pendant les six premiers mois reste un gynécologue-obstétricien en ville, (enquête périnatalité 2016).⁷

L'augmentation des prises en charge de la grossesse par les SF ne fait pas augmenter la part des IJ maladies pendant la grossesse.

3. La prolongation par la SFL de l'arrêt initial permet d'inclure la prescription, de l'AT dans une consultation programmée de la grossesse et induirait ainsi **l'économie des dépenses liées à la consultation d'un autre praticien** (remboursée à 100%).

Économie de dépense = (21000 x 0,49) soit 10290 X 25 = 257250 € /an si MG

Économie de dépense = 10290 X 30 = 308700 € / an si médecin spécialiste

conventionné hors consultation complexe.

La prolongation par la SFL de l'arrêt initial est sans surcoût dans les dépenses d'indemnisations puisque ces dépenses sont incluses dans les dépenses d'IJ actuelles, et elle évite le surcoût d'une consultation par un médecin

4. **Existe-t-il un risque de dérive concernant les prescriptions d'AT par les sages-femmes ?**

Selon les chiffres de la Cour des comptes dans son rapport octobre 2019 concernant les abus de prescriptions d'AT et les dérives observées ⁸

⁶ <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-10/RALFSS-2019-03-indemnitees-journalieres.pdf>

⁷ http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

⁸ <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/50126>



99 bis, avenue du Général Leclerc 75014 PARIS
contact@unssf.org - www.unssf.org

La CNAM évalue à environ à 7 000 les médecins fortement prescripteurs, à +7000 très fortement prescripteurs et + 700 à 1000 sur-prescripteurs d'AT (page 162).

Il y a environ 226000 médecins en France donc un ratio de 6,6 % de médecins "fortement à sur-prescripteurs".

En extrapolant ces chiffres au nombre de sages-femmes ; le risque de sages-femmes fortement prescripteurs sera de 442 / 6700

Le nombre d'AT initial prescrit par les sages-femmes tient déjà compte de ce risque.

Il serait donc à prendre en compte de la même façon pour le risque de sur-prescription du nombre de renouvellements.

Dans ce cadre-là il n'y a aucun indicateur permettant d'objectiver que les sages-femmes auraient une tendance supérieure aux médecins de sur-prescrire des AT.

Donc le chiffre de 49 % de prolongation apparaît être un taux de prolongation pertinent à retenir.

CONCLUSION : coût de la prolongation des AT par les sages-femmes

L'UNSSF estime qu'il n'y a pas de risque de dérive des dépenses d'IJ dans le cadre de la prescription par la sage-femme.

La prescription de la prolongation par le même professionnel de santé est un facteur sécurisant par sa pertinence : la Cour des comptes dans son rapport identifie la prolongation des AT par un autre prescripteur que l'initial comme étant un facteur justifiant un contrôle (page 161) ⁹.

Enfin et pour mémoire la SF exerçant dans le cadre du respect de son code de déontologie, elle saura adresser la patiente à un autre PS si la prescription de l'AT dépasse son champ de compétence.

Article R4127-313 CSP : Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités.

Paris, 1 février 2021.

⁹ <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/50126>