



**Cette contribution comporte deux parties, la présentation de l'exercice des sages-femmes territoriales et de leur activité en PMI, ainsi que les réponses au questionnaire transmis par la Cour des comptes au CNP-SF**

## **I. L'Association Nationale des Sages-femmes Territoriales,**

### **et les sages-femmes de PMI**

**L'ANSFT** regroupe 15 % des sages-femmes territoriales parmi ses adhérentes, réparties sur tout le territoire français.

Sans être un syndicat, elle est pourtant la seule association qui rassemble et représente les sages-femmes territoriales. Elle existe depuis 32 ans et participe activement à la plateforme « *Assurer l'avenir de la PMI* »

#### **1. Qui est la sage-femme PMI ?**

La sage-femme PMI est fonctionnaire territorial et sage-femme avant tout. Elle est issue de la même formation initiale, a les mêmes compétences et doit être inscrite au tableau de l'Ordre national des sages-femmes pour exercer. Comme toute sage-femme, elle exerce une profession médicale, inscrite comme telle dans le code de la santé publique et se doit de respecter le même code de déontologie.

En France, la sage-femme a un rôle essentiel auprès de la santé des femmes par sa place centrale :

- en matière d'information, d'éducation, de dépistage et de prévention

- du suivi de la santé gynécologique et sexuelle
- de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse (IVG)
- dans le suivi et l'accompagnement *pre, per* et postnatal : suivi de la grossesse, accouchement, et accompagnement global à la maternité et à la parentalité - santé du tout petit - initiation des premiers soins et des premiers liens - allaitement maternel - préparation à la naissance - l'entretien prénatal précoce (EPP) - l'entretien postnatal (EPN) - le travail corporel périnéal avec la rééducation périnéale, y ont leur place.

## 2. Les spécificités de l'exercice territorial des sages-femmes

Les sages-femmes territoriales exercent au sein de la PMI (Protection maternelle et infantile) <sup>1</sup> qui représente la « *seule compétence sanitaire décentralisée dont la mise en œuvre est départementale mais qui s'intègre à la politique nationale globale* » (Rapport Peyron, p.19)<sup>2</sup>. De cette manière « *les services PMI contribuent à la politique nationale de santé* », et les sages-femmes PMI également.

Pour les sages-femmes PMI, cet ancrage territorial, détermine à la fois une grande **variabilité** et une grande **diversité** dans l'exercice de leurs compétences, selon les priorités des politiques départementales, leurs contextes géographiques, sanitaires et sociaux, et selon les moyens (humains et matériels) disponibles et alloués.

De ce fait, selon les départements, le nombre de sages-femmes PMI est variable (de 2 à plusieurs dizaines de sages-femmes), parfois sans adéquation avec les normes instaurées par le décret du 2-08-1992, soit une sage-femme PMI pour 1500 naissances, et qui n'a pas été revu depuis.

La population des sages-femmes PMI est estimée à 1120 sages-femmes en 2015 (DREES, 2016).

De façon générale, toutes les sages-femmes PMI font parties d'équipes pluridisciplinaires, caractéristiques de la PMI. Elles participent ainsi à la politique de santé globale impulsée par la PMI, grâce à la continuité et la coordination des actions périnatales, entre le pré et le postnatal, la planification, et la santé des nourrissons et de leur famille.

Cette approche les inscrit également, avec la PMI, dans les réseaux de proximité, que ce soit pour les structures médico-psychologiques, les services sociaux ou juridiques comme pour l'Aide sociale à l'enfance, les liens maternité-PMI ou les réseaux d'aide locaux.

Les lieux d'interventions de la sage-femme se déclinent ainsi de façon variable mais suivant la politique générale de la PMI : C'est à dire un accueil inconditionnel, même sans couverture sociale, une gratuité des soins et des services accessibles à tous et toutes, grâce à l'offre de proximité, au moyen de l'implantation territoriale (Rapport Peyron, p.16). La sage-femme PMI participe ainsi pleinement à la réduction des inégalités de soins en direction des femmes, des femmes enceintes et de leur famille.

### 3. Constantes et variabilités de l'exercice territorial des sages-femmes

Du fait des conditions de cet ancrage départemental, les compétences des sages-femmes sont mises à contribution de façon variable également :

- toutes les sages-femmes font des **visites à domicile (VAD)**, surtout **prénatales**, mais aussi **postnatales**, notamment dans le cadre de **l'allaitement et de la prévention de la dépression du post partum**, du **PRADO** (sorties précoces de maternité lorsque la PMI a été conventionnée) ou du **deuil périnatal**. Des VAD dont l'action préventive et de soutien à la maternité et la parentalité est soulignée par le rapport Peyron, au même titre que celles des puéricultrices, et que le rapport de la commission des 1000 jours<sup>3</sup> préconise d'augmenter de manière importante durant cette période.
- la plupart d'entre elles mènent des **actions collectives**, dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité, en pré et en post natal ainsi que dans le cadre de l'éducation à la sexualité et la relation amoureuse (6H annuelles inscrite, par la loi, dans le programme des collégiens et lycéens), ou en direction des violences faites aux femmes, ou encore auprès des femmes migrantes.
- la plupart d'entre elles assurent des **consultations prénatales** de suivi de grossesse (parfois au sein des hôpitaux eux-mêmes), ainsi que des **consultations postnatales** en centre de PMI de proximité ; et, de plus en plus, des consultations de **suivi contraceptif et de santé gynécologique et sexuelle**. Ce, depuis l'élargissement des compétences des sages-femmes avec la loi « Hôpital-patients-santé et territoire » de juillet 2009, notamment au sein des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF).
- certaines d'entre elles, pratiquent aussi les **IVG médicamenteuses** en CPEF ou en centre de PMI.
- et des **échographies prénatales** ou la **rééducation périnéale** à visée intégrative corporelle.

- mais pour certaines d'entre elles, les actions menées relèvent surtout de permanences d'accueil, d'informations et d'orientation, de soutien et d'accompagnement individuel ou collectif en direction des vulnérabilités.

C'est pourquoi, la sage-femme PMI, *dont les compétences ont été élargies avec celles de toutes les sages-femmes*, garde parfois une image désuète, plus proche de l'assistance sociale, ou du soutien relationnel et des vulnérabilités, que de l'exercice complet d'une profession médicale. Ce qui peut aussi donner lieu, parfois, à des demandes inadaptées de la part des services départementaux, qui ne relèvent pas des compétences de la sage-femme PMI.

#### 4. La sage-femme PMI, l'exemple de la notion de « sage-femme référente »

En tant que sage-femme, la caractéristique principale, dont témoignent les différentes modalités d'exercice de la sage-femme PMI, c'est de fournir d'ores et déjà un exemple, ou une illustration, de ce que pourrait être dorénavant **la sage-femme référente**.

Soit, le statut d'une professionnelle capable d'offrir un suivi et un soutien global, continu, du pré au postnatal, quels que soient les soins nécessaires pour la maternité et la parentalité, pour toutes les femmes et leurs enfants dans les premiers mois de vie, au-delà de ce que les sages-femmes PMI font déjà, à juste titre, souvent en direction des situations les plus vulnérables.

Mais aussi celui d'une professionnelle dans la pleine compétence de l'exercice médical, qui, comme c'est le cas pour la sage-femme PMI auprès des femmes les plus éloignées du système de santé, sait diagnostiquer et orienter à bon escient, en fonction de la situation.

**Cette fonction de référente** « *potentiellement occupé [e] par la sage-femme de ville, de PMI ou hospitalière* », en tant que professionnelle de proximité et de soutien, du pré au postnatal, est préconisée pour toutes les femmes par le Rapport de la Commission des 1000 jours (p.54) ; tout comme le développement et le renforcement des VAD pendant ces 1000 premiers jours, notamment pour le soutien de l'allaitement maternel, trop faible en France (p.55) ; de même que pour l'entretien postnatal qui demande à être développé dans le premier mois de vie de l'enfant. Non seulement pour soutenir tous les bouleversements de la parentalité et de la maternité mais aussi pour permettre d'en repérer les difficultés ou les troubles psychiques dont la dépression postnatale (p.55) ; alors que seulement 40 % à 50 % d'entre elles sont diagnostiquées (p.76).

C'est dire que la sage-femme référente, suivant l'exemple de la sage-femme PMI, sera concrètement un acteur majeur dans l'accent mis sur les politiques de prévention par la Stratégie nationale de santé 2018/2022, notamment pour remédier aux faibles moyens alloués, et depuis longtemps, au secteur de la prévention.

**Une autre fonction de la sage-femme référente**, bien illustrée avec l'action de la PMI, et pour la sage-femme PMI, est « *l'approche prévenante, ouverte et non prédictive* », centrée sur la personne (Rapport Peyron, p.33). C'est à dire, celle d'un « **universalisme proportionné** », où les services sont accessibles et ouverts à tous, mais restent cependant différenciés selon les publics et les personnes, grâce à l'intervention « proportionnée » aux besoins et aux ressources.

L'exemple de la sage-femme PMI, illustre ainsi l'approche spécifique qui caractérise l'exercice de la sage-femme, qui n'est pas d'abord centrée sur les dysfonctionnements et les pathologies, avec l'identification des causes et leurs solutions, comme c'est le cas pour le médecin, mais attentive et centrée sur qui est là, qui existe positivement, qui peut faire ressources, et fournir un appui pour avancer, pas à pas, vers du mieux. Cette approche, **non prédictive**, centrée sur la personne, individualisée, n'est pas déterministe.

Soit une approche appréciative, positive, indispensable pour accompagner la santé des femmes, de leur tout petit et de leur famille qui répond à la définition holistique donnée par l'OMS de la santé : *un état de bien-être physique, mental et social complet*<sup>4</sup>, et pas seulement l'absence de maladie ou de pathologie.

Les anglo-saxons appellent cette démarche spécifique, différente de l'approche diagnostique, *l'appréciative inquiry*<sup>5</sup>. Cette approche est notamment mise en œuvre, au Canada, pour promouvoir le sentiment de compétence et d'efficacité parentale, plutôt que de se centrer en priorité sur le diagnostic des dysfonctionnements.

Toutefois, en raison de l'intervention de la sage-femme auprès des besoins des plus vulnérables, l'image de la sage-femme PMI est parfois, associée à tort, à l'« **universalisme ciblé** ». Soit l'action d'une professionnelle qui serait entièrement et uniquement centrée sur les populations les plus vulnérables, notamment ceux relevant de l'aide sociale ou de la protection de l'enfance. Cette image tronquée stigmatise aussi bien les professionnelles que les populations, autant que le ferait une approche vraiment basée sur l'universalisme ciblé. Elle participe aussi des confusions entretenues autour de l'identité de la sage-femme territoriale, qui ne serait pas sage-femme au même titre que les autres.

## II. Questionnaire de la Cour des comptes transmis au CNP-SF

### 1. Gouvernance et pilotage

*- Quelles sont les grandes problématiques identifiées par le CNP des sages-femmes pour la santé des enfants âgés de 0 à 11 ans d'une part et concernant les inégalités sociales et territoriales de santé d'autre part ?*

***Nous répondons à cette question au titre de l'ANSFT***

Il y a un lien entre inégalités sociales et inégalités territoriales de santé dans la mesure où les inégalités concernant la santé sont directement dépendantes des inégalités sociales. Ce que nous constatons quotidiennement dans tous nos départements d'exercice en tant que sage-femme PMI. Les enfants sont particulièrement touchés dans leurs droits à la santé, à l'éducation, aux soins et à un environnement sécurisé.

Réduire ces inégalités sociales dépend des politiques nationales mais également et surtout des politiques locales ainsi que des moyens alloués.

Les grandes problématiques que nous pouvons identifier concernant la santé des 0-11 ans sont :

- La mauvaise alimentation et ses troubles, dont la constitution du surpoids, avant 6 ans, prédicteur de la constitution ultérieure d'une obésité, voire même d'une obésité précoce. Le faible taux d'allaitement maternel exclusif chez les femmes à un mois de la naissance (52,2% en maternité selon l'enquête nationale périnatale 2016, un des taux les plus faibles d'Europe) y contribue. Il est encore plus bas dans les milieux sociaux défavorisés. Or, l'allaitement maternel est protecteur d'un surpoids ou d'une obésité ultérieure.

- Directement en lien avec cette problématique, les problèmes dentaires, parfois déjà sur les dents de lait.

- les troubles du neuro-développement : de l'attention, de la concentration, de la mémoire, du sommeil, du langage, des comportements, qui conduisent à des troubles des apprentissages scolaires ou au décrochage scolaire.

- l'usage d'écrans, bien au-delà des recommandations, parfois même addictifs, et déjà chez les tout petits.

- l'exposition à des risques : tabac et alcool déjà pendant la grossesse, tabagisme passif, habitat dégradé ou susceptible d'exposer à des produits nocifs, environnement pollué, ce qui est directement en lien avec des problèmes de santé comme les allergies ou la constitution d'un terrain asthmatique (pour lesquels l'allaitement maternel est reconnu également avoir un effet protecteur).

- le manque de structures et de professionnels de soutien et d'accompagnement susceptibles d'aider les parents, ou de servir de relais, dans l'éducation et les apprentissages des enfants lorsque les parents ont peu de ressources matérielles ou éducatives.

*- Les priorités nationales contenues dans la stratégie nationale de santé vous semblent-elles suffisamment déclinées en ce qui concerne la santé des enfants et la réduction des inégalités sociales et territoriales ?*

L'accent mis sur la prévention dans ses différents versants ainsi que l'accent mis sur la promotion de la santé en renforçant le parcours de soin des enfants et des adolescents est bien décliné, mais tout est une question de moyens. Or ces moyens manquent souvent cruellement dans beaucoup de territoires, aussi bien en termes de structures, d'organisations territoriales qu'en termes de professionnels de santé différents, ainsi qu'en termes d'accessibilité, comme nous pouvons le constater par nous-mêmes.

Compte tenu de tous les bénéfices de l'allaitement maternel pour la santé des enfants et les effets protecteurs pour la santé des adultes qu'ils seront demain, et compte tenu du très faible taux d'allaitement maternel en France, cet aspect n'est pas assez décliné dans les stratégies nationales de santé.

*- Quelle appréciation portez-vous sur les précédents plans de périnatalité ?*

Le plan de périnatalité 1995-2000 voulait réduire la morbi-mortalité périnatale et maternelle avec une réorganisation du système de santé. A partir de 1998, l'accouchement contraint, en hôpital, à seuils de risque et plateaux techniques adaptés, a conduit à une approche de la santé biaisée par la pathologie et le risque, sans alternative pour les femmes et sans apporter les résultats escomptés en termes de réduction de morbi-mortalité périnatale et maternelle.

Les normes pour le personnel de santé nécessaire dans ces structures en fonction du nombre des naissances définies à cette époque sont devenues rapidement obsolètes. La

fermeture des petites maternités et la concentration des naissances dans des structures hospitalières de plus en plus importantes, sans moyens humains adaptés, a conduit non seulement à des formes de déshumanisation des soins pour les femmes et leur bébé mais aussi à l'apparition de risques psycho-sociaux très importants chez les professionnels de santé, en particulier chez les sages-femmes qui y travaillent ; alors que les conditions de travail mettent leur activité en contradiction avec les valeurs de leur métier.

Le plan de périnatalité 2005-2007 voulait « démedicaliser » pour humaniser et mettre l'accent sur la prévention, la santé et des soins de qualité, notamment avec les sages-femmes, avec l'entretien prénatal précoce et les compétences en suivi de la santé gynécologique et sexuelle des femmes en bonne santé. La santé s'y trouve mieux dégagée de la référence à la pathologie comme si elle ne devait pas seulement être définie par son absence. Cette perspective est plus proche de la définition de l'OMS qui considère que la santé est à la fois un bien-être physique, psychique et social, qui demande des actions sur ces différents versants. Des critères qui sont aussi directement en lien avec les inégalités sociales et territoriales.

Toutefois, cette perspective demandait également des moyens. Notamment pour les développements des réseaux de santé et de périnatalité, insuffisamment développés et reconnus, en particulier par le regain d'hospitalo-centrisme consécutif à des maternités à degré d'expertise croissante qui réduisent toujours l'état de santé d'une grossesse ou d'une naissance à l'absence de pathologie ou au « bas risque » ; l'approche et la pensée du risque précédant toujours celle de la santé.

La mise en œuvre de la tarification à l'acte a conduit, par ailleurs, à une politique de gestion qui valorise les actes de soins au détriment de la prévention et de la disponibilité nécessaire pour sa mise en œuvre par les professionnels. Même si elle est inscrite dans ce plan de périnatalité. Le suivi et les actions postnatales n'ont pas du tout été valorisés.

Ces plans n'ont pas atteint leurs objectifs. L'entretien prénatal précoce, au cœur d'une approche humanisée de la naissance, est peu ou mal utilisé, et souvent dévoyé au bénéfice d'une consultation d'ouverture de dossier, sans aboutir aux relais qui devraient être mis en place avec la PMI dès la grossesse, et qui sont pourtant inscrits dans l'esprit de la loi.

La perspective de le rendre obligatoire questionne puisque la prévention et l'accompagnement à la promotion de la santé exigent des liens de confiance, continus dans le temps, et des coopérations interprofessionnelles solides et solidaires, qu'un

acte d'entretien isolé est loin de fournir. Du moins, c'est ce que nous constatons de notre action dans les situations de vulnérabilités somatiques, psychiques ou sociales.

Le plan de périnatalité 2015-2019 tente de corriger bon nombre de ces insuffisances en mettant l'accent sur les facteurs environnementaux conditionnant la santé. En font partie, les mesures concernant la commission des 1000 premiers jours, la « sage-femme référente », l'importance des visites à domicile, sur les lieux de vie, et l'élargissement des compétences des sages-femmes en matière de prévention et de promotion de la santé dans le suivi des femmes, des tout petits et des nourrissons. Le fait que la sage-femme puisse suivre et accompagner aussi bien la mère, le bébé que la dyade mère-bébé dans son ensemble, est un atout, puisque cette approche évite le morcellement entre différents professionnels, du pré au postnatal. Par ailleurs, la sage-femme référente est la mieux placée pour solliciter et coordonner d'autres actions bénéfiques aux mères et à leur bébé, en toute confiance, notamment en ce qui concerne des soins médicaux ou psychologiques complémentaires, ou encore l'accompagnement de la famille par une puéricultrice.

C'est un dispositif qui a toujours été au cœur de l'activité des sages-femmes PMI et dont nous pouvons témoigner des bienfaits dans nos prises en charge.

*- Quelle est votre appréciation des propositions issues de la commission des 1000 Iers jours ?*

La commission des 1000 jours propose un plan ambitieux qui concrétiserait en France une approche de l'OMS déclinée en 2010 et basée sur des travaux de recherche médicale concernant le DOHaD (Developmental Origins of Health and Disease)<sup>6</sup>. En effet de nombreuses recherches, épidémiologiques et épigénétiques, ont mis en évidence l'existence de liens entre diverses expositions périnatales et prénatales, dès la vie intra-utérine, à des facteurs environnementaux, et la mortalité, ou la survenue de maladies chroniques à l'âge adulte. Cette approche rassemble ainsi les versants somatiques, psychiques et sociaux, notamment les inégalités, déclinés par l'OMS concernant la santé. D'autres pays se sont déjà saisis de cette perspective pour impulser des changements majeurs dans leur système d'organisation des soins ; tout particulièrement dans le champ de la prévention, un secteur pour lequel la France, et ses différents territoires, a longtemps faiblement investi.

Le renforcement de la présence et de l'action des professionnels de santé dans la continuité et dans la confiance en est un levier majeur.

*- Quelle appréciation portez-vous sur les négociations conventionnelles avec l'assurance maladie et leur impact en matière de réduction des inégalités territoriales et sociales ?*

Malgré la lutte pour l'accès aux droits, la réduction de ce qui reste à charge, la lutte pour l'accès aux soins et une stratégie nationale qui fait de la prévention l'axe majeur de la gestion du risque pour la santé, force est de constater que dans bon nombre de départements, la situation va de mal en pis. Que ce soit pour l'ouverture des droits par exemple, avec la fermeture des lieux d'accueil et la non-application par des caisses locales de recommandations nationales (prise-en-charge des frais de suivi de grossesse par le dispositif soins urgents rarement appliqué). Ou encore, que ce soit pour l'accès aux PASS (permanences d'accès aux soins de santé) concentrées dans les services hospitaliers.

Selon les départements, cette situation est accentuée par les manques de moyens, de professionnels, ou par les morcellements de prise en charge pour la mère ou son bébé, ou encore par les difficultés de coopération entre structures ou entre professionnels. Bon nombre de femmes, avec leurs bébés, parmi les situations de vulnérabilité, ne bénéficient pas de la possibilité d'un suivi cohérent, global et continu.

## **2. Accès aux soins**

*- Quelle appréciation portez-vous sur le rôle des sages-femmes dans le parcours de santé de l'enfant en période pré et néonatale ? Dans les premiers mois de vie ?*

Ce rôle est essentiel puisque les sages-femmes sont susceptibles d'intervenir de manière continue et cohérente dans la promotion de la santé auprès des femmes bien avant la conception, notamment auprès des jeunes, et dans le suivi de la santé gynécologique, sexuelle et des relations amoureuses. Dans cette continuité, et dans la régularité, elles peuvent également intervenir du pré au postnatal, pour la mère, le bébé et leur famille. Identifier la sage-femme comme un acteur de promotion de la santé, et non pas comme un professionnel dédié à la pathologie et à la maladie, ce qu'elle n'est pas, permet à la sage-femme d'être active et mieux acceptée dans ses interventions en matière d'information et d'éducation, comme en matière d'accompagnement de la parentalité, avec tous ses bouleversements, du pré au postnatal.

Les sages-femmes font beaucoup d'éducation pour la santé et apportent les informations sur les dispositifs en place. Elles sont proches des familles et s'adaptent à leur niveau de connaissance et leurs besoins dans la continuité pré/post natal ainsi que pour les relais au niveau du réseau.

La mise en place d'une sage-femme référente, quels que soient les soins, répond à ce besoin de cohérence, de continuité et de confiance nécessaire aux femmes et aux familles afin de promouvoir leur propre santé. Toutefois les actes de « prévention », comme les temps de coordination avec les autres professionnels demandent beaucoup de temps, qu'il n'est pas toujours possible d'accorder pleinement puisque ces temps sont peu rémunérés, c'est à dire concrètement non reconnus.

Dans les premiers mois de la vie, le rôle et la place de la sage-femme restent à consolider afin de pouvoir continuer à intervenir auprès du bébé, en particulier en s'occupant de lui, de sa mère et de la dyade. Que ce soit pour le suivi de sa santé, de son développement, de sa sécurité environnementale et de ses liens affectifs. Surtout, également, en ce qui concerne la mise en œuvre et le maintien de l'allaitement maternel durant les 6 premiers mois, tel que le recommande l'OMS. Car ses bienfaits sont reconnus pour la situation de tous les pays, qu'ils aient des faibles ou des forts revenus.

La santé et le bien être de la mère étant des éléments fondamentaux dans les interactions mère-bébé, pour son développement, la sage-femme devrait pouvoir avoir l'occasion d'accompagner systématiquement les bouleversements et les remaniements du « devenir mère » en post natal, par des temps dédiés, en particulier avec un entretien postnatal, au moins à 2 occasions, soit celles où les travaux montrent une recrudescence des dépressions postnatales, vers 5-6 semaines et 5-6 mois après la naissance. L'entretien prénatal précoce s'y inscrit en toute continuité dans un parcours de suivi et d'accompagnement à la maternité et à la parentalité cohérent, du pré au postnatal, qui permet d'associer le co-parent. Un parcours qui pourrait être porté par la sage-femme référente.

*- Quelle appréciation portez-vous sur l'accessibilité aux professionnels de santé, en particulier des sages-femmes pour la prise en charge des enfants*

En PMI, les sages-femmes sont déjà très occupées par le suivi des femmes pour leur grossesse, jusqu'au postnatal, mais aussi par les suivis de la santé gynécologique et sexuelle des jeunes en Centre de planification et d'éducation familiale. Toutefois, la pluridisciplinarité et les coopérations construites avec les réseaux de partenaires permettent de construire des continuités de suivi dans la confiance avec les infirmières puéricultrices et les médecins.

Dans l'exercice libéral des sages-femmes, cette possibilité demande à être construite et renforcée. Les sages-femmes sont accessibles mais mal identifiées pour le suivi de la

santé des bébés dans les premiers mois de vie. D'autant plus que la santé de la mère est indispensable à la santé du bébé.

Les compétences des sages-femmes demandent à être élargies et connues afin de pouvoir se situer dans cette continuité au bénéfice de la santé des bébés, tout particulièrement pour le soutien de l'allaitement maternel, et sans morceler les interventions entre mère et bébé.

L'accessibilité aux professionnels de santé en PMI, surtout les médecins, mais aussi les sages-femmes, est particulièrement réduite dans beaucoup de départements en raison de leur pénurie liée au manque d'attractivité de leur statut et de leur rémunération.

*- Quelle appréciation portez-vous sur l'articulation ville-hôpital et le rôle des réseaux périnataux ?*

Cette articulation est essentielle afin de rendre opérant des parcours de santé dans la continuité. Elle est mieux établie entre hôpitaux et structures publiques, beaucoup moins entre le secteur libéral et l'hôpital. Il faudrait rémunérer le temps passé par les médecins et les sages-femmes libérales pour leurs liaisons, leurs participations aux réunions et à des formations communes afin de renforcer ces coopérations et ces collaborations.

*- Quelle appréciation portez-vous sur le dispositif PRADO ?*

L'esprit du PRADO était positif dans le soutien précoce, avec un retour à domicile anticipé après la naissance, ainsi que pour mieux articuler les relais ville-hôpital. Dans certains départements la PMI a participé au dispositif grâce à un conventionnement avec l'assurance maladie.

Toutefois, force est de constater que le nombre de visites de sages-femmes prévues était inadapté au besoin de soutien et à la disponibilité nécessaire pour un suivi dans la période postnatale précoce (2 prévues systématiquement en 12 jours, c'est considérer que, rien qu'au titre de l'allaitement maternel, il faut qu'il aille de soi, sans soutien).

Par ailleurs, ces visites nécessitent du temps auprès des mères et des bébés pour assurer les soins physiques, l'accompagnement de l'allaitement et des premiers liens, avec le soutien de la sécurité émotionnelle, alors qu'elles sont faiblement rémunérées.

D'autant plus que les sorties précoces génèrent beaucoup d'insécurité face aux bouleversements intervenus avec la naissance, et que la demande des femmes de pouvoir bénéficier plus longtemps des soins hospitaliers n'est pas toujours entendue dans la mesure où il faut libérer des lits.

Vu les économies réalisées par les journées d'hospitalisation en moins, et vu les exemples fournis par d'autres pays, aux revenus identiques et au même niveau concernant le système des soins, pour retirer de vrais bénéfices de ce dispositif en matière de promotion de la santé, il aurait fallu multiplier les visites systématiquement lors du retour à domicile, puis les espacer progressivement. De même, il aurait fallu les valoriser par une cotation qui tienne compte du temps indispensable qu'elles exigent des sages-femmes. Nous constatons une approche centrée sur des actes de soins et non pas sur un parcours de prévention et de promotion de la santé dans le postnatal.

Par ailleurs l'assurance maladie ne tient aucun compte dans le postnatal de la situation des mères endeuillées pour lesquelles, avec PRADO, ou sans PRADO, le postnatal est laissé vacant alors que l'entrée dans la parentalité sans enfant vivant est particulièrement traumatique, une situation reconnue par les recherches internationales. L'« exposition » au deuil périnatal peut être particulièrement délétère pour la santé des femmes et de leurs futurs enfants. Des visites de sages-femmes ont toute leur place, par le soutien somatique, psychique et relationnel qu'elles apportent aux femmes et à leurs enfants actuels ou pour leurs futurs enfants. Notamment en termes de dépression postnatale ultérieure, y compris lors d'une future grossesse. En PMI nous avons l'occasion de les proposer et nous en mesurons les bénéfices, bien qu'aucune cotation ne soit prévue à cet effet.

*- Au regard des évolutions des périmètres des métiers et modes d'exercices, quelle appréciation portez-vous sur les enjeux de formation pour les sages-femmes intervenant dans le parcours de santé des enfants ?*

Il y a des besoins aussi bien en formation initiale qu'en formation continue, et surtout en formation pratique, centrée sur la santé du jeune enfant, dans sa déclinaison somatique, psychique et sociale. La formation initiale et continue concernant l'allaitement maternel, la compréhension et le repérage de la constitution des dépressions postnatales ainsi que leur soutien demande également à être renforcée. En fait partie, l'intervention de la sage-femme en cas de deuil périnatal.

Les stages en PMI ne devraient pas être optionnels et la formation initiale renforcée dans la compréhension des mécanismes qui créent des inégalités de soins avec les inégalités sociales.

*- Quelle appréciation portez-vous sur les renoncements aux soins des mères et de leurs enfants et leurs facteurs explicatifs ? Dans quels domaines sont-ils les plus fréquents ?*

Le renoncement, mais aussi très souvent le report des soins, sont très fréquents chez les mères. Plusieurs facteurs y jouent un rôle :

- des droits non ouverts, leurs difficultés d'accès
- le secteur médical non conventionné, et cher, parfois prépondérant dans certains départements
- les soins mal remboursés pour certains d'entre eux (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues et pédopsychiatres ou psychiatres, médecins spécialistes, certains médicaments...).
- des accueils non adaptés à la précarité ou à certaines vulnérabilités, chez les hospitaliers et les libéraux, avec des discontinuités dans les suivis conduisant à des pertes de temps et de chances qui conduisent à des décrochages chez les femmes et leurs enfants.
- pour certains, la peur du placement de l'enfant, relative à une vision négative des services offerts par la PMI, trop souvent assimilés à ceux de l'aide sociale à l'enfance.
- le manque criant de certains professionnels : médecins, dentistes pour enfants, orthophonistes, psychologues et psychiatres en périnatalité
- les difficultés liées aux déplacements pour accéder aux professionnels, parce qu'ils sont payants
- le manque de possibilités pour les professionnels « d'aller vers » alors que les plus vulnérables ont plus de difficultés à se saisir des circuits de soins, même quand ils existent et qu'ils sont accessibles, notamment parce que les priorités sont d'un autre ordre.
- les domaines les plus fréquents concernent la santé dentaire et alimentaire, les rééducations diverses et variées et les soins psychologiques.

### **3. Prévention et promotion de la santé**

*- Quel bilan faites-vous de l'avenant conventionnel de 2018 sur l'extension du rôle des sages-femmes libérales dans la prévention et la promotion de la santé, pour les enfants ?*

Cette extension apparaissait indispensable vu l'accent mis sur la prévention et le poids des facteurs environnementaux en période périnatale dans la santé des enfants et de son maintien à court, moyen et long terme, comme pour lutter contre la constitution de maladies chroniques chez l'adulte.

Inscrire les actions de la sage-femme dans la continuité de vie des mères et des enfants, est un levier important de cette politique. La reconnaissance de son action préventive au même titre que celle du médecin, aussi dédié à la pathologie, exigeait la reconnaissance de ces actes. La revalorisation tarifaire des échographies gynécologiques, la consultation de contraception pour les jeunes filles, ou celle dédiée à la prévention des comportements à risques, la revalorisation de la rééducation périnéale ainsi que le PRADO répondent à ce principe de reconnaissance et de valorisation.

La consultation a été revalorisée de 2 euros mais elle devrait être alignée sur la cotation de base de toute consultation médicale généraliste. Ce qui n'est pas le cas.

Le zonage pertinent et l'aide à la modernisation et l'informatisation soutiennent la présence et les actions des sages-femmes.

Toutefois, le rôle et l'action des sages-femmes ne sont pas assez mis en valeur et souvent timidement rappelés dans de nombreuses formes de communication vis à vis des différents publics, que ce soit au niveau national ou départemental.

La mise en place d'une sage-femme référente apparaît comme un levier majeur pour améliorer la prévention et la promotion de la santé chez les femmes et les enfants. Son rôle dans les tout premiers mois devrait être consolidé, notamment pour pouvoir favoriser et soutenir l'allaitement maternel et ne pas morceler les interventions concernant la mère et l'enfant.

Les visites à domicile en postnatal devraient être multipliées, aussi bien dans le cadre d'un enfant vivant que dans le cadre du deuil périnatal. Des cotations pour des ateliers collectifs de parentalité, en postnatal, devraient pouvoir être proposés sur le modèle de ceux de la préparation à la parentalité.

Ces actions permettraient tout particulièrement de lutter contre les dépressions postnatales, difficiles à repérer et dont la survenue est insidieuse, loin de mettre

l'accent sur des pathologies psychiques déjà constituées qui seraient à prendre en charge.

Les recherches concernant les pays qui ont fait le choix d'une approche basée sur la prévention et centrée sur la santé, en soutenant les ressources et les potentialités des sages-femmes elles-mêmes, ont montré qu'elle procure de nombreux avantages dans la mesure où elle se révèle :

- plus économique en termes de coûts lorsque l'expert médical est plus cher et souvent non conventionné<sup>7</sup>

- plus juste dans la réduction des inégalités pour l'accès aux soins puisque la sage-femme est conventionnée, spécialisée et de proximité, notamment en PMI, où elle est aussi accessible sans couverture sociale<sup>8</sup>.

- plus efficace en termes de santé publique dans les comparaisons à l'échelle européenne des résultats de la morbi-mortalité maternelle<sup>9 10</sup>.

- mais aussi avec une plus grande satisfaction des femmes<sup>11</sup>. Une satisfaction qui conditionne très fortement leur santé en matière de bien-être pour elles-mêmes et pour leur enfant, pour laquelle l'OMS milite par ses recommandations. Car, selon l'OMS, « Toutes les femmes ont le droit de vivre positivement la naissance de leur enfant »<sup>12</sup>.

Le rapport national sur la création et le fonctionnement des Maisons de naissance<sup>13</sup>, gérées de manière autonome par des sages-femmes, met en évidence les mêmes bénéfices.

Cette approche permet également de proposer un meilleur accès à l'IVG pour les femmes en bonne santé, grâce aux sages-femmes, qu'elle soit médicamenteuse ou instrumentale, puisque cet accès s'inscrit dans la continuité du suivi global des femmes. C'est alors promouvoir un meilleur accès à ce droit spécifique relevant de la santé des femmes, dès lors qu'une grossesse n'est pas une pathologie.

*- Dans quelle mesure l'extension des compétences des sages-femmes en matière de vaccination contribue-t-elle à améliorer la couverture vaccinale des enfants ?*

Un lien de confiance et de continuité dans le suivi du pré au postnatal, assorti de la possibilité « d'aller vers » les mères et leur enfant, grâce aux visites à domicile, permet qu'il y ait moins de « perdus de vue », moins d'interlocuteurs et un suivi plus global de la mère et des enfants. Ce peut être l'occasion aussi, à l'occasion de la vaccination, de réajuster une contraception, de soutenir la mère, de repérer ses difficultés, vérifier un bilan post-diabète, de vacciner les proches, d'offrir des stratégies cocooning de soutien

etc... Ce sont parfois aussi moins de déplacements et moins d'attentes pour les mères avec leurs enfants, ce qui contribue à ne pas renoncer aux soins.

*- Quelle appréciation portez-vous sur besoins d'information, de soutien et l'implication des parents dans les dispositifs de prévention et de promotion de la santé de leur(s) enfant(s) ?*

Pour être efficaces, les messages doivent être adaptés, expliqués et personnalisés, car les besoins en santé primaire sont très différents d'une famille à une autre, et le niveau de connaissance des parents aussi. L'implication des parents nécessite du temps, et la possibilité d'actions collectives. Ce sont des actions caractéristiques de la PMI qu'il s'agirait de promouvoir dans le secteur libéral ou encore dans les collaborations interprofessionnelles. Mais pour ce faire, il est nécessaire de les rémunérer, et de favoriser les interventions collectives et interprofessionnelles.

L'entretien prénatal précoce fournit l'occasion de prendre en compte les besoins d'informations et de soutien des parents ainsi que leur implication dans le projet bébé, comme dans la santé individuelle et collective familiale. De même que l'entretien postnatal en donne la possibilité, en toute cohérence et continuité, une fois le bébé effectivement né.

*- Quels enjeux identifiez-vous en matière d'articulation entre la médecine de ville et hospitalière, les services de PMI et la médecine scolaire dans le parcours de santé de l'enfant et notamment dans la promotion de la santé ?*

Il est indispensable que les professionnels d'un bassin de vie se connaissent et communiquent facilement. A cette fin, il est nécessaire d'avoir les mêmes références, elles pourraient s'appuyer sur des formations communes. Elles sont indispensables si l'on veut que tout enfant qui a besoin de soins, ou de soutien, bénéficie d'actions adaptées, en temps et en heure.

Cela permet également de limiter les parcours inadaptés, l'errance médicale, les examens inutiles, et de mieux informer et mobiliser les parents.

Si les articulations entre médecine hospitalière et les structures publiques sont plus fonctionnelles, les articulations avec le secteur privé le sont moins, ce de façon générale dans nos différents départements.

Toutefois, la principale difficulté dans toutes ces articulations est lié aux manques de professionnels ressources. Si la PMI souffre d'un manque cruel de médecins, la situation est bien pire encore pour les médecins en santé scolaire. Et, quand il y a en suffisamment pour réaliser, malgré tout, les bilans de santé en école maternelle des 3-4 ans (BSEM), dès qu'il s'agit de prendre des rendez-vous d'orientation pour des enfants qui en ont besoin, la situation se corse encore avec le manque de professionnels psychologues, ophtalmologistes, orthophonistes, psychomotriciens, etc...accessibles en CAMPS ( centre d'action médico-social précoce), et sans frais.

Les délais de rendez-vous pour des enfants en apprentissage entraînent des retards considérables dans les prises en charge. Lorsqu'ils sont renvoyés vers le secteur libéral, l'avancement des frais est souvent problématique. De ce fait, certains enfants vont souffrir d'une errance de prise en charge, de retards d'ouverture de dossier MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ou de mise en place d'une auxiliaire de vie scolaire (AVS).

Des retards qui mettront également les équipes pédagogiques en tensions. D'autant plus qu'au sein de l'éducation scolaire les enseignantes spécialisées pour les enfants ayant des difficultés d'apprentissages précoces, se sont raréfiées elles aussi, alors que les structures relais de soutien (halte-jeux, soutien scolaire) manquent également.

En somme, toutes ces actions de prévention sont primordiales mais elles se heurtent à la question des moyens.

## Références

1La PMI, créée en 1945, intègre des sages-femmes dans ses professionnels pluridisciplinaires depuis 1975.

2 Ministère des Solidarités et de la, Peyron M. Rapport de Michèle Peyron : pour sauver la PMI, agissons maintenant ! [Internet]. 2018 [cité 7 févr. 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>

3 Cyrulnik B, Commission d'experts. Le rapport des 1000 premiers jours : là où tout commence. 2020 p. 130.

4Organisation Mondiale de la santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la santé [Internet]. 1946. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitutio>

5Cooperrider DL, Srivastva S. Appreciative Inquiry in Organizational Life. R. Woodman and W. Pasmore. Emerald Group Publishing Limited; 1987. 129 169 p. (Research in organizational change and development; vol. 1)

6 OMS, 2017, disponible: <https://www.who.int/life-course/news/events/dohad-2017-congress/en/>

7 Cour des comptes. Rapport de la sécurité sociale 2011 : Le rôle des sages-femmes dans le système de soins [Internet]. 2011 p. Pages 173-198. Disponible sur: <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2011>

8 Ministère des Solidarités et de la, Peyron M. Rapport de Michèle Peyron : pour sauver la PMI, agissons maintenant! [Internet]. 2018 [cité 7 févr. 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2018-102r-pmi.pdf>

9 OCDE. Panorama de la santé 2019: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. 2019 [cité 24 janv. 2021]. Disponible sur: [https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-dela-sante-2019\\_5f5b6833-fr](https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-dela-sante-2019_5f5b6833-fr)

10 Euro-Peristat. European Perinatal Health Report 2015 [Internet]. EURO PERISTAT. 2015 [cité 23 juill. 2019]. Disponible sur: <https://www.europeristat.com/index.php/reports/scientificpublications.html>

11 CIANE. Enquête sur les accouchements, dossier n°3 Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet]. 2012 [cité 18 nov. 2018]. Disponible sur: <http://ciane.net/blog/wpcontent/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>

12 OMS. Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement [Internet]. 2018 [cité 7 nov. 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/fr/>

13 INSERM, EPOPE, novembre 2019. Disponible : [http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport\\_Maisons-naissance\\_2019-1.pdf](http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport_Maisons-naissance_2019-1.pdf)