



CONTACT

Sages-femmes

La lettre du Conseil de l'Ordre

N° 37 JANVIER-FÉVRIER-MARS 2014



Dossier sur la mobilisation des sages-femmes

Maisons de naissance :
adoption du texte

L'AP-HP
crée une bourse de recherche
pour les sages-femmes

Lettre juridique :
les soins postnataux



N°37
JANVIER-FÉVRIER-MARS 2014

 facebook

 twitter

Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

168, rue de Grenelle
75007 Paris
Téléphone : 01.45.51.82.50
Télécopie : 01.44.18.96.75
contact@ordre-sages-femmes.fr

Rédaction

Claire Akouka,
Marianne Benoit Truong Canh,
Alain Bissonnier,
Agathe Bougault,
Anne-Marie Curat,
Guillaume Delecroix,
Hélène De Gunzbourg
David Hubert,
Marie Josée Keller,
Chantal Larcade,
Cécile Moulinier,
Lucas Pisani,
Julie Vaysse

Directrice de la Publication

Marie Josée Keller

Validation

Cécile Moulinier

Réalisation

Claire Akouka

Crédit photos

© dalaprod - Fotolia.com
© ursule - Fotolia.com

Mise en page et impression

Chevillon Imprimeur
26, boulevard Kennedy
89100 SENS

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2014
ISSN : 2101-9592



Sommaire

Dossier : la mobilisation des sages-femmes

- 4 | Mouvement des sages-femmes : une mobilisation historique
- 6 | La question statutaire
- 6 | Sage-femme praticien de premier recours
- 7 | Les autres groupes de travail

Informations ordinales

- 8 | L'expérimentation des maisons de naissance enfin lancée
- 10 | AMREF : en 2014 la mobilisation pour les mamans africaines continue !
- 11 | La cotisation ordinale 2014
- 12 | Modifications apportées à la liste des titres de formation et fonctions autorisés par le Conseil national

Actualités internationales

- 13 | Congrès mondial sur les ressources humaines
- 13 | Rapport de l'OCDE sur les indicateurs de santé
- 14 | Adoption de la Directive 2005/36 sur les qualifications
- 14 | Communication de l'Association Européenne des Sages-Femmes (EMA)

Informations générales

- 15 | L'AP-HP crée une bourse de recherche pour les sages-femmes
- 16 | Promotion de la recherche : les lauréates du Prix de maïeutique 2013
- 17 | Qui est la sage-femme ?
- 17 | Signature d'un nouvel avenant à la convention nationale des sages-femmes libérales
- 18 | Parution des textes réglementaires d'application de la loi de bioéthique sur le diagnostic prénatal
- 19 | Les prescriptions dans l'Union Européenne
- 19 | Retour précoce à domicile : fin de la prise en charge par l'HAD à partir du 1^{er} mars 2015
- 20 | MSSanté : le déploiement se poursuit
- 20 | Une sage-femme à l'honneur
- 21 | Mutilations sexuelles féminines : des progrès restent à faire
- 23 | Un ouvrage sociologique consacré à la naissance
- 25 | **Fiche pratique**
L'intégration d'une sage-femme au sein d'une collaboration d'exercice libéral
- 26 | **Lettre juridique**
Les soins postnataux dispensés par la sage-femme au nouveau-né
- 28 | **Revue de presse**

L'édito de la Présidente



Madame, Monsieur, Cher collègue,

Notre profession est actuellement au cœur d'une mobilisation historique qui a débuté le 16 octobre 2013 puis a rapidement gagné du terrain, révélant le grand malaise qui couvait dans nos rangs.

Ce mouvement a donné lieu à la création de différents groupes de travail destinés à apporter des réponses aux demandes de la profession quant à son statut dans la fonction publique hospitalière, à son positionnement en tant que praticien de premier recours et au devenir de sa formation.

Concernant le statut, l'Ordre, depuis des années, se positionne en faveur d'un statut qui permettrait à notre profession d'exercer de façon autonome et indépendante, en conformité avec le Code de la santé publique.

Par ailleurs, tout le monde s'accorde aujourd'hui pour juger que notre système de santé peut être amélioré, notamment en misant sur la prévention, qui est justement notre cœur de métier. Faire des sages-femmes un des praticiens de premier recours représente pourtant un défi. On le constate, la profession souffre d'un défaut de reconnaissance. Pourtant, j'ai la conviction que fortes de l'ensemble de nos compétences, notamment celles relatives au suivi gynécologique et à la contraception, nous avons une place légitime et importante à tenir dans le système de santé français.

Enfin, concernant notre formation initiale, il reste fort à faire pour défendre l'autonomie de celle-ci au sein des universités et le statut des nos enseignantes, qui doit enfin être clarifié.

Je souhaitais aussi évoquer une réalisation primordiale qui a marqué la fin de l'année 2013 : le vote de la loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance, dont nous parlons depuis plus de quinze ans en France. Ces structures offriront enfin une alternative aux femmes de notre pays et leur future ouverture est fondamentale car elles participeront au respect du choix des femmes, un domaine où il reste encore fort à faire.

Je formule des vœux pour que l'année 2014 soit une année bénéfique pour l'avenir de notre profession, au service des femmes et des nouveau-nés.

MARIE JOSÉE KELLER
PRÉSIDENTE

Mouvement des sages-femmes : une mobilisation historique

A l'automne 2013 a débuté une mobilisation sans précédent dans les rangs de la profession, lancée par le Collectif des sages-femmes. Ce mouvement, historique de par son ampleur et exceptionnel de par la rapidité à laquelle il s'est développé, révèle l'urgence de voir les sages-femmes accéder enfin à un positionnement conforme à leurs compétences, à leurs responsabilités et à leurs attentes.

Le Collectif des sages-femmes rassemble l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF), le Collège national des sages-femmes de France (CNSF), la Conférence nationale des enseignants en maïeutique (CNEMA), l'Association nationale des étudiants sages-femmes (ANESF), l'Association nationale des sages-femmes cadres (ANSFC) et la Fédération santé CFTC (centrale syndicale).

Les demandes du Collectif portent sur :

- Le positionnement des sages-femmes et sur la possibilité d'inscrire la profession dans les politiques de santé publique comme praticien de 1^{er} recours en accès visible et direct dans un parcours de soins pour les femmes, enceintes ou non.
- L'intégration à un statut du personnel médical hospitalier, en cohérence

avec le Code de la santé publique, garantie de salaires cohérents et d'une meilleure place dans la gouvernance hospitalière.

- La formation initiale, qui doit être intégrée à l'université dans des structures autonomes et l'accès à un statut MCU-PH ou PU-PH pour les enseignants.

Le 5 septembre 2013, en l'absence de réponse du Ministère des Affaires sociales et de la santé à leurs multiples demandes de rendez-vous, ces organisations décident de lancer le mouvement et organisent, le 16 octobre 2013, un sit-in au pied du Ministère afin d'exiger une rencontre avec Marisol Touraine. Dans le même temps, la grève est lancée. Reçus par des membres du cabinet, sans la Ministre, il leur est proposé la création d'une mission

IGAS/IGAENR⁽¹⁾ sur le positionnement des sages-femmes comme 1^{er} recours et un « atelier périnatalité » dans la loi de santé publique 2014. Déçus par les annonces, la poursuite de la grève est votée le 18 octobre.

Cette grève s'étend alors à une majorité de maternités, révélant le malaise et l'insatisfaction de la profession. Ainsi, alors que le sit-in organisé le 16 octobre ne rassemblait pas plus de 300 sages-femmes, la « Marche des sages-femmes », qui se tient à Paris le 7 novembre, regroupe entre 4 et 6 000 sages-femmes, professionnels et étudiants confondus. Les sages-femmes, vêtues en noir et blanc, y portent des masques blanc afin de symboliser l'invisibilité de la profession.

Une délégation est reçue par Marisol Touraine qui promet la création d'un groupe de travail interministériel (Ministère des Affaires sociales et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur). Dès le lendemain, la Ministre se rend à la maternité de Poissy où elle annonce que la première réunion de ce groupe se tiendra le 19 novembre 2013. Afin de maintenir la pression, la poursuite de la grève est votée jusqu'à cette date.

Le 19 novembre, la réunion attendue rassemble plus d'une vingtaine d'organisations soit plus d'une cinquantaine de personnes – dont la majorité sont extérieures à la profession de sage-femme – en présence de Marisol Touraine et de Geneviève Fioraso, la Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. On compte parmi les participants le Collectif des sages-femmes, l'Ordre des sages-femmes, l'UNSSF, les



1. Inspection générale des affaires sociales / Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche.

grandes centrales syndicales (CGT, FO, SUD Santé, CFDT santé, UNSA, CFE-CGC, SMPS), les fédérations hospitalières mais également le Collège national des Gynécologues et Obstétriciens Français, les conférences des doyens de médecine, de pharmacie et d'odontologie ou encore la conférence des présidents d'université.

Il est annoncé la création de quatre groupes de travail, portant sur :

- La reconnaissance statutaire des sages-femmes hospitalières.
- La place des sages-femmes dans la stratégie nationale de santé.
- L'évaluation des décrets périnatalité et la place des sages-femmes.
- La formation des sages-femmes et la recherche.

A cette même date, une forte mobilisation a également lieu en région et une délégation du Collectif est reçue dans chaque Agence Régionale de Santé. La reconduction de la grève est votée à Paris et dans la plupart des régions.

Au mois de décembre, plusieurs groupes de travail vont se réunir, notamment celui sur le statut des sages-femmes, porteur des plus grands enjeux pour la profession.

Le pilotage de ce groupe est confié à Edouard Couty, ancien directeur général des Hôpitaux universitaires de Strasbourg, conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes et directeur de la DHOS⁽²⁾ de 1998 à 2005. Il réunit également un nombre important d'instances et d'entités : le Collectif des sages-femmes, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, l'UNSSF, les grandes centrales (CGT, FO, SUD Santé, CFDT santé, UNSA, CFE-CGC, SMPS), la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Conférence des Présidents de CME de CHU et de CH, la Conférence des directeurs généraux de CHU et de CH, la Mission des formations de santé (Ministère de l'enseignement Supérieur et de la Recherche) et la Direction générale de l'Offre de soins.

La première réunion, le 2 décembre 2013, commence par un tour de table au cours duquel les participants s'accordent sur l'impossibilité du maintien dans le cadre d'emploi actuel, en exprimant toutefois leur désaccord quant à l'évolution statutaire envisagée. Le Collectif et le CNOSF plaident en effet en faveur d'un statut médical hors de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) tandis que les grandes centrales et l'UNSSF défendent un nouveau statut au sein de la FPH.

Un soutien de la part des parlementaires

Le mouvement des sages-femmes ne laisse pas indifférents les parlementaires. Alors que nombre d'entre eux interrogent la Ministre des Affaires sociales et de la santé par écrit sur la situation des sages-femmes, ce ne sont pas moins de 3 questions orales qui lui ont été posées le 6 novembre, le 26 novembre puis le 18 décembre lors des séances de questions au gouvernement.

L'adoption de la loi sur l'expérimentation des maisons de naissance, le 28 novembre 2013, a aussi été l'occasion pour de nombreux parlementaires de louer la profession en insistant sur ses compétences et son rôle incontournable.

Lors de la deuxième réunion du 10 décembre 2013, Edouard Couty détaille son mandat visant à faire la comparaison entre 2 statuts (dans la FPH et hors de celle-ci). Il précise qu'il faudra évaluer l'impact de tout changement sur de nombreux aspects (temps de travail, organisation, droits sociaux, formation, retraite, accès au statut de titulaire) et présente le statut actuel des sages-femmes dans la FPH et le statut de Praticien Hospitalier (PH). Les organisations représentatives des sages-femmes sortent mécontentes, la parole leur ayant été peu accordée.

Le 16 décembre, date de la 3^e réunion, Edouard Couty exclut l'accès des sages-femmes au statut de PH et propose deux options : la création d'un nouveau statut au sein de la FPH ou un statut de « praticien en maïeutique » hors de la FPH. Il est précisé que si les sages-femmes s'orientaient vers un tel statut, elles devraient toutes y adhérer, sans droit d'option. Devant de telles propositions, le Collectif et le CNOSF quittent la réunion.

Le CNOSF, dans un communiqué de presse, estime que le Ministère n'envisage toujours pas de solution à la hauteur des compétences et des responsabilités des sages-femmes et interrompt sa participation à ce groupe de travail.

Dans le même temps, une manifestation réunit entre 2000 et 4500 sages-femmes à Paris tandis que les actions en région se multiplient. On constate également que plusieurs maternités, notamment en Ile-de-France, sont confrontées à l'absence de leurs équipes de sages-femmes, en arrêt de travail.

La réunion du 18 décembre, à laquelle le Collectif et l'Ordre ne participent pas, se révèle improductive étant donné l'absence des instances représentatives de la profession.

Le 20 décembre 2013 se tient une dernière réunion en présence de Marisol Touraine et de Geneviève Fioraso. C'est à cette date que la Ministre de la santé et des affaires sociales devaient donner les orientations quant au statut des

sages-femmes. Elle réaffirme que les sages-femmes doivent être plus visibles auprès de la population et des autres professions de santé et, devant l'absence de consensus sur le statut des sages-femmes, Marisol Touraine renvoie sa décision au 31 mars 2014. Il est annoncé que d'autres groupes de travail seront mis en place, en présence des représentants médicaux hospitaliers. Elle annonce également que le droit d'option des sages-femmes sera respecté. La poursuite de la grève est votée. Peu après, le Collectif demande à ce que la date du 31 mars soit avancée, car celle-ci coïncide avec celle des élections municipales, qui se dérouleront les dimanches 23 et 30 mars 2014.

Depuis 2001, date du dernier mouvement de grève d'ampleur, force est de constater que la situation s'est malheureusement détériorée pour la profession. A cette période, la formation des sages-femmes avait considérablement évolué ; le passage par la première année de médecine devenant obligatoire ; et avait été présentée comme la première étape avant une revalorisation statutaire et salariale. Douze ans après, le constat est sans appel : statut et salaires n'ont pas évolué, les conditions de travail se sont dégradées, les sages-femmes restent invisibles auprès du grand public et sont les grandes oubliées de toutes les politiques de santé.

Le mouvement actuel, révélateur de ce malaise profond, est porteur d'espoir. Si le statut des sages-femmes de la FPH représente un point d'achoppement majeur, les professionnels sont cependant unanimes pour réclamer une meilleure visibilité en tant que praticien de 1^{er} recours. Une telle évolution permettrait enfin aux sages-femmes de pouvoir être identifiées par le grand public, par les autres professionnels de santé et ainsi, de contribuer activement aux politiques de santé de notre pays.

2. Direction de l'Hospitalisation et de l'Office de soins, qui deviendra la DGOS en 2010.

La question statutaire

La question du statut des sages-femmes de la fonction publique hospitalière est au cœur des revendications des sages-femmes. Si tous les acteurs en présence s'accordent sur une nécessaire évolution, les modalités préconisées par les différentes instances divergent.

Ainsi, les grandes centrales et l'UNSSF préconisent une évolution au sein de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) tandis que le Collectif et l'Ordre des sages-femmes souhaitent voir les sages-femmes accéder au statut de Praticien Hospitalier.

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes tient à expliciter son positionnement, qui se justifie tout d'abord par les textes de loi. En effet, selon l'article L.4121-2 du Code de la santé publique définissant les missions fondamentales des ordres : « L'ordre des médecins, celui des chirurgiens-dentistes et celui des sages-femmes veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, de l'art dentaire, ou de la profession de sage-femme et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1.

Ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médi-

cale, de la profession de chirurgien-dentiste ou de celle de sage-femme.

Ils peuvent organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit.

Ils accomplissent leur mission par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux ou interrégionaux et du conseil national de l'ordre.»

Par ailleurs, selon l'article Article R.4127-307 du Code de déontologie : « *La sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelle que forme que ce soit. (...)»*

Enfin, l'article R.4127-348 stipule : « *Le fait pour une sage-femme d'être liée dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels, et en particulier à ses obligations concernant l'indépendance de ses décisions et le respect du secret professionnel.*

En aucune circonstance la sage-femme ne peut accepter de la part de son employeur de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où elle exerce, elle doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé et de la sécurité de ses patients et des nouveaux.»

En 1986, les sages-femmes ont été intégrées au titre IV de la FPH, un statut inadapté à l'activité hospitalière des sages-femmes car il crée une **incohérence majeure entre le principe d'indépendance professionnelle et le principe de subordination hiérarchique inhérent à la FPH.**

Les sages-femmes sont la **seule profession médicale** à être rattachée au titre IV de la FPH ce qui impacte notamment leur rémunération, faible en comparaison des autres professions de santé ayant accompli 5 ans d'études.

Enfin, ce statut a produit des effets délétères :

- L'encadrement du corps des sages-femmes, dans certains établissements, par la direction des soins infirmiers.
- L'impossibilité pour les sages-femmes d'affirmer leur autonomie professionnelle tout en valorisant leur champ de compétences, c'est-à-dire la physiologie de la grossesse et de l'accouchement.

Aussi, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes estime que le statut de PH permettra aux sages-femmes d'exercer en respectant le code de la santé publique et leur code de déontologie mais également de rejoindre leur famille médicale en accédant à un statut semblable à celui des autres professions médicales et pharmaceutiques.

Sage-femme praticien de premier recours

Derrière ce terme, familier pour les professionnels de santé mais assez opaque pour le grand public, repose un concept simple : permettre à toutes les femmes d'avoir accès à une sage-femme.

Toutefois, quelles que soient les mesures envisagées, les sages-femmes ne pourront en aucun cas être le praticien de premier recours exclusif des femmes en bonne santé, notre système étant fondé sur le libre-choix du praticien par le patient.

Sage-femme premier recours : le principe

Si théoriquement, aujourd'hui, toute femme peut aller consulter une sage-femme – celle-ci étant en « accès direct » – la réalité est toute autre : peu de femmes s'adressent aux sages-femmes, méconnaissant l'ensemble des compétences dont elles sont dotées. Cette méconnaissance s'étend aussi à nom-

bre de professionnels de santé, ce qui représente un frein supplémentaire à la visibilité des sages-femmes.

Pourtant, la profession possède de nombreux atouts et caractéristiques qui en feraient un parfait praticien de premier recours.

Les sages-femmes ont tout d'abord un rôle de dépistage et de prévention essentiel, fondé sur une formation de qualité. Leur approche est globale et, au-delà de la femme, elle concerne aussi le couple et, plus largement, l'entité familiale, du fait de leurs compétences et des moments-clés de la vie d'une famille auxquels elles interviennent.



Par ailleurs, en tant que spécialiste de la physiologie, la profession peut contribuer à rationaliser le système de prise en charge des femmes. Dans le Plan périnatalité 2005-2007, une des recommandations était de « *Faire mieux et moins pour les grossesses à bas risques tout en permettant de libérer du « temps médecins » pour « faire mieux et plus pour les grossesses à hauts risques ».* Une telle analyse est

parfaitement déclinable pour le suivi gynécologique et la contraception.

Enfin, en tant que praticien de premier recours, les sages-femmes permettraient un meilleur accès aux soins pour les femmes, ce qui contribuerait à améliorer leur suivi.

Comment faire des sages-femmes un praticien de premier recours ?

L'accès à un tel positionnement doit passer par une information massive afin de rendre visible les sages-femmes et de clarifier l'ensemble de leurs compétences. Le rôle des pouvoirs publics est ici essentiel, un constat déjà ancien qui fait l'unanimité dans les rangs de la profession. Ainsi, dans la convention nationale de 2007 signé entre les syndicats professionnels et l'UNCAM, il était prévu d'accompagner cette convention «*par une communication forte en direction des assurés, dans l'année qui suit la publication de la convention, en vue notamment de préciser le rôle et les interventions de la sage-femme libérale dans le système de périnatalité*». Cet engagement n'avait pas été respecté et force est de constater que les sages-femmes sont souvent les grandes oubliées de campagnes de communication nationales déployées par les instances étatiques où elles auraient pourtant toute légitimité à apparaître.

Faire de la sage-femme un praticien de premier recours pourrait également permettre de mieux articuler les compétences des professionnels de santé. Le parcours de santé des femmes, qu'il concerne l'obstétrique ou

la gynécologie, doit être redéfini de façon rationnelle afin que celles-ci ne voient un spécialiste que lorsque leur santé l'impose. Dans un tel cadre, les sages-femmes se positionneraient en premier recours au même titre que les médecins généralistes et contribueraient à dessiner un parcours de soins bas-risque et un parcours haut-risque.

Le premier recours dans l'intérêt des patients

Devenir un praticien de premier recours, une des revendications principales de la mobilisation actuelle, répond à une demande forte des sages-femmes mais surtout à une question de santé publique.

Toutefois, ce nouveau positionnement ne se fera pas sans heurts. La profession souffre encore d'une grande méconnaissance auprès des autres professionnels de santé et certains ne peuvent, à l'heure actuelle, envisager un tel schéma.

Pourtant, ce sont les patients qui sont au cœur de ce dispositif : l'ensemble des professionnels de santé doit pouvoir leur répondre de façon coordonnée en prenant en compte la diversité de leurs attentes selon leur implantation géographique ou encore leurs attentes personnelles.

C'est pourquoi faire des sages-femmes un praticien de premier recours ne pourra que concourir à répondre aux attentes des patients et à améliorer l'offre de soins. Le repositionnement de la profession pourrait en effet contribuer à la résolution de plusieurs problématiques : la démographie médicale, le maillage territorial en santé ou encore l'accès aux soins des femmes. En effet, selon un sondage réalisé à l'automne 2011⁽¹⁾, plus d'une femme sur cinq n'avait pas de suivi gynécologique régulier à cette date. La même proportion n'avait pas réalisé de frottis depuis plus de cinq ans ou n'en avait jamais fait. Ce sondage révélait enfin que 6 % d'entre elles n'avaient même jamais bénéficié de ce type de suivi médical. Le déploiement des nouvelles compétences des sages-femmes en gynécologie de prévention et en contraception représente justement une des solutions à ce problème.

Les sages-femmes, en s'engageant dans cette démarche de repositionnement visant à améliorer notre système de soins, devront sans doute surmonter de nombreux obstacles. Mais leur légitimité en tant que praticien de premier recours sera indubitablement démontrée par leurs compétences et leur engagement.

1. Sondage OpinionWay pour les mutuelles LMDE et MGEN entre le 29 septembre et le 4 octobre 2011.

Les autres groupes de travail

Outre les groupes de travail sur la reconnaissance statutaire des sages-femmes hospitalières et sur la place des sages-femmes comme acteurs du 1^{er} recours, deux autres groupes de travail ont été créés. L'un est relatif à «*la place des sages-femmes en établissement de santé*» et a pour objectif de mener une réflexion sur leur place dans la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés en établissement de santé.

Aujourd'hui, les modes de cette prise en charge sont fixés par les décrets périnatalité de 1998 : alors que le nombre de maternités a diminué de plus de 30 % en une dizaine d'années⁽¹⁾ et que leur activité s'est considérablement densifiée, le Ministère des affaires sociales et de la santé a entendu la nécessité de mener une réflexion pour redéfinir l'environnement de travail des sages-femmes.

Le dernier groupe de travail a enfin traité à «*la formation des sages-femmes et à la recherche en maïeutique*». La problématique de la formation initiale reflète une fois de plus le paradoxe des sages-femmes, qui sont la seule profession médicale formée dans des écoles hospitalières et non à l'université. Bien que la loi HPST de juillet 2009 autorise les écoles de sages-femmes à intégrer l'université⁽²⁾, des problèmes majeurs subsistent : la structure d'intégration, qui conditionne l'autonomie de la formation, le statut des étudiants et enfin, celui des enseignants. Le statut de ces derniers est complexe : soit sont-ils mis à disposition par leur établissement d'origine auprès de l'université, soit sont-ils recrutés en CDI par celle-ci. Dans ce dernier cas, il n'existe pas de grille salariale leur étant spécifique et ils ne peuvent avoir une activité clinique.

Recensement des sages-femmes docteurs, doctorantes, titulaires d'un DU/DIU ou d'un Master

Dans le cadre de ce dernier groupe de travail, coordonné par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la recherche, il a été demandé à la Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMa) de fournir une liste la plus exhaustive possible des sages-femmes actuellement docteurs ou doctorantes.

La CNEMa profite de cette enquête pour établir une cartographie de tous les diplômes universitaires obtenus (DU ou DIU, Master, doctorat) et connaître les activités de recherche des sages-femmes concernées.

Cette enquête, qui s'adresse à toutes les sages-femmes, est disponible sur le lien suivant :

<https://docs.google.com/forms/d/1NWROvcu8UonlYOPzNVaAJ7RNsqNub4ABw-RUTsVPwLE/viewform#start=invite>

1. Selon les Enquêtes nationales périnatales, on comptait 815 maternités en 1997 et 554 en 2009.

2. Une seule école est intégrée : l'EU3M à Marseille depuis 4 ans.

L'expérimentation des maisons de naissance enfin lancée !

Déposée en mai 2011 par la sénatrice Muguette Dini, la proposition de loi autorisant à titre expérimental l'ouverture de maisons de naissance sur le territoire français a pris effet le 6 décembre 2013.

Les maisons de naissance sont des structures où les sages-femmes réaliseront l'accompagnement global de leurs patientes : suivi de grossesse, accouchement, suites de couches. Elles associent une femme à une sage-femme.

Les femmes pouvant y être admises y seront au préalable sélectionnées et ne devront présenter ni pathologie ni risque avéré. Disposant d'un équipement médical, les maisons de naissance seront attenantes à une maternité afin de permettre un transfert immédiat en cas de situation d'urgence.

L'objectif visé est de répondre à une demande forte et récurrente de femmes et d'associations en offrant une prise en charge moins technicisée de la grossesse et de l'accouchement.

Les maisons de naissance existent aujourd'hui dans de nombreux pays (Allemagne, Royaume-Uni, Belgique,



Suisse, Etats-Unis, Canada...). Ayant fait leurs preuves en termes de satisfaction des usagers, de sécurité et de coût, elles y occupent une place essentielle dans le système de prise en charge des accouchements physiologiques.

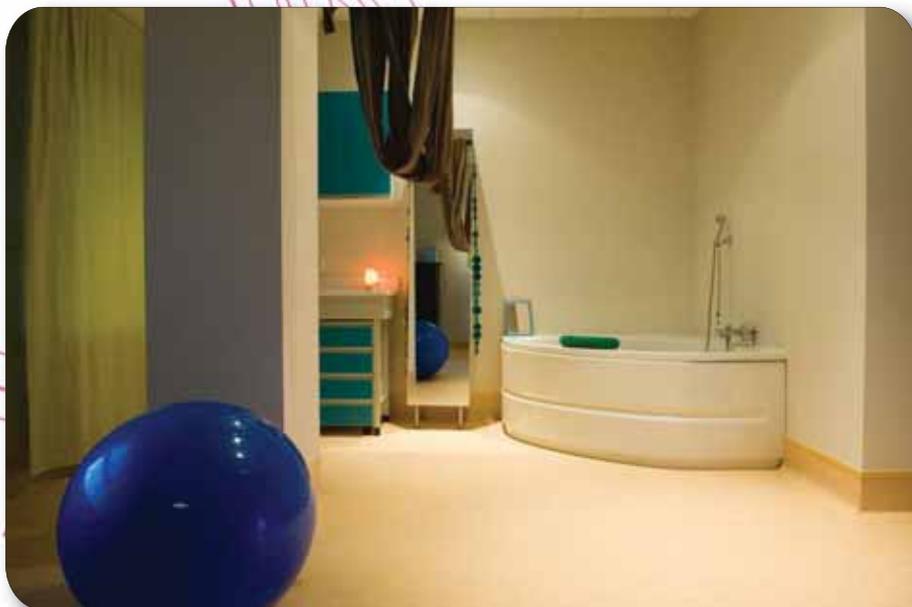
En Europe, c'est à Berlin qu'a été ouvert le premier « centre de naissance librement choisi » en 1987. Ce pays compte désormais 150 maisons de

naissance et, au vu des bénéfices apportés par ces structures, les frais y sont entièrement pris en charge depuis 1995.

Les maisons de naissance diversifieront l'offre de soins périnatale et répondront ainsi à la **demande croissante d'alternative**.

Ainsi, en 2010, l'UNAF (Union Nationale des Associations Familiales) a réalisé une enquête auprès de 952 femmes révélant notamment que 15 % d'entre elles estimaient que leur projet de naissance ou leur choix pour l'accouchement n'avait pas été respecté. 36 % des femmes ont déclaré n'avoir pas été libres de bouger ou de se positionner lors de l'accouchement. Enfin, 13 % des femmes interrogées ont jugé que le personnel n'était pas disponible ou à l'écoute.

Par ailleurs, le CIANE (Collectif inter-associatif autour de la naissance) a publié en 2012 une enquête sur ce même thème réalisée auprès de 5640 femmes ayant accouchés en milieu hospitalier. On observe que le pourcentage de femmes formulant des souhaits sur le déroulement de leur accouchement est en constante progression, passant de 36 % en 2007 à 57 % en 2011 et que parmi celles qui avaient des demandes précises, seules 63 % estiment que l'équipe a fait de



son mieux pour les respecter. Les souhaits exprimés concernent principalement la liberté de mouvement, un accompagnement personnalisé de la douleur et l'épisiotomie.

Les études internationales confirment également que pour une population à bas risque il n'est pas nécessaire de recommander un accouchement dans une maternité spécialisée et que l'accouchement en maison de naissance induit même une diminution des interventions, un taux plus élevé de voies basses spontanées ainsi que plus d'allaitement et de satisfaction maternelle. Les études anglo-saxonnes, telles que celle publiée en 1989 par le « National Birth Center Study » ou les travaux de l'université de Californie Irvine, insistent non seulement sur la sûreté de la structure mais également sur la grande satisfaction des femmes.

L'Université de Mc Gill à Montréal annonçait dès 1983 qu'une diminution réfléchie de la médicalisation améliore les suites de la grossesse en termes de morbidité à court terme.

Enfin, une étude publiée le 24 novembre 2011 dans le British Medical Journal conclut à la possibilité de proposer aux femmes ayant eu une grossesse à bas risque le choix du lieu de leur accouchement. Comparant les résultats périnataux et les interventions pendant le travail selon le lieu d'accouchement planifié à travers le réseau du National Health Service, ces travaux ont porté sur un total de 64 538 enfants nés à terme de femmes ayant eu une grossesse simple à bas risque. Il résulte de ces recherches que le taux d'incident pour les multipares ne souffre aucune différence significative selon leur lieu d'accouchement.



Découpée en 5 articles, la **proposition de loi** pose tout d'abord l'obligation de signature d'une convention avec une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique afin de renforcer la coopération entre les différents acteurs de la naissance pour un suivi adapté et sécurisé.

Elle autorise ensuite l'ouverture de ces structures dans les deux années qui suivront la promulgation du texte et pour cinq ans maximum suivant une liste fixée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale. Cette liste devra se conformer à un cahier des charges établi par la Haute Autorité de Santé.

Enfin, il est prévu que l'expérimentation, dont les conditions générales seront élaborées par décret en Conseil d'Etat, donnera lieu à l'établissement d'un rapport du Gouvernement au Parlement un an avant le terme de la dernière autorisation attribuée à une maison de naissance.

A l'heure où les sages-femmes se mobilisent pour bénéficier d'une juste reconnaissance, le vote de cette loi symbolise la confiance que le législateur accorde à leurs compétences.

Le Conseil national de l'Ordre milite depuis des années pour la mise en place de ces structures qui ouvriront la voie à une véritable consécration de l'autonomie des sages-femmes.

Cette première victoire ne peut cependant suffire à résoudre les dysfonctionnements de notre système périnatal et ne doit pas masquer les demandes à l'origine de la mobilisation actuelle des sages-femmes.

Historique :

1998 : Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé, annonce sa volonté de voir ouvrir des maisons de naissance.

2003 : le Ministre de la santé Jean-François Mattei mandate la « mission périnatalité » afin de faire des propositions susceptibles de répondre aux problématiques de la périnatalité. Celle-ci préconise l'évaluation de la mise en place des maisons de naissance.

2004 : Le Plan périnatalité 2005-2007 recommande l'expérimentation de maisons de naissance attenantes à des plateaux techniques.

2005 : Un groupe de travail se constitue à la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins) afin de définir un cahier des charges pour l'expérimentation des maisons de naissance, mais ne parviendra pas à un accord. Cette expérimentation n'a pu se faire, faute d'un décret qui devait en définir les conditions avant le 25 avril 2010.

2010 : Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, un article prévoyant l'expérimentation des maisons de naissance est adopté par le Parlement puis censuré par le Conseil constitutionnel comme "cavalier législatif", c'est-à-dire n'ayant pas sa place dans cette loi.

Le 24 mai 2011, Muguette Dini, Sénatrice du Rhône dépose une proposition de loi visant à expérimenter les maisons de naissance. Cécile Dumoulin et Anny Poursinoff en font de même à l'Assemblée nationale.

Septembre 2011 : Dans son rapport annuel d'évaluation des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes recommande l'expérimentation des maisons de naissance.

2012 : Le Collège national des Gynécologues et des Obstétriciens Français se positionne en faveur de l'expérimentation des maisons de naissance.

13 juin 2013 : Adoption de la proposition de loi au Sénat.

28 novembre 2013 : Adoption de la proposition de loi à l'Assemblée nationale

6 décembre 2013 : Publication au journal officiel de la loi n° 2013-1118 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance.

LUCAS PISANI

AMREF : en 2014 la mobilisation pour les mamans africaines continue !

La campagne Stand Up for African Mothers poursuit son objectif qui consiste à former 15 000 sages-femmes africaines d'ici 2015, pour contribuer à réduire la mortalité maternelle de 25 % en Afrique Subsaharienne.

La mobilisation des sages-femmes française en 2013 a été un véritable succès avec plus de 25 000 euros collectés et des milliers de mamans sensibilisées dans toute la France !

C'est avec une motivation et une imagination incroyable que 62 conseils départementaux et écoles de sages-femmes se sont mobilisés en 2013. Sensibilisation dans les maternités, course de poussettes ou encore Mojo des sages-femmes, dont l'engagement a permis d'attirer l'attention sur la campagne Stand Up for African Mothers et ainsi, sensibiliser à grande échelle.

Grâce à votre soutien, depuis 2011, 5 000 sages-femmes et assimilées ont pu entrer en formation dans 6 pays africains. A partir de janvier 2014, l'AMREF ouvre un programme de formation en Afrique francophone avec l'inauguration de la première promotion de sages-femmes au Sénégal.

Comme l'année dernière, la mobilisation 2014 se déroulera au printemps et sera appuyée par un kit de mobilisation semblable à celui de 2013.

Le concours lancé pour récompenser la mobilisation la plus originale ainsi que les collectes les plus importantes sera également renouvelé cette année.

Le kit de mobilisation est de retour en 2014

Il contient l'ensemble des outils nécessaires à votre mobilisation (T-shirts, bracelets, flyers, affiches, clés USB...) et vous accompagne dans la mise en œuvre des actions que vous menez.

Jeu-Concours :

En 2013, avec la collecte la plus importante, les sages-femmes du Nord ont remporté le 1^{er} prix du concours et gagné un voyage terrain au Sénégal, accompagné des ambassadrices, pour assister à l'inauguration de la première classe de formation du pays. Le Jura a organisé la plus grosse collecte Web, récompensée par une statuette, symbole de la campagne et signée par les ambassadrices. Le Nord-Pas-de-Calais a reçu le prix de la collecte la plus originale avec leur Mojo des sages-femmes et se sont vues attribuer deux places pour la soirée de gala et un déjeuner avec Esther Madudu.

Sandrine Brame, sage-femme référente du Nord-Pas-de-Calais, raconte que le principal challenge de la campagne de collecte a été de « mobiliser un département avec peu de moyen » et explique son engagement par la solidarité qui existe dans la profession à travers le monde, « en étant sage-femme, la campagne de formation en Afrique fait directement écho à notre profession ».

Lors du gala, « Esther a fait un discours plein de charisme et d'humour, réussissant à nous faire partager les conditions difficiles dans lesquelles elle exerce au quotidien son métier de sage-

femme », relate Sandrine qui l'a rencontrée le lendemain pour un déjeuner et a été impressionnée par « sa motivation pour la profession, malgré ses conditions de travail et son rôle de symbole de la campagne, des missions très importantes pour elles ».

Esther à Paris

Esther Madudu, la sage-femme ougandaise candidate au Prix Nobel de la Paix 2015 au nom de toutes les sages-femmes africaines, était en visite à Paris le 25 novembre dernier. Elle a profité de cette journée pour rencontrer Valérie Trierweiler, participer au gala de charité Stand Up et rencontrer des étudiantes et des sages-femmes confirmées autour d'un déjeuner.

Rappelons que la campagne Stand Up for African Mothers lancée par l'AMREF est dédiée depuis 2011 à la formation de sages-femmes en Afrique Subsaharienne. En partenariat avec le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF), l'International Confederation of Midwives ICM, l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF), les agences onusiennes, des fondations dont la Fondation Sanofi Espoir, des partenaires privés et des personnalités dont Madame Mandela, marraine internationale



de la campagne, et les ambassadrices (Zazie, Aïssa Maïga, Shirley Souagnon, Caterina Murino, Laura Flessel), l'AMREF appelle à la mobilisation en faveur des femmes africaines.

En Afrique, 1 femme meurt toutes les deux minutes en donnant la vie. Pour changer cela, en 2014 nous comptons une nouvelle fois sur vous pour mobiliser le plus grand nombre !

**Vous souhaitez participer ?
Suivez le guide :**

Pour réaliser de petites ou grandes actions pour soutenir les

mamans ainsi que vos consœurs en Afrique nous vous proposons de désigner un référent volontaire par département, qui aura pour rôle de coordonner les actions de son département en lien avec l'AMREF, le CNOSF et l'ANESF.

Si vous souhaitez devenir référent, contactez sans tarder votre conseil départemental et/ou l'AMREF : 01 71 19 75 36 ; e.pietrucci@amref.fr

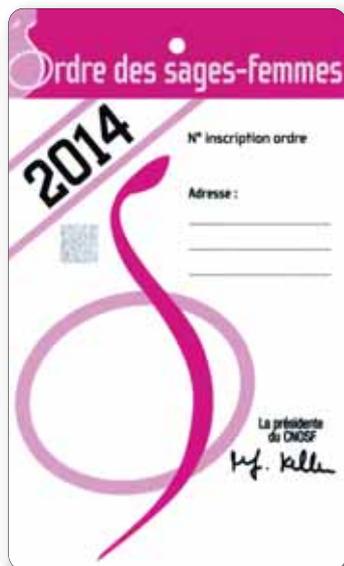
Merci,

L'ÉQUIPE DE L'AMREF
AVEC LE CNOSF ET L'ANESF



Pascal Canfin remet l'Ordre National du Mérite à Esther Madudu en reconnaissance de l'engagement exceptionnel des sages-femmes africaines.

La cotisation ordinale 2014



celle-ci s'élève à 71 €. Les sages-femmes inscrites au tableau, sans activité et âgées de 70 ans et plus, sont exonérées de la cotisation. La situation des intéressé(e)s est constatée au 1^{er} janvier 2014.

Conseil départemental concerné par le paiement :

Toute sage-femme inscrite à l'Ordre doit verser sa cotisation 2014 auprès du conseil départemental où elle est inscrite à la date du 1^{er} janvier 2014.

Date d'exigibilité :

Conformément à l'article L. 4122-2 du code de la santé publique et au règlement de trésorerie du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, la cotisation est exigible au 1^{er} janvier

2014 et doit être réglée au plus tard le 31 mars 2014.

Répartition :

La cotisation est répartie comme suit : 88 € pour le Conseil national dont 1 € pour la chambre disciplinaire nationale ; 44 € pour les conseils départementaux ; 10 € pour les conseils interrégionaux dont 5 € pour la chambre disciplinaire de première instance.

Caducée et timbre 2014 :

Le paiement de la cotisation ordinale annuelle ainsi que de tout arriéré de cotisations conditionnent la délivrance du caducée et du timbre à coller sur votre carte d'identité professionnelle.

ANNE-MARIE CURAT

La cotisation :

Le montant de la cotisation ordinale 2014 a été fixé à 142 €.

Conformément à l'article L. 4122-2 du code de la santé publique, cette cotisation est obligatoire.

Toute sage-femme inscrite à l'Ordre doit être à jour de sa cotisation.

Par ailleurs, pour les sages-femmes titulaires d'une pension de retraite âgées de moins de 70 ans, n'exerçant plus la profession de sage-femme et qui souhaitent néanmoins rester inscrites au tableau de l'Ordre, il est exigé le paiement d'une demi-cotisation. Pour l'année 2014,

Sage-femme ou maïeuticien ?

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a été interrogé sur la légitimité du terme « maïeuticien », que certains membres de la profession utilisent pour se présenter.

Tout d'abord, ce mot n'existe pas dans le dictionnaire et, en conséquence, est inapproprié pour définir la profession de sage-femme.

Surtout, l'article L.4111-5 du code de la santé publique énonce que la personne exerçant la profession de sage-femme, titulaire de ce diplôme, doit porter le titre professionnel de sage-femme. Le non respect de cette obligation pouvant entraîner des sanctions pénales et, ce, en application de l'article L. 4162-1 de ce même code.

Aussi, le seul terme approprié pour se présenter est bien sage-femme.

Modifications apportées à la liste des titres de formation et fonctions autorisés par le Conseil national

(Modifications apportées lors de la réunion du Conseil national du 26 novembre 2013)

| MENTIONS AUTORISEES | INTITULE du DIPLOME | | UNIVERSITES | INTER UNIVERSITES |
|---------------------|---|-----|---|---|
| Addictologie | Addictologie | DU | UNIVERSITE DE CAEN UFR de Médecine – Campus 5, CHU Avenue de la Côte de Nacre 14032 CAEN Cedex 05 Tél. : 02 31 06 82 01 | |
| Pédiatrie | Pédiatrie en Maternité | DU | Université PARIS-SUD 11 UFR Pharmacie-Formation continue 5, rue Jean-Baptiste Clément 92296 CHÂTENAY-MALABRY CEDEX Tél. : 01 46 83 56 49 - Fax : 01 46 83 54 54 | |
| Sexologie | Sexualité Humaine | DIU | UNIVERSITE DE LORRAINE-METZ Délivré par l'Université de Lyon UFR Sciences Humaines et Arts Iles du Saulcy 57006 METZ Cedex 1 | Montpellier-Nîmes, Marseille, Lyon, Paris XIII, Paris V, Nantes, Rennes, Angers, Brest, Caen, Poitiers, Tours, Toulouse, Bordeaux, Lille, Amiens, Clermont-Ferrand. |
| Psycho-périnatalité | Psychiatrie Périnatalité | DU | FACULTE DE MEDECINE DE NANCY Faculté de pharmacie de Marseille Service de Nutrition et de diététique 27 boulevard Jean Moulin 13385 MARSEILLE Cedex 5 03 83 15 45 53 | |
| Psycho-périnatalité | Psychologie et psychiatrie périnatale | DIU | UNIVERSITE DE CAEN, ROUEN, RENNES Tél. : 02 23 23 39 50 2, avenue du Professeur Léon Bernard 35043 Rennes Cedex DIU dispensé à RENNES 4, rue Kleber – 35000 RENNES 02 99 31 92 77 | Caen, Rouen, Rennes |
| Médecine Fœtale | Médecine Fœtale et diagnostic prénatale | DIU | PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE Secrétariat du DIU de « médecine fœtale » Service de gynécologie Obstétrique « Les Cordeliers » 15, rue de l'école de médecine Esc. H – RDC 75006 Paris 01 44 27 45 76/82 ou 94 Email : scolmed3@upmc.fr | Paris IV, Paris XI |
| Nutrition | Nutrition et diététique | DU | Université d'Auvergne 49 Boulevard François Mitterrand 63000 CLERMONT-FERRAND 04 73 17 79 79 | |
| Homéopathie | Homéopathie | DU | UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE GUYANE Fouillole – BP 250 97157 POINTE A PITRE Tél : +590 5 90 48 30 30 | |
| Gynécologie | Gynécologie Médicale | DU | UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE GUYANE Fouillole – BP 250 97157 POINTE A PITRE Tél : +590 5 90 48 30 30 | |

Congrès mondial sur les ressources humaines en santé - Recife (Brésil)

Le CNOSEF a été invité à faire partie de la délégation française du Ministère des affaires étrangères au Congrès mondial sur les ressources humaines en santé qui s'est tenu à Recife au Brésil du 10 au 13 novembre 2013. Les délégations nationales des pays participants avaient pour objectif de s'accorder sur une liste d'engagements politiques visant à établir une couverture universelle en santé et à améliorer l'offre de soin pour les femmes, les mères et les enfants. Dans ce contexte, le sujet de la formation des sages-femmes dans le monde a été débattu à maintes reprises.

Mme Anne-Marie Curat, élue et trésorière du CNOSEF, était invitée à parler à une table ronde qui traitait de l'influence que peuvent avoir les professions sur les politiques. Aux côtés de Mme Curat se trouvaient Frances Day Stirk, Présidente de l'ICM (International Confederation of Midwives), Manuel Ferreira Teixeira, le ministre d'état Portugais pour la santé, Ellen Mkondya Senkoro de la fondation Tanzanienne "Mkapa" et Shiv Mathur de l'association d'Asie-Pacifique pour les ressources humaines de santé.

L'intervention de Mme Curat fut très bien accueillie. Son approche en tant que représentante d'une autorité compétente professionnelle (CNOSEF) a apporté une dimension supplémentaire à la discussion et a souligné le rôle qu'une autorité compétente peut avoir sur les prises de décisions politiques concernant une profession. Elle a notamment expliqué comment notre profession a répondu à un problème d'inégalité d'offre de soins concernant la gynécologie suite à une baisse démographique des gynécologues, par une demande d'extension des compétences au suivi gynécologique en 2009. Mme Curat a aussi expliqué le rôle de relais que joue le CNOSEF par rapport aux usagers, par exemple pour les maisons de naissance. Ce sont les femmes et les familles qui demandent cette alternative comme nouveau choix de lieu de naissances, et nous portons cette demande au niveau politique.

Mme Curat a eu l'occasion de s'adresser aux membres du réseau des sages-femmes francophones ; réseau d'entre-

aide majoritairement africain dont le but est de soutenir le développement de la profession dans les pays sub-sahariens.

A l'issue de ce Congrès, suite à de longues discussions et après avoir recueilli les annonces des nouveaux engagements des Etats-membres, les délégations nationales présentes ont adopté une déclaration politique commune en matière de ressources humaines en santé. Celle-ci sera reprise dans l'agenda du développement pour 2015.

ANNE-MARIE CURAT ET DAVID HUBERT



Rapport de l'OCDE sur les indicateurs de santé

En cette fin d'année l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a publié un rapport comparatif sur les indicateurs de santé dans ses 34 pays membres. Selon l'étude "Panorama Santé 2013" la France doit poursuivre ses efforts pour prévenir les maladies et accroître l'efficacité de son système de santé. La France a un système de santé qui se compare toujours avantageusement à la plupart des autres pays de l'OCDE, mais elle doit toutefois faire plus d'efforts dans la prévention.

Le Panorama de la santé 2013 montre que les dépenses de santé représentaient 11,6% du PIB en France en 2011, le niveau le plus élevé parmi les pays de

l'OCDE après les États-Unis (17,7%) et les Pays-Bas (11,9%). Le rapport montre aussi que la France reste toujours un « mauvais élève » concernant la part des médicaments génériques dans la consommation totale de médicaments. Même si cette part a augmenté au cours des dernières années, l'OCDE estime que l'utilisation des génériques est encore trop timide en France.

A propos de notre profession, le rapport indique qu'il y a en France 58,1 sages-femmes pour 100 000 femmes contre 99,3 en Grande-Bretagne et 5,7 au Canada. La moyenne pour tous les pays est de 69,9/100 000. La France se situe en-dessous de la moyenne en ce qui

concerne le taux d'accouchement par césarienne, à 20% contre 37,7% en Italie.

D'autres données intéressantes révèlent que la mortalité infantile en France se situe à 3,5/1 000 contre une moyenne de 4,1/1 000, le meilleur élève étant l'Islande avec 1,6 décès pour 1 000 naissances vivantes. En ce qui concerne le pourcentage des nourrissons de faible poids (< 2,5 kg), la France se situe exactement à la moyenne de l'OCDE avec 6,8%.

Cette étude est disponible dans la bibliothèque en ligne de l'OCDE à <http://www.oecd-ilibrary.org/>.

MARIANNE BENOIT TRUONG CANH ET DAVID HUBERT



Adoption de la Directive 2005/36 sur les qualifications

La nouvelle version de la directive européenne 2005/36/EC sur les qualifications a été adoptée par le parlement Européen et le Conseil des Ministres Européen. Cette directive qui établit le régime de reconnaissance des qualifications en Europe datait de 2007. A la suite de cette adoption, les états membres de l'Union ont deux ans pour transposer les changements dans leur législation nationale.

Depuis 2009, nous avons activement participé à l'exercice d'amélioration de cette loi afin de mieux protéger les usagers et garantir la qualité de la formation des sages-femmes en Europe. Pour rappel, grâce aux campagnes que le CNOSF a menées avec ses homologues européens, nous avons obtenu, entre autre, un renforcement du niveau de formation minimum, un système de vérification des antécédents des migrantes plus robuste et

l'obligation pour tous les états membres d'offrir des systèmes de formation continue.

On peut par ailleurs noter plusieurs amendements touchant la profession de sage-femme :

- La pharmacologie a été ajoutée dans l'article de la directive ayant trait aux connaissances minimum requises pour les sages-femmes formées en Europe.
- La durée de la formation a été amenée à 4600 heures dont un tiers en formation clinique. Ce nombre d'heures est symboliquement important car il est égal au nombre d'heures de formation des infirmières alors qu'initialement, il devait être inférieur pour les sages-femmes.
- La durée d'enseignement général avant d'accéder à la formation de sage-femme sera de 12 ans minimum contre 10 ans auparavant.

Ces 12 ans correspondent à un niveau permettant un accès universitaire.

Si ces avancées ne concernent pas directement les sages-femmes françaises, elles permettent toutefois d'améliorer l'enseignement général de nos consœurs européennes, lesquelles bénéficient d'une reconnaissance automatique de leur diplôme lorsqu'elles s'installent en France.

Le CNOSF va maintenant entreprendre le travail de transposition avec le gouvernement français. Notre contribution est très importante car il s'agit de s'assurer que la transposition du nouveau texte dans la loi française ne donne pas lieu à des erreurs d'interprétation qui puissent porter tort aux sages-femmes, aux mères et aux nouveau-nés.

MARIANNE BENOIT TRUONG CANH
ET DAVID HUBERT

Communication de l'Association Européenne des Sages-Femmes (EMA)

Lors de la réunion de l'Association Européenne des Sages-Femmes (EMA) à Maastricht les 29 et 30 novembre, les participantes ont publié une déclaration commune visant les pouvoirs publics.

"Les sages-femmes sont les professionnelles les plus appropriées pour les femmes enceintes. Elles contribuent à l'amélioration de la

santé des femmes et de leurs familles et permettent d'assurer la normalité du processus de la naissance."

EMA soutient que cette affirmation est prouvée par des recherches scientifiques relatives à la continuité des soins offerts par les sages-femmes. Au cours de la conférence, une profonde préoccupation a été

exprimée sur l'orientation du débat politique en Europe au sujet du statut des sages-femmes. Ce débat n'est donc pas limité à la France et cela démontre l'importance de collaborer avec nos collègues européennes.

MARIANNE BENOIT TRUONG CANH
ET DAVID HUBERT

L'AP-HP crée une bourse de recherche pour les sages-femmes

En 2013, pour la première fois, l'AP-HP a lancé un appel à candidatures auprès de sages-femmes de l'AP-HP titulaires d'un master 2 souhaitant effectuer un doctorat.

Cette bourse inédite reflète l'évolution actuelle de la profession et préfigure sans doute la typologie future de la profession, qui sera notamment composée d'un certain nombre de sages-femmes orientées vers la recherche.

Elle offre par ailleurs un soutien concret à celles et ceux qui ont déjà choisi d'investir ce champ, car les établissements dont ils sont titulaires peuvent continuer à assurer leur rémunération grâce à une aide financière annuelle leur permettant de remplacer les lauréats.

L'appel à candidatures pour l'année 2014 est disponible sur le lien suivant : <http://rechercheclinique.aphp.fr/Appels-a-candidatures-internes-.html?rubrique> (Date limite de soumission du dossier de candidature : 31 mars 2014).

Trois questions au Professeur Gérard Bréart, Professeur de santé publique à l'université Pierre et Marie Curie et Président du jury en 2013 pour l'offre de formation doctorat de l'AP-HP destinés aux sages-femmes.

Pourquoi l'AP-HP a-t-elle développé une telle bourse ?

L'AP-HP, dans une démarche de valorisation de tous les talents, avait créé une bourse de recherche pour les infirmiers, qui a ensuite été déclinée pour les sages-femmes. Il semble important à cette institution de soutenir tous les parcours recherche, quelle que soit la discipline des professionnels concernés.

La recherche en maïeutique, comme dans tous les domaines, représente une des conditions essentielles pour l'amélioration de la qualité des soins. On constate que dans les unités où est développée la recherche, les professionnels de santé ont une approche différente : ils sont plus en capacité de questionner la prise en charge ou encore de définir les protocoles.

Estimez-vous que la recherche contribuera à la valorisation des sages-femmes ?

La place des sages-femmes évolue et la recherche y participera car elle permet de changer le regard des sages-femmes sur leur propre profession mais aussi le regard des autres professionnels de santé. La recherche favorise en effet l'interdisciplinarité et participera donc à une meilleure connaissance de la profession de sage-femme. On peut déjà constater que les sages-femmes lauréats de cette bourse de l'AP-HP contribuent déjà, en participant à différents événements, à faire évoluer le regard porté sur leur profession.

D'autres outils doivent-ils être développés pour favoriser la recherche ?

Il est certain qu'un soutien institutionnel, tel qu'il est développé à l'AP-HP, est très significatif mais il reste encore rare. C'est pourquoi il ne faut pas négliger les autres entités qui peuvent aussi pourvoir des bourses afin que celles-ci s'impliquent davantage pour les sages-femmes.

PROPOS RECUEILLIS
PAR CLAIRE AKOUKA

Témoignage de Yann Sellier, un des deux co-lauréats de la première bourse de recherche en maïeutique



J'ai d'abord travaillé en tant que technicien de laboratoire avant de suivre un cursus de sage-femme à l'école de Bourg-en-Bresse, tout en faisant un master 1 de biologie humaine. Une fois diplômé, j'ai ensuite obtenu un master 2 « Ingénierie pour la santé et le médicament ».

Actuellement en thèse de biologie, au laboratoire de virologie de l'hôpital universitaire Necker enfants malades, j'exerce également à mi-temps dans la même structure. Dans le cadre de ma thèse, je travaille sur les déterminants qui associent la transmission materno-foetale à la sévérité de l'infection congénitale à cytomégalovirus avec le Pr Ville et le Dr Leruez-Ville.

A mes yeux, la bourse doctorale de l'AP-HP représente une reconnaissance officielle par cette institution de notre profession mais aussi de la possibilité pour nous d'effectuer un 3^e cycle. Il s'agit également d'un soutien concret puisqu'elle me permet de cumuler recherche et pratique clinique, ce qui est aujourd'hui complexe en tant que sage-femme.

La recherche, avec ou sans doctorat, représente pour moi un domaine passionnant et essentiel que nous devons investir. Nous comptons dès à présent dans nos rangs des sages-femmes épidémiologistes ou sociologues et nous en verrons bientôt émerger d'autres, qui seront par exemple biologistes dans le domaine génésique ou périnatal : en effet, en biologie, certaines de nos consœurs travaillent actuellement sur l'immunologie ou encore sur les cellules-souches. Un nouveau monde, je l'espère, s'ouvre à nous.

Toutefois, je considère que les sages-femmes « praticiennes » représentent l'essentiel de notre profession et ce sont elles qui font l'une des forces de celle-ci. La recherche ne remplacera jamais le terrain. C'est un « plus » pour nous et peut-être un nouveau mode d'exercice qui se dessine. Tout le monde ne fera pas de la recherche mais quelle que soit l'activité que nous choisirons – recherche, clinique ou les deux – nous resterons tous des sages-femmes.

A l'heure où l'avenir ne semble pas « rose » pour l'emploi des futures professionnelles, mettons de nouvelles couleurs pour investir d'autres domaines tels que le libéral, les maisons de naissance, mais aussi la recherche...

Notre richesse vient de notre diversité. A nous d'en tirer parti pour le « plus beau métier du monde ».

Promotion de la recherche : les lauréates du Prix de maïeutique 2013

Depuis 2012, la Fondation Mustela, en collaboration avec le Collège National des Sages-Femmes, soutient l'élaboration et la réalisation de projets de recherche en maïeutique pour améliorer la santé périnatale, par l'attribution de 2 bourses d'un montant total de 10 000 euros. Cette année 2 nouveaux projets de recherche initiés par des sages-femmes sont primés par un comité scientifique ad'hoc. Découvrez les lauréates.

Douleurs et représentations de la mise au monde Maud ARNAL (5 000 €)

Actuellement étudiante en sociologie de la santé à l'École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Maud ARNAL est sage-femme à la maternité des Lilas, en Seine-Saint-Denis. Elle reçoit une bourse de la Fondation Mustela pour son projet de recherche de Master 2 intitulé « *Des douleurs de la mise au monde aux "doux leurres" des représentations* ».



À la fois qualitative et quantitative, la recherche de Maud ARNAL répond à trois objectifs principaux : analyser les représentations de la douleur des parturientes ; mettre en évidence une relation entre ces

représentations et leur consentement au type de prise en charge ; définir les enjeux liés au contrôle de la douleur en obstétrique. Et elle cherche à répondre à une question centrale : quelle est la place du choix des femmes dans la gestion des douleurs de la mise au monde, au regard des techniques proposées par les sages-femmes ?

Ce projet naît d'un constat : 80 % des parturientes françaises ont recours à une péridurale, contre 12 % en Angleterre ! Centrale en maïeutique, la gestion de la douleur est pourtant absente des débats politique et public.

Maud ARNAL souhaite donc éclairer d'un jour nouveau les pratiques d'accompagnement des sages-femmes et contribuer ainsi à la réflexion sur l'adéquation – ou non – des pratiques obstétricales actuelles. Elle s'appuiera sur son expérience aux Lilas, puisque cette maternité jouit d'une réputation de prise en charge alternative de l'accouchement (massage, respiration, chant, acupuncture, sophrologie, bains, hospitalisation non systématique des femmes dont la poche des eaux est rompue prématurément...).

Au-delà, cette recherche permettra d'affiner les recommandations en physiologie obstétricale et d'améliorer la santé périnatale. Un sujet d'une grande actualité, puisque les restructurations hospitalières dictées par les impératifs budgétaires tendent à médicaliser et à uniformiser les pratiques professionnelles.

Deuxième stade du travail, pratiques obstétricales Chloé BARASINSKI (5 000 €)

Sage-femme au CHU de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), Chloé BARASINSKI partage son temps entre l'activité clinique et la recherche. Elle consacre sa thèse de doctorat aux « *pratiques obstétricales durant le deuxième stade du*

travail » dans le cadre de l'équipe de recherche en périnatalité PEPRADE, à l'université d'Auvergne. Elle reçoit une bourse de 5 000 € de la Fondation Mustela.



Il s'agit, d'une part, de décrire les pratiques maïeutiques physiologiques en France et d'évaluer si elles varient selon le type d'établissement, la région, la taille des maternités et l'ancienneté des sages-femmes. Et il s'agit, d'autre part, de mesurer l'efficacité de la glotte ouverte versus celle à glotte fermée, afin de définir laquelle des deux est associée à une moindre morbidité maternelle et néonatale, c'est-à-dire la pertinence de la position allongée (qui ne s'est véritablement généralisée qu'au début du XX^e siècle) plutôt que verticale et mobile.

Chloé BARASINSKI s'appuie sur plusieurs travaux de recherche antérieurs : son Master 2 sur la réduction de la morbi-mortalité liée aux hémorragies du post-partum, au sein du réseau de santé périnatale de la région Auvergne, ainsi qu'une évaluation des pratiques professionnelles sur le suivi de grossesse au CHU de Clermont-Ferrand.

CHANTAL LARCADE,
DIRECTRICE COMMUNICATION, MECENAT
ET RSE DE LA FONDATION MUSTELA

Qui est la sage-femme ?

L'association «Je suis la sage-femme», organise, les vendredi 11 et samedi 12 avril 2014, à l'ASIEM, 6 rue Albert de Lapparent, Paris 75007, un colloque sur le thème : «Qui est la sage-femme?». Les manifestations et mouvements de grève que connaît notre profession depuis l'automne dernier ont mis en avant son désir de reconnaissance et de visibilité, notamment une revendication du statut de praticien hospitalier – que les syndicats n'étaient guère enclins à soutenir. Ce colloque mettra l'accent sur la question de l'identité de la sage-femme. Ses compétences ont été déterminées par l'Autre, Médecine, Église, État... Mais la sage-femme a toujours eu une immense difficulté à se penser, à se situer dans le monde et dire sa place. Elle sait cependant au fond d'elle-même que sa place, sa fonction, son lieu ne sont pas réductibles à une délimitation qui vient d'ailleurs. Son objet est vivant, en mouvement comme la vie même, et il est indissociablement double : le fœtus qui devient enfant, la femme qui devient mère. Sa difficulté à parler est liée à un certain silence, au secret, au mystère auxquels la sage-femme voue son Art, lié au pre-

mier cri, au commencement, à la première nomination. Sa place est entre deux mondes, dont l'un, utérin est indicible. Tout le monde veut aujourd'hui le faire parler : «compétences et désirs du fœtus», imagerie bavarde, diagnostic prénatal, mais la sage-femme en protège le secret, comme celui de l'intimité du corps de la femme, qu'elle transgresse mais dans un rituel particulier. Son silence est aussi celui de celle qui sait qu'elle doit disparaître, après avoir été médiatrice.

Nous questionnerons des chercheurs en sciences humaines et non des médecins philosophes, psychanalystes, sociologues, historiens. Le colloque est ouvert à tous ceux qui s'interrogent sur la sage-femme et sa représentation.

Ce colloque qui sera ouvert par Najat Vallaud-Belkacem, Ministre du Droit des Femmes, réunira notamment Nathalie Sage-Pranchère, historienne, les philosophes Dominique Folscheid, Éric Fiat, Guy Coq, et Serge Monnier également



théologien, Geneviève Delaisi de Perceval, psychanalyste, Dominique Memmi, sociologue, Michel Naiditch, chercheur en santé publique, Antoinette Fouque fondatrice du MLF et des «éditions des femmes», les sages-femmes Pauline Higgins, Benoît Legoelec et Hélène de Gunzbourg, présidente de l'association. Marie-Josée Keller, sage-femme et présidente du

Conseil National des Sages-femmes, donnera la conclusion du colloque.

Informations/réservations : www.jesuissilasagefemme.com

Adresse mail : contact@jesuissilasagefemme.com

Possibilité de prise en charge par la Formation Professionnelle Continue grâce au numéro de convention de l'ANFIC : 11 7547119 75

HELENE DE GUNZBOURG

Signature d'un nouvel avenant à la convention nationale des sages-femmes libérales

Un avenant n°2 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'Assurance maladie a été signé le 6 décembre 2013.

Cet accord a été conclu par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les deux syndicats représentatifs de la profession : l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (ONSSF) et l'Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF). Il s'accompagne d'un protocole d'accord sur la télétransmission des ordonnances dématérialisées.

Il comporte un volet conventionnel permettant d'étendre la participation des CPAM aux cotisations d'Assurance maladie dont sont redevables les sages-femmes libérales au titre de leur activité. Il s'agit, en l'occurrence, d'étendre cette participation aux revenus tirés de leur activité non salariée dans les établissements de santé dont le financement inclut la rémunération des sages-femmes libérales. Pour les sages-femmes, il s'agit essentiellement des services d'hospitalisation à domicile (HAD). Cette disposition

devrait s'appliquer "à compter des revenus perçus au titre de l'année 2013", est-il précisé.

L'accord apporte par ailleurs des précisions quant aux sanctions applicables du fait d'un manquement à l'obligation de télétransmission électronique des feuilles de soins. Ainsi, en cas de "non-respect systématique" de cette obligation, la sage-femme recevra un avertissement lui donnant trois mois pour modifier sa pratique. A défaut, elle pourra se voir infliger une suspension de trois mois de la participation des caisses aux avantages sociaux. Cette durée pourra être portée à six mois si "ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif".

Il prévoit également, à l'instar d'autres professions, d'engager les sages-femmes libérales conventionnées dans un processus de dématérialisation des ordonnances quand les actes qu'elles réalisent sont prescrits par un autre praticien. Intitulée "SCOR", cette expérimentation prévoit de remplacer l'envoi

du duplicata de l'ordonnance papier par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur électronique dédié. Devant commencer au second semestre 2014, il est prévu un financement par l'Assurance maladie à hauteur de 300 euros par professionnelle participant à l'expérimentation, sur toute sa durée. Si, par la suite, "SCOR" est généralisée, chaque sage-femme utilisatrice recevra une aide financière annuelle forfaitaire de 90 euros.

Par ailleurs, l'accord supprime la possibilité d'un conventionnement dérogatoire dans une zone "surdotée" pour certaines sages-femmes exerçant à temps partiel, qui avait été instauré par l'avenant n°1.

Enfin, à la demande des organisations professionnelles, il a été convenu de mettre en place, dès janvier 2014, un groupe de travail portant sur les modalités de mise en œuvre de la CCAM pour les actes à compétences partagées entre les médecins et les sages-femmes et sur la création dans la CCAM des actes spécifiques aux sages-femmes.

ALAIN BISSONNIER

Parution des textes réglementaires d'application de la loi de bioéthique sur le diagnostic prénatal

Le décret⁽¹⁾ d'application relatif aux dispositions de la loi de bioéthique du 7 juillet 2011 sur le diagnostic prénatal (DPN) et le diagnostic préimplantatoire (DPI) a été publié le 16 janvier dernier. Il est accompagné de trois arrêtés datés du 14 janvier 2014 fixant des modèles de documents d'information et de consentement pour les examens au cours de la grossesse ainsi que pour l'interruption volontaire de grossesse pour raison médicale, et la liste des examens de DPN.

La loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique a modifié les dispositions relatives aux diagnostics anténataux dans l'objectif de garantir une meilleure information et un meilleur accompagnement des femmes enceintes et des couples.

Se faisant, elle est venue préciser la définition du diagnostic prénatal, lequel continue de désigner « *les pratiques médicales, (...), ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité* ». La loi a néanmoins modifié la rédaction de l'article L.2131-1 du code de la santé publique afin d'englober désormais dans cette définition « *l'échographie obstétricale et fœtale* ». Le nouveau décret du 14 janvier 2014 définit ainsi l'échographie obstétricale et fœtale, et met à jour la liste des examens de biologie médicale et d'imagerie appartenant aux explorations pratiquées pendant la grossesse.

Le nouvel article R.2131-1-III issu de ce nouveau décret précise que l'échographie obstétricale et fœtale comprend, en fonction des indications et du contenu de l'examen :

« *1° L'échographie obstétricale et fœtale qui permet d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou la surveillance de la grossesse* »

« *2° L'échographie obstétricale et fœtale à visée diagnostique effectuée en raison d'un risque avéré d'anomalie fœtale, y compris l'échographie obstétricale et fœtale limitée à une partie de l'anatomie ou de la biométrie du fœtus et de ses annexes* »

L'intégration de l'échographie obstétricale et fœtale dans la définition du diagnostic prénatal ne conduit pas pour autant à soumettre les praticiens qui réalisent ces échographies à la procédure lourde d'agrément par l'Agence de la biomédecine. Cela dit, le nouveau décret précise que « *Les mesures échographiques dont les résultats sont combinés avec ceux des marqueurs sériques maternels pour évaluer le risque d'affection ne peuvent être réalisées que par les médecins et les sages-femmes bénéficiant de compétences particulières reconnues par des diplômes ou des garanties équivalentes, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé* » (nouvel article R.2131-2-1. - II du code de la santé publique).

La loi a également renforcé l'accompagnement et l'information de la femme enceinte tout au long des étapes du diagnostic prénatal de manière à assurer un service de qualité homogène sur l'ensemble du territoire. Le nouveau décret décrit plus précisément les modalités d'information et de consentement de la femme enceinte et précise la nature des règles de bonnes pratiques qui devront être établies.

L'article R.2131-2-I indique que, lors du premier examen médical ou, à défaut, au cours d'une autre consultation médicale, toute femme enceinte est informée par le médecin ou la sage-femme de la possibilité d'effectuer, à sa demande, un ou plusieurs des examens de biologie médicale ou d'imagerie permettant d'évaluer le risque pour l'embryon ou le fœtus

d'être atteint d'une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse.

Sauf opposition de la femme enceinte, celle-ci reçoit une information claire, adaptée à sa situation personnelle, qui porte sur les objectifs des examens, les résultats susceptibles d'être obtenus, leurs modalités, leurs éventuelles contraintes, risques, limites et leur caractère non obligatoire, est-il précisé.

Le médecin ou la sage-femme établit une attestation, cosignée par la femme enceinte, certifiant que les informations susvisées lui ont été fournies ou que celle-ci n'a pas souhaité recevoir de telles informations.

Lorsqu'elle demandera à bénéficier de ces examens, son consentement sera recueilli par écrit par le médecin ou la sage-femme. Concernant les examens échographiques, la femme enceinte donnera, avant la réalisation du 1^{er} examen, son consentement écrit pour l'ensemble des examens échographiques qui seront réalisés durant la grossesse. Le consentement sera révocable à tout moment selon les mêmes formes.

L'original de cette attestation et, le cas échéant, du consentement écrit sera conservé dans le dossier médical. Une copie de ce document et une copie de l'attestation seront remises à la femme enceinte et au praticien qui effectuera les examens.

Enfin, le décret complète la composition des équipes pluridisciplinaires qui se prononcent sur l'interruption de grossesse au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme.

ALAIN BISSONNIER

1. décret n°2014-32 du 14 janvier 2014

Les prescriptions dans l'Union Européenne

Afin d'harmoniser le droit des patients en matière de soins transfrontaliers mais aussi et surtout d'améliorer la reconnaissance des prescriptions médicales établies en Europe, le décret n° 2013-1216 du 23 décembre 2013 publié le 27 décembre 2013 au JO, relatif à la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre état membre de l'Union Européenne, modifie la liste des mentions à faire apparaître obligatoirement sur les ordonnances.

Ce décret, applicable depuis le 28 décembre 2013, introduit dans le droit français des dispositions de deux directives datant respectivement de 2011 et 2012 établissant des mesures visant à faciliter la reconnaissance des prescriptions médicales établies dans un autre Etat membre de l'Union européenne.

Se faisant, il modifie quelque peu les mentions obligatoires devant figurer sur l'ordonnance établie par un praticien.

Première nouveauté, outre les mentions habituelles, l'ordonnance doit désormais faire figurer les noms, prénoms, qualité et adresse professionnelle du praticien prescripteur à laquelle devra être adjointe la mention du pays « France ».

Les coordonnées téléphoniques précédées de l'indicatif international téléphonique (+ 33 pour la France) devront également faire leur apparition et, le cas échéant, l'adresse électronique du praticien.

En outre, l'âge du patient devra être remplacé par sa date de naissance complète.

Enfin, lorsque le prescripteur exclut la possibilité de la substitution, la mention "Non substituable" est portée de manière manuscrite sur l'ordonnance avant la dénomination de la spécialité prescrite, celle-ci étant désormais être complétée par un bref exposé des raisons qui la justifie.

Par ailleurs, dans l'hypothèse où le médicament est prescrit à la demande d'un patient en vue de les utiliser dans un autre Etat membre de l'UE, il convient dorénavant d'ajouter la dénomination commune du médicament prescrit, le nom de marque et, le cas échéant, le nom de fantaisie de la spécialité prescrite.

Parallèlement, le décret entérine le principe visant à reconnaître les prescriptions établies par des professionnels de santé établis hors de France au sein de l'UE, avec toutefois certains garde-fous.



Ainsi, lorsque la prescription comporte les mentions ci-dessus, les pharmaciens installés en France ne peuvent refuser de délivrer les médicaments, à l'exception des médicaments soumis à la réglementation des stupéfiants, prescrits dans un autre Etat membre de l'UE par un professionnel de santé légalement autorisé ou habilité à prescrire des médicaments dans cet Etat, que si l'intérêt de la santé du patient leur paraît l'exiger ou s'ils ont des doutes légitimes et justifiés quant à l'authenticité, au contenu ou à l'intelligibilité de la prescription, ou à la qualité du professionnel de santé qui l'a établie.

GUILLAUME DELECROIX

Retour précoce à domicile : fin de la prise en charge par l'HAD à partir du 1^{er} mars 2015

L'hospitalisation à domicile (HAD), structure de soins alternative à l'hospitalisation, permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux importants, appelés modes de prise en charge (MP), pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé.

Actuellement, les sages-femmes peuvent, dans le cadre de l'HAD, réaliser le suivi de la surveillance de grossesse à risque (MP n° 19), du retour précoce à domicile après accouchement (RPDA MP n° 20), du post-partum pathologique (MP n° 21) et de la prise en charge du nouveau-né à risque (MP n° 22). La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), dans la perspective de positionner l'HAD à sa juste place

dans la gradation des soins et de mieux structurer l'offre de soins sur le territoire national, a indiqué que le retour précoce à domicile après accouchement (MP 20) avait vocation à disparaître des modes de prise en charge autorisés dans le cadre de l'HAD, à la lumière des conclusions de la HAS (Haute autorité de santé) sur la sortie précoce de maternité formulées en juin 2011.

La circulaire DGOS/R4 n° 2013-398 du 4 décembre 2013 met en œuvre cette recommandation en ôtant de la liste de modes de prise en charge, dans le cadre de l'HAD, les retours précoces à domicile après accouchement physiologique, lorsque la mère et l'enfant sont en bonne santé.

A compter du 1^{er} mars 2015, seules les situations de l'ante et du post-partum pathologiques seront indiquées en HAD, même en cas de sortie précoce.

La disparition programmée du MP 20 "fait consensus auprès de toutes les parties impliquées" et anticipe une future recommandation de bonnes pratiques de la HAS, à paraître courant 2014, sur le thème "sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés" en s'articulant avec les différents aspects médicaux, d'efficience du système de santé et notamment l'extension récente du programme PRADO mis en place par l'Assurance Maladie.

GUILLAUME DELECROIX

MS Santé : le déploiement se poursuit

La messagerie sécurisée MS Santé entre dans une nouvelle phase de déploiement. En juin dernier, ce dispositif avait été lancé dans une version « bêta ».

En mars 2014, les sages-femmes seront sollicitées via email par l'ASIP Santé afin de créer cette boîte aux lettres gratuite, qui leur permettra d'adresser un courrier électronique sécurisé à un autre praticien au sujet d'un patient dont l'accord a été recueilli ou encore d'envoyer et de recevoir par email ses données personnelles (résultats d'analyses, comptes-rendus de consultation ou d'échographie...).

Pour celles et ceux qui n'auraient pas transmis leur adresse email à l'Ordre des sages-femmes, nous les invitons à le faire au plus vite afin de pouvoir être destinataire de ce message.

Dans le même temps, le plan d'accompagnement des établissements de santé pour le déploiement de MS Santé a débuté au mois de janvier. Un courrier a été envoyé à 3000 établissements les incitant à

désigner un ou plusieurs correspondants MS Santé.

Nous encourageons les sages-femmes à créer cette boîte email, qui deviendra rapidement un outil incontournable et qui devrait permettre, à terme, d'alimenter le Dossier Médical Personnel (DMP) et d'engager une prescription électronique.

MARIANNE BENOIT TRUONG CANH

Comment obtenir votre première adresse MS Santé ?

Rendez-vous sur le site www.mssante.fr, munissez-vous de votre Carte Professionnelle de Santé (CPS), d'un lecteur de carte correctement configuré et laissez-vous guider.



Une sage-femme à l'honneur

Le 11 octobre 2013, Chantal BIRMAN, sage-femme, a été élevée au grade d'Officier de la Légion d'Honneur. C'est la première fois qu'un membre de notre profession est honoré par une telle distinction.

Chantal BIRMAN est sage-femme libérale à Bagnolet, en Seine-Saint-Denis, et a précédemment exercé pendant 40 ans à la maternité des Lilas, dans le même département. Elle est par ailleurs vice-présidente du Conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes de Seine-Saint-Denis, membre de l'Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL), qu'elle représente au sein de

la Société Française de Maïeutique (SFMa) et membre de l'Association des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO). Si elle s'est toujours investie pour défendre et représenter sa profession, son parcours professionnel et personnel a également été marqué par un engagement infaillible en faveur du droit des femmes. Militante de la première heure au sein de l'Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception (ANCIC), elle est également membre du Réseau International Féministe pour l'Égalité (RIFE).

Lors de la cérémonie qui s'est tenue le 11 octobre, Chantal BIRMAN a com-



mencé par souligner que cette distinction honorait l'ensemble de la profession puis a rendu un émouvant hommage à ses consœurs, aux maternités respectueuses du choix des femmes – et notamment aux Lilas – ainsi qu'à tous ceux qui, dans une maternité, contribuent à son bon fonctionnement (personnel d'entretien, auxiliaires de puériculture, médecins). Elle a également rendu hommage aux militants en faveur du droit des femmes, a évoqué son expérience de libérale puis son engagement au sein des nombreuses instances professionnelles dont elle fait partie.

Nous souhaitons féliciter chaleureusement Chantal BIRMAN, une figure de la profession qui a contribué et contribue encore à sa défense et à son évolution.

Distinctions

Madame Nicole BOSSON, Présidente du conseil départemental de l'ordre des sages-femmes de la Côte-d'Or et responsable pédagogique du Master Périnatalité, Management et Pédagogie (PMP) au sein de l'Université de Bourgogne, a été promue au grade de Chevalier de la Légion d'honneur le 1^{er} janvier 2014 au titre du Ministère des affaires sociales et de la santé.

Cette haute distinction récompense son engagement auprès des sages-femmes, notamment dans le domaine de la formation, puisqu'elle a activement œuvré à la création du Master PMP.

Madame Béatrice IDIARD-CHAMOIS, sage-femme depuis 24 ans, a été promue au grade de Chevalier de la Légion d'honneur le 1^{er} janvier 2014 au titre du Ministère délégué aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion.

Créatrice de la consultation "Parentalité et Handicap" à l'Institut mutualiste Montsouris (Paris) en 2006, Béatrice Idiard-Chamois se distingue par son engagement auprès des femmes handicapées.

Nous leur adressons nos plus sincères félicitations.

Mutilations sexuelles féminines : des progrès restent à faire

Le 28 novembre 2013, la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCNDH) a rendu un avis sur les mutilations sexuelles féminines, une pratique encore trop répandue dans le monde mais aussi en France. En 2007, le nombre de femmes et de fillettes mutilées ou menacées de l'être dans notre pays était estimé entre 42 000 et 61 000, soit une hypothèse moyenne de 53 000 femmes⁽¹⁾.

Depuis 30 ans, en France, de nombreux efforts ont été réalisés pour lutter contre ces pratiques, faisant ainsi reculer les chiffres de la prévalence des mutilations sexuelles féminines. Pour autant, de nombreuses fillettes et jeunes filles sont toujours menacées et risquent de subir des mutilations, notamment lors d'un voyage à l'étranger.

La CNCNDH recommande, dans cet avis, de former les professionnels des secteurs médicaux, judiciaires, sociaux et de l'éducation nationale dans le cadre de la formation initiale et continue.

Cet avis souligne notamment le rôle de première importance que les professionnels de santé doivent jouer dans le repérage et l'accompagnement des femmes victimes de mutilations sexuelles, la prévention et l'application de la loi. Les auditions conduites par la CNCNDH ont montré que, malgré les engagements pris en 2006 par le ministère de la santé, trop peu d'entre eux étaient aujourd'hui formés à la question des mutilations sexuelles féminines. Selon Gynécologie sans frontière (GSF), seules trois facultés de médecine ont un module de formation consacré aux mutilations sexuelles féminines. Le bilan est un peu plus encourageant pour les écoles de sages-femmes, puisque la moitié d'entre elles ont un module de ce type dans leur formation.

La CNCNDH estime que cette formation doit être à la fois médicale (reconnaître les mutilations sexuelles féminines, savoir prendre en charge les conséquences médicales et éventuellement orienter vers une prise en charge pour une reconstruction) ; anthropologique (connaître les populations à risque, la prévalence,

les justifications culturelles des mutilations sexuelles féminines) et juridique (rappel des dispositions pénales et déontologiques).

Julie Vaysse, sage-femme à Vitry-sur-Seine, a réalisé en 2006 son mémoire de fin d'études sur le thème «Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines», un travail récompensé par le Grand Prix Evian des Ecoles de sages-femmes.

Lors de la rédaction de votre mémoire, vous avez constaté qu'un certain nombre de sages-femmes, même celles ayant été formées, estimaient que leurs connaissances étaient insuffisantes sur ce thème. Les propositions de la CNCNDH suffiront-elles à faire évoluer cette situation ?

Mon mémoire a été publié en 2006, juste avant que ne soient votées les circulaires relatives à la formation des professionnels de santé dans le cadre du plan de lutte contre les MSF. Aussi, à cette date, seulement un tiers des sages-femmes avaient reçu une formation sur ces pratiques. Si nous devions reprendre la même étude, les connaissances des sages-femmes seraient sans doute meilleures et leurs actions de prévention plus fréquentes.

La première recommandation de la CNCNDH relative à la formation des personnels de santé (contexte géographique, social, familial, impact des MSF sur la santé, la sexualité et la vie affective) permettrait de combler d'importantes lacunes en termes de connaissances de base, indispensables non seulement à la prévention des MSF mais également à la prise en charge globale des femmes.

Les résultats de mon mémoire, même s'ils ont certainement évolué depuis 2006, démontraient qu'une proportion significative de sages-femmes ne connaissait aucun type de MSF (21 %), les pays où elles sont pratiquées (58 %), les démarches de signalement en cas de risque avéré pour une fillette (89 %) ni aucun organisme de lutte contre les MSF (91 %).

Pourtant, 87,5 % des sages-femmes estimaient avoir un rôle à jouer dans la prévention des MSF ; 90 % considéraient la prévention comme importante voire primordiale et plus de 96 % d'entre elles souhaitaient recevoir des informations sur les MSF.

Par ailleurs, notre étude avait montré que le second facteur entravant le dialogue avec les patientes était le manque d'aisance des professionnels de santé pour aborder cette question qui touche à l'intimité de ces femmes. En effet, plus de 50 % des sages-femmes ayant de bonnes connaissances n'abordaient pas le sujet car elles n'osaient pas ou se sentaient démunies.

Les MSF confrontent le professionnel de santé à beaucoup de questions qui le renvoient à ses propres limites, autant qu'à celles de la patiente. Comment va réagir la patiente ? Ne vais-je pas la brusquer, réactiver un traumatisme ? Ne va-t-elle pas se sentir jugée négativement ?

Ces questions sont légitimes mais elles ne doivent pas nous empêcher de faire notre travail correctement. De la même façon que la prise en charge des femmes victimes de viols ou de violence conjugales semble aujourd'hui une évidence aux professionnels de santé et notamment aux sages-femmes, les femmes victimes de MSF doivent être accompagnées de la même façon.

Une autre question revient fréquemment quand il s'agit d'aborder la question des MSF « Qui suis-je pour aborder une question d'ordre coutumière propre à une culture qui n'est pas la mienne ? » Mais comme le rappelle la CNCNDH « *Au-delà des questions de cultures et de traditions, les mutilations sexuelles féminines constituent de graves atteintes à l'intégrité physique de la personne. Nul droit à la différence, nul respect d'une identité culturelle ne*

¹ Andro A. et Lescingland M., « Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France », in *Population & Société*, octobre 2007, n° 438.

saurait légitimer des atteintes à l'intégrité de la personne, qui sont des traitements criminels. La prise en compte, légitime, du respect des cultures ne saurait induire un relativisme qui empêcherait d'appréhender les mutilations sexuelles féminines en termes de violation des droits fondamentaux des femmes.»

Les autres recommandations de la CNCDH sont notamment d'impliquer les acteurs des secteurs judiciaires, sociaux et de l'éducation et de réaliser des campagnes de sensibilisation nationale et dans les écoles.

Le discours de lutte contre les mutilations sexuelles féminines s'est en effet longtemps fondé sur des problématiques de santé publique, impliquant de ce fait quasiment exclusivement les personnels de santé. Savoir que d'autres professionnels interviendront en complément pour apporter une réponse complète aux besoins de ces femmes permet de rassurer les professionnels de santé quant à la légitimité de leur intervention et donc de faciliter le dialogue.

Enfin, la réalisation de campagnes nationales de sensibilisation permettrait une prise de conscience collective de l'existence de ces pratiques en France et la diffusion d'une première information aux femmes concernées sur la dangerosité de ces pratiques, leur interdiction légale et la possibilité d'un accompagnement par des professionnels de santé.

Quels outils concrets pourraient être déclinés afin d'accentuer le rôle des sages-femmes en particulier et des professionnels de santé en général dans la prévention des mutilations sexuelles féminines (MSF) ?

Le ministère de la santé a édité en 2010 en collaboration avec l'ONG Gynécologie sans frontières un guide «Le praticien face aux MSF» (<http://www.gynsf.org/MSF/praticien-faceauxmsf2010.pdf>), un document de référence apportant toutes les informations que l'on peut rechercher sur les MSF.

GSF a également édité une plaquette de 4 pages qui reprend succinctement les principales informations nécessaires sur les MSF : <http://www.gynsf.org/MSF/PlaquetteMSFGSF2008.pdf>.

Ensuite, la plaquette «Protégeons nos petites filles de l'excision» (http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_excision.pdf) est l'outil de référence à distribuer aux patientes et à leur famille.

Enfin, pour celles et ceux qui souhaiteraient davantage d'informations, les deux principales associations qui militent en France pour lutter contre les MSF sont le GAMS (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles, des Mariages Forcés et autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et des enfants) et GSF.

Pourquoi, selon vous, les sages-femmes ont un rôle central dans la prévention des MSF ?

Une des difficultés dans la prévention des MSF est de cibler les bonnes personnes. En effet, même si les mutilations se cantonnent principalement à 29 pays africains, toutes les ethnies d'un même pays ne les pratiquent pas.

Les sages-femmes, avec les gynécologues, sont les seules à pouvoir constater la mutilation et donc ne pas aborder le sujet sur une simple suspicion du fait de l'appartenance de la femme à une population à risque. Le discours est donc assuré. En effet, certaines femmes nées en France ignorent qu'elles ont été mutilées dans leur jeune âge et répondront par la négative à la question. De plus, dans le cas où la femme a l'intention de mutiler sa propre fille, elle sera tentée de répondre elle aussi par la négative à cette même question afin de pouvoir agir le plus librement possible.

Naturellement, le suivi sur le long terme permet de prendre le temps d'instaurer une relation de confiance, propice à la discussion et à la réflexion.



Par ailleurs, notre présence auprès de la femme et de son enfant nous permet de constater de l'intégrité des organes génitaux externes des fillettes. Une simple annotation sur le carnet de santé de l'enfant précisant «OGE féminins normaux» permet au pédiatre d'être vigilant et de comprendre que l'enfant appartient à une famille issue d'une tribu où sont pratiquées les MSF.

Enfin, avec les pédiatres, nous pouvons intervenir rapidement en cas de risque avéré pour l'enfant et la signaler à la cellule de recueil des informations préoccupantes du conseil général, au procureur de la République au Tribunal de grande instance, ainsi qu'à la PMI et à l'ASE du lieu de résidence. De par la spécificité de notre profession qui nous occupons d'un couple mère-enfant, nous occupons une place déterminante dans la lutte contre les MSF : d'une part dans l'accompagnement et le soutien des mères victimes qui ont subi une mutilation et d'autre part dans la protection de leurs fillettes.

PROPOS RECUEILLIS PAR CLAIRE AKOUKA

Un ouvrage sociologique consacré à la naissance

Philippe Charrier, enseignant à l'Université Lyon 2 et Gaëlle Clavandier, maître de conférence à l'Université de Saint-Etienne, sont tous deux sociologues et chercheurs au Centre Max Weber (CNRS, Université de Lyon).

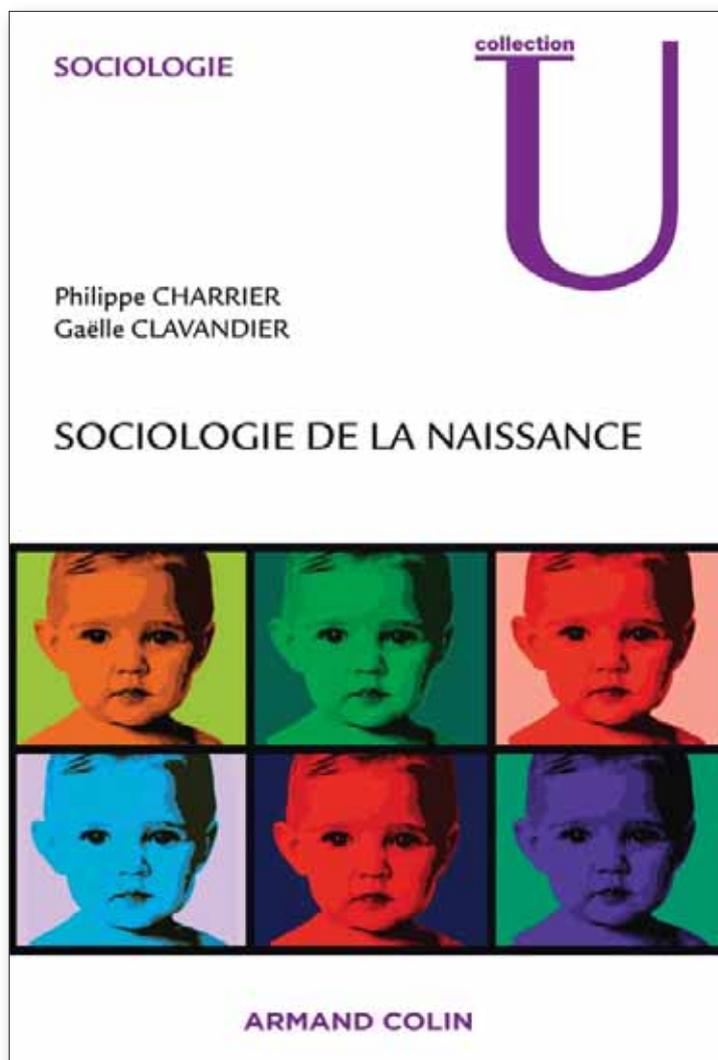
En abordant le thème de la naissance à la lumière de leur discipline, les deux auteurs révèlent les multiples dimensions de cet événement mais aussi les enjeux autour de celui-ci. A travers cet ouvrage, ils répondent à des questions d'actualité telles que l'organisation actuelle de la périnatalité en interrogeant notre modèle et démontrent que des mutations sont en cours, annonçant vraisemblablement une évolution de la perception de la naissance.

Les auteurs explorent dans une première partie les différentes révolutions autour de la naissance en abordant successivement son histoire, le pivot des années 70 puis les politiques de la naissance. Ils se penchent ensuite sur les « naissances contemporaines », détaillant les lieux et l'organisation de la naissance, l'accueil du nouveau-né ou encore la place du bébé. Ils étudient enfin dans une troisième partie le thème des maisons de naissance, le projet parental ou encore le « droit à l'enfant ».

Interview de Philippe Charrier, un des auteurs de l'ouvrage

Pourquoi avoir choisi le thème de la naissance ?

Travaillant sur la profession de sage-femme, j'ai constaté que le champ professionnel et social de la naissance était en fort mouvement depuis une vingtaine d'années. J'ai relevé qu'il était réducteur de porter un regard uniquement sur l'évènement que constitue l'accouchement, évènement en fin de compte largement déterminé et conditionné par ce qui se passe avant, tout comme



on ne pouvait abandonner ce qui se passait après l'accouchement, à savoir l'accueil du nouveau-né.

Dès lors, la notion de naissance permettait d'appréhender tout ce processus.

Dans le même temps, mis à part quelques contributions comme celles de Béatrice Jacques, rares sont les

sociologues qui se sont penchés sur la naissance ce qui n'est pas le cas paradoxalement de l'histoire, de l'anthropologie ou de la démographie. Il était quelque peu paradoxal de connaître et décrire la naissance « ailleurs » et dans les époques anciennes, sans avoir une analyse sur les évolutions contemporaines.

Enfin, Gaëlle Clavandier et moi-même, avons pu nous rendre compte au cours de ce travail que la naissance revêt pour les couples un enjeu de plus en plus fort. La parentalité, est aujourd'hui un souci et une construction sociale. On attend de la part des parents (et en premier lieu des femmes) des gages d'implication, un investissement multidimensionnel (psychologique, affectif, économique, identitaire).

Quel est votre regard sur l'évolution de la prise en charge de la naissance dans notre pays au cours des dernières décennies ?

La question est large mais on peut tout de même y répondre en soulignant quelques points essentiels. La dernière décennie est l'aboutissement du processus de médicalisation et de technicisation de la prise en charge de la naissance. Cela se manifeste par une concentration et une raréfaction des lieux de naissance et une organisation du travail centrée sur la notion de risque obstétrical. Ainsi, cette prise en charge est adaptée à des cas (procréation, suivi de grossesse, accouchement, post-partum) que l'on catégorise comme pathologiques mais qui paradoxalement sont les moins nombreux. Malgré tout, la dernière décennie entame un virage intéressant dans le sens où, notre société a pris acte que l'accouchement physiologique (ou « normal ») pouvait apparaître comme une catégorie susceptible de donner lieu à un accompagnement spécifique. Ces évolutions attestent que les parents, les couples et les parturientes sont devenus des acteurs à part entière de la naissance. Que ce soit par l'intermédiaire de demandes adressées directement aux soignants ou sous la forme de revendications portées par des associations, ils sont nettement plus présents dans le champ de la périnatalité.

Dans votre ouvrage, vous abordez le thème des lieux et de l'organisation de la naissance en parlant même de « modèle hégémonique ». Quel est votre constat sur la prise en charge actuellement proposée ?

C'est bien la dimension hégémonique qui pose problème aujourd'hui. Comme je viens de le souligner, les parturientes sont des actrices – parfois accompagnées par leur conjoint. De ce fait, elles sont de plus en plus nombreuses à identifier leurs attentes, par le « projet de naissance » notamment ; cela peut aller d'une prise en charge technicisée (péridurale, déclenchement, césarienne) à d'autres perçues comme alternatives (accouchement dans l'eau, positions plus physiologiques, refus de l'épisiotomie). C'est également le constat que l'accouchement et plus largement la grossesse ne doivent pas forcément être perçus comme un événement à risque, même si la question de la sécurité demeure fondamentale. Il s'agit aussi de vivre pleinement cet événement comme une expérience, une expérience d'autant plus importante qu'elle est rare à l'échelle d'une vie. De ce fait, le « modèle hégémonique » se fissure de toute part puisqu'il n'a pas vocation à répondre à la diversité de ces attentes.

Vous vous penchez également sur les maisons de naissance, dont l'expérimentation a enfin été votée par le Parlement. Considérez-vous cela comme un aboutissement ou comme l'amorce d'une évolution quant à la perception de notre société sur la naissance ?

La loi sur l'expérimentation des maisons de naissance en France peut être vue comme un aboutissement pour ceux qui veulent promouvoir un mode alternatif d'accouchement. Toutefois, il s'agit d'une expérimentation restreinte dans le temps. Cela reste une étape décisive qui permet

d'enclencher une diversification des modes de prise en charge de l'accouchement (principalement), mais également du suivi de grossesse et du post-partum. Au vu de l'unanimité que cette expérimentation a suscitée chez les parlementaires, on peut considérer qu'elle inaugure un renouveau dans la manière dont est perçue et organisée la naissance en France.

De par le thème abordé, les sages-femmes sont au cœur de votre ouvrage. Estimez-vous que cette profession occupe une juste place dans notre système de santé ? Les sages-femmes pourraient-elles contribuer à améliorer notre modèle périnatal ?

Il y a un fort décalage entre la place accordée aux sages-femmes dans le système périnatal actuel et les réalités professionnelles. Mais cette situation n'est pas nouvelle puisque le mouvement de grève actuel rappelle par bien des aspects celui de 2001. Cependant, en plus de 10 ans, la place des sages-femmes n'a fait que se renforcer dans les faits, même si cela ne se traduit pas toujours en termes de reconnaissances sociales et statutaires. Il apparaît évident que les sages-femmes pourraient devenir le pivot du modèle périnatal en discussion aujourd'hui, comme d'ailleurs l'avait suggéré le Plan de Périnatalité de 2005-2007. Les sages-femmes pourraient notamment fournir des réponses à cette demande d'un accompagnement à caractère physiologique. Cela suppose la reconnaissance officielle d'un champ de compétences autour de la physiologie et propre aux sages-femmes. Or, statutairement, elles bénéficient actuellement d'un espace de compétence délégué de la part des gynécologues-obstétriciens.

PROPOS RECUEILLIS PAR
CLAIRE AKOUKA

L'intégration d'une sage-femme au sein d'une collaboration d'exercice libéral

Dans le cadre d'une première expérience libérale, le contrat de collaboration est très souvent privilégié pour accueillir une sage-femme, laquelle exercera sa profession auprès d'une autre sage-femme déjà installée.

La collaboration d'exercice libéral est en effet l'occasion pour la nouvelle venue de bénéficier des conseils et informations de la sage-femme titulaire du cabinet, tant sur le plan de sa pratique que sur la gestion du cabinet, afin de lui permettre d'acquérir une compétence professionnelle de qualité.

Quels sont les points importants que doit examiner la sage-femme collaboratrice lors de la conclusion d'un contrat de collaboration ?

Le contrat de collaboration, qui peut être à durée déterminée ou indéterminée, permet à la nouvelle venue d'utiliser, en contrepartie d'une redevance calculée en pourcentage des honoraires ou selon une somme forfaitaire, le cabinet et le fichier de patientèle de la sage-femme titulaire du cabinet ainsi que le matériel mis à sa disposition.

Ce mode d'exercice nécessite donc de calculer le plus justement possible la redevance due par la sage-femme collaboratrice au regard des charges réelles du cabinet.

En outre, si la sage-femme collaboratrice peut suivre les patientes de la sage-femme titulaire du cabinet, elle a également la possibilité de se constituer une patientèle propre. Il convient donc de procéder régulièrement à un recensement de la patientèle respective de chacune des sages-femmes afin d'éviter tout litige.

Comment sont perçus les honoraires par la sage-femme collaboratrice ?

Chacune des sages-femmes contractantes perçoit directement ses honoraires.

Dans ces conditions, la sage-femme collaboratrice signe personnellement ses feuilles de soins ainsi que tous les documents nécessaires à la prise en charge des actes réalisés aussi bien auprès de sa clientèle personnelle que des patientes de la sage-femme titulaire du cabinet.

Quelles sont les conséquences pour les sages-femmes contractantes en termes de responsabilité ?

Les sages-femmes ayant conclu un contrat de collaboration gardent la

charge entière de leur responsabilité professionnelle des dommages qu'elles pourraient causer dans le cadre de leur activité de soins. Elles doivent d'ailleurs s'être assurées à leurs frais auprès de la compagnie d'assurance de leur choix.

De quels statuts social et fiscal dépend la sage-femme collaboratrice ?

La sage-femme collaboratrice est immatriculée en qualité de travailleur indépendant auprès des organismes sociaux (URSSAF, CPAM, CARCDSF notamment) au même titre que toute autre sage-femme libérale.

Chacune des deux sages-femmes contractantes ont des déclarations fiscales et sociales indépendantes et supportent, chacune d'elle, la totalité des charges sociales et fiscales qui leur incombent à titre personnel.

Quelles sont les suites qui peuvent être données à un contrat de collaboration ?

La sage-femme collaboratrice pouvant se constituer sa propre patientèle, il n'est pas possible d'insérer dans le contrat une clause de non-réinstallation.

Cela dit, la collaboration donne également l'occasion aux sages-femmes de voir si elles souhaitent à l'avenir exercer ensemble. Dans l'affirmative, elles pourront poursuivre leur association par la conclusion, notamment, d'un contrat d'association simple.

La sage-femme collaboratrice peut également devenir le successeur de la sage-femme titulaire du cabinet en cas de départ de celle-ci.

La sage-femme collaboratrice peut-elle prendre des congés pendant la durée du contrat ?

Le contrat de collaboration, en fonction de sa durée, peut prévoir qu'au cours

d'une année, la sage-femme collaboratrice puisse indépendamment de périodes imposées par les circonstances telles que maladies, événements de famille, prendre des jours de congés.

Que se passe-t-il en cas de maladie ou de parturition de la sage-femme collaboratrice ?

Pendant les périodes où l'une des deux sages-femmes se trouve dans l'impossibilité d'exercer son activité, l'autre contractante aura en principe seule le droit d'offrir ses soins aux patientes de la consœur absente ou empêchée. A moins qu'elles se mettent d'accord pour le remplacement de la sage-femme indisponible par une autre consœur.

Selon le modèle de contrat élaboré par l'Ordre des sages-femmes, la collaboratrice enceinte peut suspendre sa collaboration pendant au moins 12 semaines, réparties selon son choix avant et après l'accouchement avec un minimum de 6 semaines après l'accouchement. A dater de la déclaration de grossesse et jusqu'à l'expiration de la période de suspension de la collaboration à l'occasion de l'accouchement, le contrat de collaboration ne peut être rompu pour ce motif. En accord avec elle, il peut être pourvu à son remplacement durant son congé dans l'attente de sa reprise d'activité.

Quelles sont les différences avec le contrat de remplacement ?

Le contrat de collaboration ne doit pas être confondu avec le contrat de remplacement. Ce dernier vise en effet à pallier à l'impossibilité pour une sage-femme d'exercer sa profession temporairement. Ainsi, « la sage-femme remplacée ne doit pas pratiquer des actes réservés à sa profession et donnant lieu à rémunération pendant la durée du remplacement » (art. R.4127-342 du CSP).

En outre, comme il a été indiqué plus haut, une sage-femme collaboratrice, à l'issue du contrat, pourrait s'installer à proximité.

GUILLAUME DELECROIX



Les soins postnataux dispensés par la sage-femme au nouveau-né

La période postnatale constitue sans nul doute une période de bouleversements physiques et psychiques mais également une période sujette à une surveillance particulière. Le rôle de la sage-femme apparaît comme un point d'ancrage dans le déroulement du suivi postnatal. Nous avons ainsi souhaité en préciser les contours.

L'expansion du champ de compétence de la sage-femme est venue au soutien du rôle prépondérant endossé par la sage-femme au cours du post partum. C'est ainsi que le législateur a posé les principes généraux définissant le rôle de la professionnelle de santé dans la réalisation des soins postnataux au nouveau-né.

Conformément à l'article L. 4151-1 du code de la santé publique, « l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1. »

L'article R. 4127-318 du code de la santé publique énonce, quant à lui, que « Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1 :

1. La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques néces-

saires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques (...) concernant : (...) d) Le nouveau-né ».

Enfin, l'article L.4151-3 du code de la santé publique mentionne qu'« en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin ».

Au regard de la combinaison de ces textes, c'est uniquement dans un contexte non pathologique que la sage-femme est habilitée à dispenser au nouveau-né des soins postnataux.

En revanche, la loi n'offre pas la faculté à une sage-femme de dispenser des soins à un nouveau-né en situation pathologique, même sur prescription médicale.

La professionnelle de santé devra donc faire appel à un médecin pour dispenser des soins au nouveau-né présentant une pathologie telle qu'une infection ou une hyperglycémie. De même, la sage-femme ne sera pas habilitée à poser une voie intraveineuse en vue de l'administration d'une antibiothérapie.

La pathologie néonatale nécessite donc l'intervention du médecin et non celle de la sage-femme.

Le cadre normatif général ainsi présenté, mérite d'être mis en perspective avec le particularisme de certaines situations auxquelles la sage-femme peut être confrontée au cours de son exercice professionnel. Il est intéressant de revenir sur chacune de ces situations, lesquelles sont également visées par le législateur.

L'examen médical post natal

La sage-femme est habilitée à effectuer l'examen médical post-natal dans les 2 mois qui suivent l'accouchement si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique (article R. 2122-3 du code de la santé publique).

Au-delà de cet examen, la sage-femme doit être en mesure, notamment dans le cadre du suivi de l'allaitement auprès de la mère de dispenser des soins ainsi que des actes de prévention en faveur de l'enfant, sous réserve, bien évidemment, qu'il ne s'agisse pas de soigner une éventuelle pathologie.

Il s'agit ici d'un « accompagnement des soins au nouveau-né ».

Les soins ainsi dispensés visent essentiellement à procéder à la surveillance des soins prodigués à l'enfant, notamment dans un but pré-

ventif, de manière à soutenir la poursuite de l'allaitement, favoriser les liens d'attachement mère-enfant et s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant.

L'examen médical postnatal ne doit pas être confondu avec les examens médicaux obligatoires énumérés aux articles R. 2132-1 et suivants du code de la santé publique, lesquels ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.

Ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé et peuvent donner lieu à l'établissement d'un certificat de santé.

Conformément à l'article R. 2132-1 du code de la santé publique, de tels examens ne peuvent être pratiqués que par un médecin.

Le dépistage de certaines pathologies

La sage-femme est habilitée à pratiquer le dépistage néonatal. La professionnelle de santé a ainsi la faculté de réaliser auprès du nou-

veau-né le dépistage d'éventuelles pathologies et par là même de permettre la mise en place d'une prise en charge précoce adaptée.

La sage-femme peut pratiquer le test néonatal de Guthrie dans le cadre de son exercice professionnel tant en milieu hospitalier qu'à titre libéral (lorsqu'elle est en charge du suivi à domicile en cas de sortie précoce ou dans le cadre du PRADO). Ce dernier comporte, en vertu de l'arrêté du 22 janvier 2010, le dépistage de cinq maladies : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la drépanocytose et la mucoviscidose.

Par ailleurs, il est intéressant de souligner que conformément à l'article R. 4127-318 2. f° du code de la santé publique, la sage-femme est autorisée à pratiquer « le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né », à l'instar du dépistage des troubles auditifs du nouveau-né (par les techniques d'exploration auditives que sont la méthode des OEA – les oto-émissions acoustiques – ou la méthode des PEAA – les potentiels évoqués auditifs automatisés).

Si les résultats de ces tests révèlent une anomalie ou une pathologie, il y

aura lieu d'adresser au nouveau-né à un médecin (pédiatre, ORL).

La situation d'urgence : la réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin

Conformément à l'article R. 4127-318 9° du code de la santé publique, la sage-femme peut procéder à la réanimation du nouveau-né dans l'attente d'un médecin.

La vaccination du nouveau-né

En application des dispositions de l'article L. 4151-2 du code de la santé publique et de l'arrêté du 22 mars 2005, la sage-femme peut pratiquer des vaccinations aux « nouveau-nés » (BCG et hépatite B).

De même, en application de l'article L. 4151-4 du code de la santé publique et de l'arrêté du 27 juin 2006, elle peut prescrire auprès des « nouveau-nés » un certain nombre de médicaments et de vaccins (BCG et hépatite B).

AGATHE BOUGAULT

Focus

L'exercice professionnel de la sage-femme au sein d'une unité de néonatalogie

Les articles D.6124-38 et suivants du code de la santé publique fixent les conditions techniques de fonctionnement des services d'obstétrique et de néonatalogie. Au regard de ces dispositions, les personnels présents au sein d'un service de néonatalogie sont les pédiatres et les infirmières puéricultrices. La sage-femme ne s'avère pas habilitée à dispenser des soins au nouveau-né dans ce contexte d'hospitalisation.

Pour pratiquer de tels actes, il convient que la sage-femme soit titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice.

L'exercice professionnel de la sage-femme au sein d'une unité kangourou

Au sein d'une unité kangourou, au minimum, une sage-femme ou un infirmier ou une infirmière, spécialisée en puériculture ou expérimenté en néonatalogie,

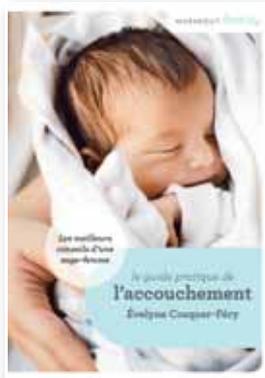
est présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, auprès des enfants, quand des nouveau-nés atteints de ces affections sont présents dans l'unité.

Ainsi, si une sage-femme peut être présente au sein d'une telle unité, elle devra être titulaire du diplôme d'Etat de puériculture ou qu'elle soit expérimentée en néonatalogie. De plus, la professionnelle devra être présente à tout instant auprès de ces enfants.

Enfin, il reste à préciser que la formation de puéricultrice est ouverte aux sages-femmes comme le précise l'article D.4311-49 du code de la santé publique : « le diplôme d'Etat de puéricultrice est délivré par le préfet de région aux titulaires d'un diplôme d'Etat de sage-femme validés pour l'exercice de la profession en France qui ont réussi aux épreuves du concours d'admission, suivi une formation et satisfait avec succès aux épreuves d'évaluation de l'enseignement de puéricultrice ».

Le guide pratique de l'accouchement

Evelyne Cosquer-Féry
Éditions MARABOUT Family



Evelyne Cosquer-Féry, sage-femme libérale depuis plus de 30 ans, signe là un ouvrage qui s'adresse à toutes les futures mères mais aussi aux sages-femmes qui se destinent au libéral et souhaitent se familiariser avec des thèmes tels que l'homéopathie, la sophrologie ou encore la compréhension du nouveau-né. L'auteur aborde le dernier mois de la grossesse, le jour de l'accouchement, le séjour à la maternité ou encore le retour à la maison en prodiguant des conseils issus de sa pratique et de sa longue expérience. Témoin des évolutions qu'a connu l'univers de la périnatalité au cours des dernières décennies, Evelyne Cosquer-Féry a su s'approprier les progrès médicaux et psychologiques dans le respect de la physiologie. Elle a souhaité transmettre à ses consœurs, à travers ce livre, toutes les connaissances qu'elle a pu réunir au cours de sa carrière. ■

La contraception en pratique De la situation clinique à la prescription

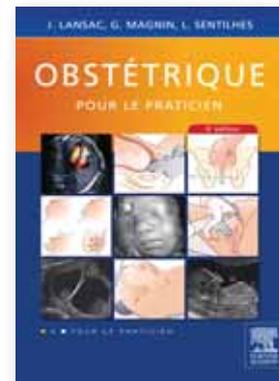
Brigitte Raccach-Tebeka,
Geneviève Plu-Bureau
Elsevier Masson



La contraception est un enjeu majeur de santé publique concernant toutes les femmes en période d'activité génitale. Comment fournir à chaque femme la contraception la plus adaptée et la plus sûre ? L'ouvrage, élaboré sous forme de chapitres synthétiques et pratiques, structurés toujours selon le même plan (la définition de la situation clinique, son épidémiologie, le risque des contraceptions de développer l'éventuelle pathologie et enfin les stratégies contraceptives dans le contexte clinique défini), a pour objet de passer en revue les diverses situations cliniques, de la plus simple aux pathologies plus rares, face auxquelles les éléments de choix des différentes stratégies contraceptives envisageables sont moins connus. Une solution contraceptive est toujours proposée pour chaque situation clinique sur la base des recommandations françaises ou internationales régulièrement mises à jour au fil des progrès de la recherche. Ainsi, cet ouvrage tente de répondre aux questions précises des praticiens de terrain au vu de l'évolution constante des différentes molécules ou contraceptions disponibles. Il s'adresse à tous les praticiens concernés à l'hôpital comme en médecine de ville, notamment les sages-femmes. ■

Obstétrique pour le praticien

6^e édition Jacques Lansac,
Guillaume Magnin, Loïc Sentilhes
Elsevier Masson



Cet ouvrage rappelle le développement normal du fœtus, de la fécondation à l'accouchement, et détaille les différents problèmes de la prise en charge de la grossesse :

- la surveillance : l'examen obstétrical, le calendrier des examens obligatoires ou recommandés à prescrire, le conseil génétique et le diagnostic anténatal ;
 - le dépistage et la prise en charge avec le spécialiste des pathologies survenant au cours de la grossesse : les pathologies mineures inhérentes à la grossesse (nausées, troubles vasculaires...), les maladies infectieuses, l'hypertension, le diabète, les maladies gastroentérologiques, vasculaires et hématologiques, les incompatibilités foeto-maternelles, les urgences abdominales, les pathologies tropicales, les contre-indications des médicaments, vaccinations, irradiations ;
 - les conduites à tenir devant des anomalies du déroulement de la grossesse : saignement des premier et troisième trimestres, écoulement vulvaire, fièvre, menace d'accouchement, grossesse qui se prolonge ;
 - la conduite de l'accouchement inopiné à domicile que le praticien de terrain doit savoir gérer ;
 - l'examen du nouveau-né et les soins à la naissance, la lactation, les suites de couches, le retour à domicile étant le plus souvent précoce.
- Cette nouvelle édition bénéficie d'une mise à jour complète qui tient en compte l'évolution des techniques et de la thérapeutique en pratique obstétricale.

Elle intègre les recommandations du CNGOF, les propositions de la HAS et les conférences de consensus. Le niveau de preuve est également donné en fonction de la qualité des résultats disponibles dans la littérature. ■