



LE PARCOURS DE SANTÉ DE LA FEMME



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

ÉDITO

Les grandes orientations stratégiques en santé définies par la Ministre de la santé, s'articulent en outre autour de l'ambulatoire.

Cette thématique définit, de nouvelles organisations en santé, s'appuyant principalement sur la notion de parcours. C'est pourquoi, le CNSF a choisi cette année de construire son dossier thématique sur les parcours de santé et parcours de soins. Grâce au concours de responsables du monde de la santé, via ses institutions, de celles de professionnels de terrain et du regard des usagers, ce dossier thématique, vous apportera des clefs de compréhension et vous présentera de nouvelles configurations organisation-

nelles en santé génésique ou périnatale. La maïeutique, s'inscrit parfaitement bien dans ces schémas. En redonnant d'une part la place à la physiologie, par la mise en place de filières propres et en développant d'autre part, les activités professionnelles sage-femme, en dehors des structures hospitalières, nous pourrions offrir de nouveaux modèles de prise en charge aux femmes et leurs nouveaux nés.

Je remercie vivement Patricia Lucidarme et Anthony Weber tous deux, membres du CA du Collège National des Sages Femmes de France (CNSF) qui ont piloté avec rigueur ce dossier. Je vous souhaite une belle lecture, et que cette nouvelle année concrétise de nouveaux projets professionnels.

Bien cordialement

Sophie Guillaume
Présidente CNSF

AUTEURS

- **Christine BRONNEC**
Adjointe à la sous-direction de la régulation de l'offre de soins - DGOS
- **Rémy BATAILLON**
Directeur adjoint de la Direction Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - HAS
- **Adrien GANTOIS**
Sage-Femme libérale,
Le Pré- Saint-Gervais - 93
- **Catherine OLLIVET**
Présidente du Collectif Inter associatif Sur la Santé d'Ile-de-France
- **Michel NAIDITCH**
Chercheur associé
IRDES - Paris
- **Madeleine AKRICH**
Présidente du Collectif Inter associatif autour de la Naissance
- **Célestine BADIANE**
médecin coordinateur
Réseau REVHO - Paris
- **Laure BRIEND**
coordinatrice du réseau
Solidarité Paris Maman IDF
- **Paule HERSCHKORN BARNU**, gynécologue - obstétricienne directrice - Réseau Solidarité Paris Maman Ile-De-France
- **Véronique BOULINGUEZ**
coordinatrice de PRENAP
75 - Paris
- **Nathalie MARTZ**
Chef de service
ESI Emmaüs Paris
- **Laurence ROUX**
Chargée de mission,
direction de la stratégie
ARS - IDF
- **Anne BATTUT**
sage-femme libérale - Paris
- **François-Marie CARON**
pédiatre - Amiens
- **Groupe de relecture:**
Sophie GUILLAUME,
Fabienne GALLEY-RAULIN,
Michèle ZANARDI-
BRAILLON,
Sabine PAYSANT,
membres du CA du CNSF
- **Coordination :**
Anthony WEBER
membres du CA du CNSF,
commission formation
Patricia LUCIDARME
membres du CA du CNSF,
commission formation

LE PARCOURS DE SANTÉ DE LA FEMME

CHAPITRE I

UN SYSTÈME DE SANTÉ ORGANISÉ AUTOUR DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

- 1 La politique du parcours de soins
- 2 La dynamisation du premier recours : le pacte territoire santé et les mesures du projet de loi de modernisation de notre système de santé
- 3 Le développement de la coopération
- 4 L'évolution de la place des établissements de santé
- 5 Parcours de soins et efficience – Point de vue de la HAS

CHAPITRE II

PLURI PROFESSIONNALITÉ

- 1 Une opportunité essentielle pour les sages-femmes de s'imposer comme acteurs incontournables du premier recours
- 2 Pluri professionnalité : mythe ou réalité

CHAPITRE III

POINT DE VUE DES USAGERS

- 1 Place individuelle et collective de l'utilisateur depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- 2 De l'utilisation non pertinente du système de santé par l'utilisateur

CHAPITRE IV

PLURALITÉ ET DIVERSITÉ DE PARCOURS DE SANTÉ

- 1 La Régulation des naissances - Coordonner l'action des différents acteurs autour de l'IVG et de la contraception
- 2 Parcours de soins des femmes enceintes et des nouveau-nés en situation de grande précarité
- 3 "Le partenariat PrENaP 75"- Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement des femmes en situation de Précarité
- 4 Parcours de Santé et Soins de l'enfant

INTRO- DUCTION

Le projet de loi de modernisation de notre système de santé est fondé sur une réflexion collective, engagée dès septembre 2013 dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé (SNS). Soucieux de proposer à ses lecteurs des éléments de réflexions permettant de comprendre l'actualité en santé, le Collège National

des Sages-Femmes de France a souhaité vous présenter la Stratégie Nationale de Santé à travers le point de vue de la DGOS et dans un second temps l'organisation du système de santé autour de la femme. Nous vous proposons un avis d'expert de la Haute Autorité de Santé, des usagers ainsi que des témoignages de consœurs et confrères travaillant en coopération sur des parcours de santé riches, novateurs dans un souci d'une prise en charge

coordonnée des femmes et de leurs enfants voire des familles. Le comité de rédaction remercie vivement l'ensemble des auteurs qui ont participé à ce travail de synthèse destiné à ouvrir nos réflexions sur nos exercices professionnels et nos missions. Ce document n'a pas vocation à traiter le sujet de façon exhaustive. Nous vous souhaitons une bonne lecture.

A. WEBER, P. LUCIDARME

À VOTRE SANTÉ !

La notion de **santé** proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1948 est passée de "l'absence de maladie" à un concept beaucoup plus vaste qui suggère une multidimensionalité du bien-être : physique, mental et social et une mouvance liée aux facteurs environnementaux (situation sociale, relations interpersonnelles, politiques...) et temporels. La charte d'Ottawa (1986) fait évoluer cette notion en une ressource de vie quotidienne et non comme le but de la vie. La **santé publique** est un concept social et politique, un domaine pluridisciplinaire qui s'occupe des facteurs somatiques, psychiques, sociaux et écologiques influençant le maintien et la promotion de la santé ainsi que la prévention des maladies. Elle laisse la décision aux seuls professionnels

de santé (et/ou aux responsables politiques). **L'approche communautaire de la santé** repose toujours sur une démarche participative relevant de la promotion de la santé et tentant d'apporter des réponses appropriées aux besoins d'une population. La décision appartient aux membres de la communauté, les professionnels de la santé en sont les personnes ressources. **La promotion de la santé** est une démarche complexe et multidisciplinaire qui vise à accroître ce "bien publique" qu'est la santé par une action coordonnée entre tous les acteurs sur les véritables déterminants de la santé que sont les droits politiques, économiques, sociaux et culturels, dont le droit à la dignité, et ce tant au niveau local, régional, national que international.

Un **parcours de santé** se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. Le parcours de santé des femmes est l'organisation d'une prise en charge globale et continue des femmes au plus proche de leur lieu de vie ou de travail. La lisibilité, l'accessibilité et la fluidité du parcours de santé s'appuient sur la qualité

de l'information, des conditions d'accueil et d'accompagnement de la femme tout au long de sa vie. Ses actions de dépistage, de prévention et de -dépistage de la pathologie positionnent la sage-femme, PRATICIEN EN SOINS PRIMAIRES pour la santé des femmes, au cœur du dispositif permettant à la patiente d'être au centre de la filière de soins.

Patricia Lucidarne

UN SYSTÈME DE SANTÉ ORGANISÉ AUTOUR DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

1 - La politique du parcours de soins

Christine BRONNEC - Adjointe à la sous-direction de la régulation de l'offre de soins - DGOS

Le parcours de soins a été placé au cœur de la politique du Ministère de la santé dès le lancement de la stratégie nationale de santé par la Ministre avec le projet de refonder notre système de santé afin de le rendre plus équitable et plus adapté aux besoins des personnes notamment souffrant de maladies chroniques.

Cela implique de déplacer l'organisation actuellement centrée sur les prises en charge aiguës pour mieux investir le champ de la promotion de la santé et de la prévention et de développer par exemple une action volontariste dans le champ de l'éducation à la santé, dans une logique de prise en charge globale. Cela implique aussi, dans le domaine des soins, de renforcer le premier recours, la dynamique de parcours et de concevoir ces parcours en proximité, autour du domicile et non plus autour de l'hospitalisation.

Cette ambition s'incarne tout d'abord dans ce que la Ministre a appelé la révolution du premier recours qui implique d'organiser les soins de proximité dans le cadre d'un nouveau mode d'exercice de la médecine libérale. De nombreuses mesures ont d'ores et déjà été mises en œuvre dans le cadre du pacte territoire santé, j'y reviendrai rapidement. Cette ambition a également de nombreuses conséquences sur l'évolution de l'hôpital et se traduit notamment dans le virage ambulatoire attendu tant pour la chirurgie que pour la médecine, les soins de suite ou la psychiatrie. Ces changements sont majeurs. Ils ont des implications dans la formation des professionnels, dans les organisations professionnelles et territoriales, dans les modèles de financements.

Ils impliquent de développer des outils adaptés facilitant la coopération entre acteurs, je pense notamment à la télémédecine. Ils se sont d'ores et déjà traduits dans certaines politiques spécialisées portées notamment dans le cadre des plans de santé publique. Je prendrai simplement deux exemples :

- **Le développement d'organisations coordonnées entre professionnels hospitaliers spécialisés et professionnels de ville par exemple pour l'obésité avec le développement de 37 centres spécialisés.** Dans votre activité de prévention, notamment auprès des jeunes adolescentes, vous êtes ou serez amenés à travailler en coopération avec ces centres et partager des protocoles de prévention et d'information sur les prises en charge.
- **Le plan cancer :** ce plan résolument orienté autour des parcours prévoit notamment le développement de la prévention et, là encore, dans votre travail auprès des femmes, vous pourrez avoir à intervenir dans l'information ou l'accompagnement des femmes qui ont eu un cancer.

Au-delà de la spécificité des compétences et de l'exercice du métier de sage-femme, il est évident que vous êtes concernées par l'ensemble des mesures de portée générale concernant les parcours. C'est bien à un changement de culture et de contexte global de travail que nous appelons le paradigme du parcours de santé, puisqu'il est indispensable d'intégrer les dimensions de prévention et de projet de vie en particulier pour les personnes âgées ou handicapées.

C'est pourquoi vous êtes de fait concernées de façon plus ou moins directe par l'ensemble des politiques au service des parcours et j'organiserai donc mon propos autour de trois axes de présentation des politiques au service

des parcours dans lesquels je ferai un focus sur la place que vous y prenez déjà ou que vous serez amenées à développer : la priorité au premier recours ; l'organisation des coopérations ; l'évolution de la place de l'hôpital.

2 - La dynamisation du premier recours : le pacte territoire santé et les mesures du projet de loi de modernisation de notre système de santé

Christine BRONNEC - Adjointe à la sous-direction de la régulation de l'offre de soins - DGOS

2.1 - Le pacte territoire santé

C'est un ensemble de 12 engagements dont les objectifs sont de changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice et investir dans les territoires isolés. Les derniers éléments de bilan de ce pacte confirment qu'une nouvelle dynamique est lancée en étroite collaboration avec les acteurs concernés, les professionnels et les élus notamment.

Dans ce plan ambitieux, le développement des maisons de santé pluri professionnelles ou des centres de santé vous concernent au premier chef. Lors des travaux que nous avons menés ensemble ces derniers mois, nous avons longuement évoqué le développement des maisons de santé pluri professionnelles et la place des sages-femmes en coordination étroite avec les médecins traitants dans ces structures comme acteur d'accès à la prévention et à des prises en charges adaptées notamment autour de la naissance mais également pour les femmes plus âgées ou le développement de la prévention et de l'éducation à la santé sexuelle auprès des adolescentes et des jeunes femmes.

Près de 600 maisons de santé pluri professionnelles existent fin 2014. Nous avons l'ambition d'atteindre 800 maisons en 2015. Cela dépend bien sûr de l'engagement des professionnels, dont le vôtre mais soyez assurées que le ministère mettra tout en œuvre pour en faciliter le développement.

2.2 - Le texte de loi

Issu de l'assemblée nationale, il comprend plusieurs articles regroupés dans un nouveau chapitre, dénommé "Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé", qui consacre ainsi la place des soins primaires dans le système de santé. Désormais le pacte territoire santé est inscrit dans la loi, ce qui pose les conditions de la pérennisation et de la structuration de la politique au service de la réduction des déserts médicaux et de la transformation de la pratique ambulatoire. Deux nouveaux concepts, l'équipe de soins primaires et la communauté professionnelle territoriale de santé ont été introduits :

- Il est donné une définition des équipes de soins primaires constituées d'un ensemble de professionnels de santé de premier recours autour de médecins généralistes. Ces équipes ont pour objectif la structuration du parcours de santé des patients en coordination avec les acteurs du premier recours, dans une optique de prise en charge des besoins de soins non programmés et de coordination des soins. Les sages-femmes y auront naturellement toute leur place.
- De façon complémentaire seront créées des communautés professionnelles territoriales de santé. Fruit de l'initiative de professionnels, elles regrouperont des équipes de soins primaires, des acteurs de soins du second recours, et/ou des acteurs médico-sociaux et sociaux pour organiser des réponses à un niveau territorial plus important, intégrant l'accès aux soins spécialisés.

Le nombre et le type de professionnels potentiellement concernés est donc important et sera adapté aux projets portés par ces communautés. Les débats parlementaires ont montré que les équipes de protection maternelle infantile et notamment les sages-femmes devront être des acteurs fréquemment sollicités dans cette démarche qui associe étroitement prévention et soins.

Sur la base des projets des équipes et communautés, une contractualisation sera organisée avec les ARS, en cohérence avec les diagnostics territoriaux réalisés par les conseils territoriaux de santé. L'action coordonnée des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé sera un facteur essentiel d'amélioration des parcours

de santé en proximité, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de précarité sociale et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie mais également les publics d'adolescents et de jeunes adultes.

L'enjeu est bien également de réduire les inégalités sociales de santé et donc de pouvoir, de façon précoce, participer à l'éducation en santé, à la prévention, à l'accès aux soins. Des progrès sont nécessaires dans la réponse à apporter aux besoins des adolescentes en termes d'éducation sexuelle, de contraception, d'accès à l'IVG, de préparation à la maternité.

Il reste aux acteurs à se saisir de ces nouvelles possibilités et à les promouvoir sur les territoires.

3 - Le développement de la coopération

Christine BRONNEC - Adjointe à la sous-direction de la régulation de l'offre de soins - DGOS

Je souhaite ici faire un focus sur deux mesures du projet de loi : celle de constitution de plates-formes territoriales pour les parcours complexes et l'organisation territoriale proposée en deux niveaux en santé mentale.

3.1 - La loi définit désormais une fonction d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes et inscrit son déploiement sur l'ensemble du territoire national.

Vous serez sans doute moins sollicitées par cette mesure puisque vous intervenez dans la prise en charge des femmes "en bonne santé" mais dans le cadre de votre participation aux maisons de santé pluri professionnelles, aux équipes de soins primaires ou aux communautés professionnelles de territoires et dans le cadre de la place que vous pouvez avoir en coopération avec les médecins traitants notamment, vous pourrez être amenées à y participer ou à bénéficier de leur action.

3.2 - La coopération doit aussi être pensée au niveau du projet territorial

Je dirai rapidement un mot sur l'organisation territoriale prévue pour la santé mentale pour trois raisons : d'une part parce qu'elle montre clairement que la politique de parcours s'inscrit dans une double démarche : celle de l'organisation des acteurs entre eux autour de projets et celle de la prise en charge individuelle des personnes ; d'autre part parce que vous avez un rôle à jouer et vous le savez en matière de prévention des troubles mentaux. Enfin parce qu'avec les réseaux régionaux de périnatalité, il a déjà été initié une démarche qui s'apparente à cette recherche de cohérence territoriale/ régionale qui inclut une dimension de promotion de la qualité du service rendu.

Le texte de loi issu de l'assemblée organise, en santé mentale, une coordination territoriale de second niveau qui doit regrouper tous les professionnels de santé et au-delà (je pense aux professionnels de l'éducation et du logement) qui interviennent dans la santé mentale autour d'un projet territorial qui définit la place des différents acteurs dans le dispositif, leurs modalités de coopération et d'organisation.

Ce projet apporte aux professionnels et à la population de la lisibilité sur les organisations. Surtout, il permet que l'ensemble des besoins soient identifiés et trouvent une réponse dans un cadre qui exclut la redondance des interventions mais promeut au contraire l'identification des compétences et la complémentarité.

Cette coordination territoriale est différente de la coordination qui est effectuée autour d'un patient en proximité mais elle pose les conditions pour que cette coordination de proximité puisse se développer dans un cadre adapté, dans lequel les professionnels savent à qui et dans quelles conditions s'adresser pour un recours spécialisé, un avis, ou une situation de crise ou d'urgence.

Ces projets territoriaux comprendront une dimension prévention et santé mentale des

enfants et adolescents. Vous serez certainement sollicités pour y participer que ce soit autour de la prévention des troubles mentaux de la mère et des nourrissons ou encore dans le cadre des projets pour les adolescents. A ce titre je souligne que les sages-femmes sont encore peu présentes dans les maisons des adolescents : vous y avez pourtant toute votre place. Cette coordination territoriale qui organise les actions des professionnels autour d'un thème de santé publique n'est pas sans rappeler les réseaux régionaux de périnatalité. Les réseaux de santé en périnatalité sont des acteurs incontournables à l'appui des professionnels et au service des priorités nationales en matière de périnatalité. Ces dernières ont été réaffirmées par la Ministre et seront rappelées très prochainement par voie d'instruction : améliorer l'articulation ville hôpital, lutter contre les inégalités sociales de santé, et améliorer l'accès à l'IVG.

4 - L'évolution de la place des établissements de santé

Christine BRONNEC - Adjointe à la sous-direction de la régulation de l'offre de soins - DGOS

Ces évolutions au service des parcours modifient profondément l'organisation hospitalière. Je pourrais développer ce propos sur de nombreux thèmes : le développement de la pratique ambulatoire, l'organisation de réponses spécialisées aux professionnels des soins primaires, par exemple dans le cas de soutien à l'exercice des acteurs de proximité, notamment l'expérimentation des maisons de naissance, la création des groupements hospitaliers de territoire entre les établissements publics de santé, les évolutions des modèles de financement et l'adaptation de la tarification à l'activité, les évolutions dans les organisations internes et les projets de révision du droit des autorisations.

Je ciblerai rapidement mon propos sur les sujets qui vous concernent directement :

- **Le raccourcissement des durées de séjour et PRADO** : l'un des enjeux est de permettre aux femmes qui le peuvent et le souhaitent un retour plus rapide au domicile dans les meilleures conditions possibles, notamment grâce à l'accompagnement par une sage-femme de la mère et de l'enfant.

Ce dispositif, qui place les sages-femmes au cœur du parcours de santé de la femme, a encore vocation à se déployer dans le temps et sur les territoires. Il implique vous le savez une coopération parfaite avec les établissements de santé et des échanges d'information organisés avec les médecins traitants,

- **L'expérimentation des maisons de naissance** : Ce projet d'expérimentation de maisons de naissance n'est pas nouveau, mais grâce à la ténacité et à l'investissement de bon nombre d'entre vous, il pourra enfin voir le jour. La prochaine étape est le lancement de l'appel à projet cet été pour permettre une sélection des candidats en novembre 2015. Nous souhaitons ainsi que les premières maisons de naissance puissent voir le jour au début de l'année 2016.

Ce projet qui implique en premier chef les sages-femmes libérales ne peut s'envisager que dans le cadre de coopérations formalisées avec les établissements de santé afin d'anticiper les difficultés éventuelles et les nécessités de recours à des prises en charge plus techniques.

· L'évolution du droit des autorisations :

C'est un sujet sur lequel vous avez attiré notre attention lors des travaux que nous avons menés ensemble il y a un an. Vous nous aviez indiqué qu'un certain nombre de normes n'étaient plus adaptées à l'évolution de votre activité.

Pourtant les décrets qui classaient les maternités en trois niveaux selon les besoins de prise en charge créaient déjà des conditions de coopération entre établissements et d'organisation de parcours adaptés aux besoins réels de femmes. Il est nécessaire de franchir une nouvelle étape pour mieux prendre en compte les enjeux liés aux exigences de qualité et de sécurité des prises en charge, d'efficacité des organisations et d'organisation des parcours c'est-à-dire intégrant les coopérations entre les différents acteurs qui interviendront en amont et en aval de l'hospitalisation.

C'est pourquoi, en loi de santé, nous avons décidé de porter une disposition qui nous permettra de faire évoluer les régimes d'autorisation d'activité de soins.

Mon propos est sans doute un peu long mais il est pourtant très partiel. Je n'ai pas évoqué ici l'ensemble des mesures en termes d'évolution et de partage des compétences professionnelles et de gestion des ressources humaines, notamment prévues les articles L.4011-1 à L.4011-3 du code de la santé publique, issus de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.

Le parcours de santé, loin d'être un concept vide de sens ou abstrait, est au contraire une exigence qui s'incarne dans l'ensemble des politiques nationales comme dans les pratiques individuelles des acteurs.

Les textes et orientations nationales en matière d'organisation des soins comme de financement doivent poser un cadre qui permet aux parcours de se développer ; les professionnels dans leur travail clinique avec leurs patients doivent intégrer la dimension du parcours qui inclut la prise en compte de l'environnement de la personne et implique de connaître l'ensemble des compétences utiles à la prise en charge et de savoir y avoir recours dans un cadre préparé et fluide, c'est-à-dire dans un cadre coordonné, fondé sur le développement des compétences, la complémentarité et la qualité des pratiques professionnelles.

5 - Parcours de soins et efficacité - Point de vue de la HAS

Rémy BATAILLON - Directeur adjoint de la Direction Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - HAS

Compte tenu de la fragmentation de l'offre de soins et de l'utilisation sous optimale des ressources, la consolidation des parcours de santé est un des moyens promus par les pouvoirs publics et les professionnels pour améliorer la prise en charge et l'état de santé des patients tout en maîtrisant les dépenses de santé. Il s'agit toutefois d'un objectif ambitieux qui ne peut se résumer à la description et à l'application d'un parcours standardisé, même élaboré à partir d'un état rigoureux des connaissances scientifiques.

En effet, chaque parcours résulte en plus de la prise en compte de la personne (ses besoins, ses préférences, son comportement...), des ressources disponibles localement et

de l'organisation des soins et des prestations. De plus, les acteurs doivent faire face à de nombreuses difficultés : cloisonnement de l'offre, volume des connaissances scientifiques, charge de travail, habitudes des patients, absence de données cliniques pour analyser la qualité des soins...

Surmonter cette complexité et optimiser les parcours ne peut s'envisager sans une transformation des pratiques et des organisations sur la base de nouveaux principes : la personne comme partenaire à part entière ; la baisse du coût unitaire et la chasse aux gaspillages ; la responsabilité populationnelle ; la coresponsabilité des prises en charge ; la reddition des comptes.

Ces principes se développent actuellement mais restent marginaux. Les patients sont encore plutôt considérés comme des clients à satisfaire. La politique de revenu est un des modes de régulation essentiels de l'offre.

L'activité des professionnels est quasi exclusivement organisée autour de la réponse aux demandes des patients. La responsabilité individuelle est la règle. Les démarches qualité explicites sont des activités vécues comme une charge supplémentaire.

Pour favoriser ces transformations, il est nécessaire, simultanément, de faire évoluer les politiques relatives, par exemple, à la formation, au financement des acteurs ou encore à la gouvernance de l'offre ce qui est l'ambition de la stratégie nationale de santé et de soutenir l'émergence de nouvelles pratiques qui incarnent ces principes. C'est l'exemple des regroupements pluri professionnels de soins primaires.

Les professionnels de santé organisent des staffs pour analyser leurs pratiques, se concertent sur les situations complexes, développent des actions pour répondre aux besoins de la population du territoire qu'ils considèrent comme relevant de leur responsabilité, élaborent des protocoles de prise en charge, partagent des financements, éditent des listes de patients qui nécessitent des prises en charge renforcées et coordonnées, engagent des démarches d'éducation thérapeutique et associent les patients.

Pour cela, des dispositifs d'appui aux acteurs dans les territoires doivent être envisagés. Ils embarquent des initiatives comme des formations, l'engagement de facilitateurs, des programmes d'amélioration des pratiques, la mise en place de réseaux d'apprenants ou encore la mobilisation des leaders professionnels. Ils s'inscrivent dans une véritable stratégie d'accompagnement au changement.

PLURI PROFESSIONNALITÉ

1 - Une opportunité essentielle pour les sages-femmes de s'imposer comme acteurs incontournables du premier recours

Michel NAIDITCH - Chercheur associé - IRDES - Paris

Si vous m'avez fait l'honneur de me demander de réfléchir avec vous sur le thème très large de la contribution des sages-femmes à la rénovation du système de santé, c'est sans doute parce que j'ai déjà eu l'occasion de donner mon point de vue, souvent critique sur la conduite de votre groupe face aux enjeux auxquels il est confronté et notamment sur les difficultés que vous rencontrez pour mettre en œuvre l'intégralité de vos compétences. La grève de l'année passée a largement témoigné du malaise de la profession. En dépit d'une mobilisation très forte, elle n'a pas débouché sur des avancées à la mesure de ses objectifs. Il ne s'agit pas de revenir sur l'analyse que j'ai proposé des causes de cet échec mais de me focaliser sur une des pistes d'action que je vous avais proposé à savoir : l'intérêt pour les sages-femmes d'investir de façon massive les nouvelles formes d'exercice regroupé pluri professionnel du fait de l'opportunité qu'elles leur offrent de construire empiriquement sur le terrain de nouvelles formes de coopération avec les généralistes et les autres professions de santé (infirmière, kinésithérapeute, diététicienne, etc.) qui en sont membres à partir d'un certain nombre d'actions pluri professionnelles choisies en commun au sein du projet de santé de la structure.

Il existe au moins 5 enjeux pour les sages-femmes liés à leur capacité de s'investir dans ce mode d'exercice mais avec des horizons temporels différents.

- Apprendre à négocier votre place, rôle et responsabilité avec les autres membres de l'équipe en apportant la preuve de la valeur ajoutée que vous apportez en agissant en complémentarité avec les autres professionnels de santé.
- Montrer que vous avez les capacités à animer conjointement avec d'autres professionnels de santé ces structures dans le cadre d'un management participatif et ouvrir ainsi votre champ de compétences "non médicales".
- Réfléchir à et expérimenter de nouvelles modalités de rémunération s'appuyant sur un mix actes/forfait/capitation qui permette de vous assurer un revenu décent en rémunérant de façon différente mais adaptée les différents pans de votre activité.
- Contribuer à mieux faire connaître aux yeux des usagers la profession de sage-femme en montrant par vos pratiques et votre implication au sein de ces structures que votre rôle ne se réduit pas à celui de substituts corvéables et taillables à merci par les pouvoirs publics et à qui serait délégués la réalisation d'actes ou de prestations sans concertation ni réflexion concernant leurs apports dans un projet professionnel rénové. Il s'agit bien d'imposer l'idée que vous êtes un groupe de professionnel capables d'accompagner les couples et leurs enfants dans un grand nombre de circonstances de leurs vies et notamment durant la grossesse et ses suites dans une logique de prévention et de promotion de leur santé.
- D'abord et avant tout faire la démonstration qu'il est possible de construire sur le terrain des solutions aux difficultés que vous rencontrez pour coopérer avec les autres professionnels de santé et notamment sur des secteurs d'activité avec lesquels vous êtes en concurrence implicitement ou explicitement (ex. : le suivi de grossesse).

1 - Pluri professionnalité : mythe ou réalité

Adrien GANTOIS - Sage-Femme libérale - Le Pré- Saint-Gervais - 93

La pluri professionnalité consiste à faire concourir à un même objectif plusieurs professionnels de profession différente. Elle utilise la complémentarité des savoirs et des compétences pour améliorer la résolution des problèmes rencontrés. Le contexte brûlant de la loi sur la stratégie nationale de santé, ainsi que les différents débats qui animent aujourd'hui la conférence nationale de santé nous amènent à penser que la pluri-professionnalité n'est pas encore pleinement intégrée dans notre système de santé, ce qui est assez préoccupant car la population française sera confrontée à une crise démographique médicale sans précédent ces dix prochaines années.

Depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009, l'interprofessionnalité est apparue comme une solution à cette prochaine crise démographique. Sont alors réfléchies les futures pratiques avancées pour les professions paramédicales, des pouvoirs élargis aux Agences Régionales de Santé (ARS) et l'extension des compétences des sages-femmes. Mais cette réforme, n'a pas eu l'effet escompté, le déficit économique de notre système s'est ajouté à la problématique de l'accès aux soins.

Alors cette pluri professionnalité est-elle vraiment une solution pour un système de santé de qualité et accessible ?

• Les différents types d'exercice pluri professionnel

Le centre de santé : Un centre de santé regroupe des professionnels de santé qui y ont tous un statut salarié. (Ex : PMI, Croix Rouge). Ces structures connaissent pour la plupart des difficultés économiques.

La Maison de santé pluri professionnelle : La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique : " Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens". Ils assurent des activités de

soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12. Ils peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. "Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé.

Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé." Comme il n'y a pas de "labellisation", toute structure peut s'appeler maison de santé. Par contre, dès que des financements publics sont sollicités, la confirmation doit répondre à un cahier des charges dressé par la DGOS : au moins deux médecins et au moins un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute...).

Ces professionnels ont en commun un projet de santé pour la population qui les consulte. Ils adaptent l'offre de soins aux nécessités de santé organisées sur le territoire (continuité des soins, éducation thérapeutique,...). Une équipe de soins de premier recours qui n'a pas fait le choix de construire une "maison", peut bénéficier des mêmes avantages réglementaires qu'une équipe en MSP si elle a formalisé un projet de santé.

Le développement des maisons de santé, encore appelées maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), favorise, au-delà des fonctions de coordination, l'émergence de nouvelles pratiques professionnelles.

Le pôle de santé : La notion de pôle de santé est aujourd'hui définie par la loi (article 40 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21

juillet 2009) : il est constitué "entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médicosociale". Il assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire...

Il se dessine dans cette définition, des regroupements d'organisation des soins territoriaux de plusieurs formes. L'ancienne définition qui convenait d'appeler pôle de santé, des équipes de soins de premier recours hors les murs est donc passée d'usage.

La définition des maisons de santé a évolué au cours des précédentes lois. La première inscription dans la loi s'est faite dans la loi de financement de la Sécurité Sociale du 19/12/2007 pour insertion dans le code de la santé publique, article L. 6323-3. Elle a été modifiée par l'article 39 de la loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21 juillet 2009, puis par l'article 2 de la loi du 10 août 2011.

Il existe plus de 620 maisons et pôles de santé en France. Ce mode d'exercice regroupé étant de plus en plus prisé des professionnels, tout particulièrement des jeunes médecins. Les réalisations qui marchent sont souvent marquées par une prise en compte des attentes des professionnels et la présence d'un leader.

Les échecs sont souvent consécutifs au désengagement des pouvoirs publics qui n'accordent pas l'aide escomptée par les professionnels. Plusieurs modes de réalisation existent depuis la création sur des fonds propres des professionnels à des créations sur des fonds publics des collectivités territoriales et/ou de l'assurance maladie. Les différents modes de coordination reposent entre autres sur un dossier électronique partagé, un exercice protocolé, des réunions de concertation mono ou pluri professionnelles, une continuité des soins, un accompagnement personnalisé des patients en situation complexe, une maîtrise de stage, l'utilisation des alertes informatiques pour la relance des patients

dans le dépistage et la prévention, l'établissement d'une charte éthique. Elles ont un coût d'investissement et de fonctionnement supérieur à celui d'un cabinet "classique" actuellement porté par les seuls professionnels.

Les maisons de santé créent un nouveau métier de "coordination administrative d'équipe de santé". C'est grâce à ces nouveaux emplois que les équipes améliorent leur organisation au service des patients. Outre le financement, des questions concernant ces maisons et pôles de santé restent à ce jour en suspens, comme la définition de la population cible de professionnels dont les zones d'intervention sont différentes, la délégation des tâches et les nouvelles formes juridiques de l'exercice regroupé.

L'augmentation du nombre de ces regroupements doit participer à une meilleure répartition géographique des médecins et sages-femmes en organisant l'offre des soins dans une approche territoriale cohérente, car ils fixent géographiquement une unité d'offre de soins. Ils améliorent les conditions de vie privée et professionnelle de ses membres, évitant ainsi le "burnout" trop souvent d'actualité. Ils facilitent l'arrivée des jeunes professionnels de santé qui plébiscitent l'exercice en groupe. Ce mode d'exercice à condition qu'il soit coordonné et protocolé, correspond à une démarche d'amélioration des pratiques et facilite son évaluation. La première évaluation des maisons de santé par l'IRDES en 2014 a montré que ces regroupements stabilisaient la démographie des professionnels, et amélioraient la qualité des soins à moindre coût.

L'établissement de santé public, privé :

Les établissements publics et privés sont aujourd'hui le mode d'exercice où l'interdisciplinarité est la plus appliquée. L'interdisciplinarité consiste à aborder un objet d'étude selon le point de vue de diverses spécialités. Elle utilise la complémentarité des disciplines pour résoudre les problèmes rencontrés.

2.2 - Comment créer ou s'insérer dans un exercice pluri professionnel ?

Que ce soit aux prémices du projet ou au cours de l'exercice pluri professionnel, **les temps d'échanges interprofessionnels sont indispensables**. Ils permettent à chacun de contribuer au projet collectif et aussi de mieux identifier les rôles, les attentes et les spécificités de chaque professionnel. Ils permettent aussi de délimiter les objectifs et les missions de l'exercice en groupe pour ensuite élaborer un projet de santé. L'organisation des staffs, réunions... , loin d'être facile, répond aux contraintes de temps et de personnalité de chaque professionnel.

Le projet de santé est un texte qui définit le mode de réponse aux besoins de santé de la population concernée. Peuvent être abordés : les modalités de la réponse aux demandes de soins programmés et non programmés, de prise en charge des maladies chroniques, l'organisation de la prévention et du dépistage, voire de l'épidémiologie. Enfin, de tout autre projet local comme participation à des réseaux existants, etc... Un projet de santé périnatal est tout à fait possible. Le projet de santé a toutes

ses chances d'être validé par l'ARS s'il répond au Schéma Régional d'Occupation des Sols (SROS). Une fois le projet de santé validé et financé, peut être mis en place **le projet professionnel**. Il décrit l'organisation du travail qui doit permettre la mise en place du projet de santé. Il traite des modalités de gestion des données, des protocoles pluridisciplinaires, de l'éducation thérapeutique, de la maîtrise de stage, de la formation, de la coordination avec les intervenants des domaines sanitaire et social.

En conclusion, la pluri professionnalité permet à toutes les personnalités de s'exprimer en fonction du contexte territorial et de son objectif professionnel. La coordination d'un tel exercice fait appel non plus à une hiérarchisation professionnelle mais à un véritable leadership dans lequel la sage-femme a toute sa place. Notre identité professionnelle polymorphe nous permet d'appréhender l'ensemble des professions avec lesquelles nous partageons le territoire de santé. Il faut donc, en tant que sage-femme, ne pas hésiter à s'affirmer afin d'exercer en toute autonomie. L'exercice pluri professionnel est possible dans un positionnement professionnel assumé.

POINT DE VUE DES USAGERS

1 - Place individuelle et collective de l'utilisateur depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Catherine OLLIVET - Présidente du Collectif Inter associatif Sur la Santé d'Ile-de-France

L'affirmation des droits des personnes malades s'exprime par la loi du 4 mars 2002 et par le concept de "démocratie sanitaire", mais plus encore dans celui de "démocratie en santé" qui recouvre aujourd'hui, pour chacun d'entre nous, tous les champs de notre parcours de vie en santé, bien au-delà des maladies aiguës, chroniques ou des accidents de la vie dont nous pouvons souffrir. Le droit à l'information et l'accès direct du patient à son dossier médical sont les aspects les plus médiatisés de cette loi. Pourtant, d'autres questions, moins souvent abordées, sont peut-être bien plus essentielles.

C'est quoi la démocratie en santé ?

C'est la possibilité offerte à chaque usager de notre système de santé de devenir, s'il le veut, un acteur direct de sa propre santé. Mais pour être acteur, encore faut-il "savoir son texte", c'est-à-dire non seulement connaître la loi et connaître ses droits individuels propres qui en découlent, mais aussi avoir été informé certes, mais que cette information ait été accessible, fiable, compréhensible et loyale. C'est uniquement lorsque ces conditions sont réunies qu'un patient peut prendre une participation active aux décisions médicales qui le concernent, choisir et décider en connaissance de cause,

Connaître et affirmer des droits individuels ?

Force est de constater qu'il s'agit trop souvent d'un rapport de force entre des droits mal connus ou mal compris, venant se confronter aux différents pouvoirs et obligations de notre système de santé. Ainsi le droit de choisir SON médecin traitant en ville, autorise-t-il d'en changer en permanence, de consulter 3 médecins dans la même journée, et de multiplier les ordonnances et les traitements médicamenteux au risque de déclencher des accidents iatrogènes graves ? L'accès débridé sur Internet à de multiples informations en

santé, sans explication éclairée et éclairante, sans vérification de compétence, modifie le rapport entre le professionnel de santé et le patient qui finira par croire qu'il en sait même plus que le médecin lui-même. Lorsque d'éventuels accidents médicaux, des révélations de "scandales sanitaires", ou la mort à l'hôpital sont abordés dans des flashes d'une minute ou une minute 30... difficile d'y voir une médiatisation éthique des informations en santé permettant ensuite aux usagers d'exercer leur droit de participation active à leurs décisions de santé en donnant leur consentement libre et éclairé.

Les droits de l'utilisateur individuel face à la puissance collective de l'hôpital, ses règles explicites et implicites de la communauté médicale, ses contraintes administratives, légales, syndicales, financières ou imaginaires que l'utilisateur ne peut que rarement connaître ne permettent pas encore aujourd'hui de croire à la mise en œuvre concrète et généralisée de la loi du 4 mars 2002. Pourtant incontestablement, la démocratie en santé progresse. **User de notre système de santé, sans en abuser** ce qui est de l'intérêt même de chaque contribuable à son financement par ses impôts ou ses prélèvements sociaux, n'est pas chose facile à évaluer : où placer le " curseur " de l'abus lorsqu'il s'agit de soi-même ou bien plus encore d'un être cher ? La sensibilisation des usagers à l'usage pertinent de notre système de soins est l'affaire de tous : tant de la part des professionnels médicaux et paramédicaux, en ville comme à l'hôpital, que de la part des associations représentatives d'enjeux en santé, agréées à représenter les usagers, sans oublier la place des médias et l'exigence d'une information loyale et éthique par les journalistes, en passant par la responsabilité des hommes politiques décideurs et financeurs. Lorsqu'il s'agit de la femme et de l'enfant à naître, les regards et le respect des droits de chacun

deviennent plus complexes car deux vies s'y entremêlent. Autrefois, lorsque de graves difficultés d'accouchement apparaissaient, le médecin de famille qui accouchait à domicile avec une sage-femme, demandait au père lequel des deux il souhaitait sauver prioritairement si l'obligation le choisit devenait réalité. Le père répondait le plus souvent "l'enfant" car il lui était toujours possible d'espérer retrouver une autre épouse qui lui ferait peut-être d'autres enfants, mais sans certitude pour aucun qu'ils réussiraient à survivre à leurs deux premières années. Un enfant vivant était à l'époque un bien rare et précieux, une promesse d'avenir toujours remise en question... Aujourd'hui, sur le médecin et la sage-femme repose une double obligation de réussite : il s'agit bien non seulement de "sauver" les deux, mais bien d'assurer avec certitude leur bonne santé physique et mentale. Cette double obligation de réussite vient se confronter à l'obligation de réduire au maximum le temps d'hospitalisation : la Durée Moyenne de Séjour a diminué de façon drastique en maternité depuis quelques années. Dans les années 65-70, une jeune mère restait 14 jours hospitalisée si elle avait eu une épisiotomie pour accoucher... Comment aujourd'hui, assurer à une jeune maman et à son bébé, la même qualité de suivi à domicile et surtout répondre au besoin de réactivité, de conseil, de soutien dans les premiers jours d'une sortie de maternité alors que la fragilité du bébé et de sa maman sont palpables surtout pour une mère dont c'est le premier enfant ? Comment lui éviter les angoisses au constat de la plus petite "anomalie", les envolées

précipitées en pleine nuit aux urgences, les énervements et propos agressifs du jeune papa tout frais sorti de son lit, très contrarié si sa "petite merveille" attend quelque peu ?

La compétence professionnelle de proximité, "près de chez soi" est une richesse qui tend à diminuer, à l'inverse d'une exigence de réussite optimum en santé qui, elle, tend à croître inexorablement. Une telle incompatibilité d'humeur entre des attentes parfois irrationnelles et des réponses aux besoins souvent rigidifiées, devrait bien un jour, trouver des réponses souples et surtout adaptables à chaque attente et besoin individuels du patient. Certaines réponses technologiques pourraient être de fantastiques outils permettant de démultiplier la compétence professionnelle au plus près de chacun. Plus que jamais, les mutations, évolutions, voire les bouleversements en cours dans le champ de la santé, nécessitent que des hommes et des femmes, bénévoles formés, "patients ressources", compétents et convaincus, voient leur apport spécifique toujours mieux écouté et respecté, en ville comme à l'hôpital, en tant que partenaires recherchés et attendus pour la co-construction de la qualité médicale et soignante. Nous avons tous quelque chose à y gagner : cela peut prendre les noms les plus divers comme "sécurité des soins, qualités relationnelles, compétences professionnelles, respect de la loi et de la dignité humaine, enjeu de société et défense des citoyens de la cité..." et bien d'autres noms encore. Chacun d'entre nous à quelque chose à y gagner, dans le regard de l'autre.

2 - De l'utilisation non pertinente du système de santé par l'utilisateur

Madeleine AKRICH - Présidente du Collectif Inter associatif autour de la Naissance.

La question des parcours de soins n'est pas un sujet auquel le CIANE à l'habitude de travailler sauf sur des cas particuliers que sont les maisons de naissance. Néanmoins il est intéressant de répondre à un certain nombre de questions qui sont régulièrement posées par des organisations de sages-femmes, notamment sur celle de savoir si la sage-femme doit être ou pas définie comme "premier recours" dans le suivi de grossesse,

ou jusqu'à quel point il faut pousser le modèle de l'accompagnement global. Une des raisons à notre embarras face à la question des parcours est liée au fait qu'en France, comme probablement dans beaucoup de pays, il y a une définition assez poussée des différents événements médicaux qui doivent jaloner la grossesse (nombre et nature des visites, dépistage prénatal, examens biologiques, suivi échographique etc.),

donc une définition en termes de "points", mais pas de définition générale du "parcours" au sens d'un déplacement entre différents lieux et différents professionnels qui seraient bien spécifiés pour chacun des événements médicaux. Il y a des définitions locales bien sûr, qui sont ajustées plus ou moins à la disponibilité sur un territoire de certaines ressources, à des formes d'exercice différent (public/privé), ou aux contraintes organisationnelles que se donnent les établissements (si vous voulez accoucher chez nous, vous devez venir en consultation à partir de tel mois).

Au total, si l'on veut avoir une idée globale de ces "parcours", on dispose des statistiques agrégées par le biais de l'enquête périnatale de 2010. D'après l'enquête périnatale, 23,8% des femmes ont eu des consultations de suivi avec un généraliste, 47,2% un gynécologue-obstétricien de ville, 63,4% un gynécologue-obstétricien à l'hôpital (en partie les mêmes que les précédents), 39,4% une sage-femme en maternité, et 19,8% par une sage-femme hors maternité (cela fait plus de 100% car les femmes peuvent avoir vu plusieurs personnes ou peut-être la même dans des endroits différents). Le suivi a été assuré essentiellement par un gynécologue-obstétricien pour 66,8% d'entre elles, 4,7% par un généraliste, 11,7% par une sage-femme, 16,8% par plusieurs professionnels.

Deux constats : les gynécologues - obstétriciens occup(ai)ent une place prépondérante dans le suivi de grossesse, néanmoins entre 40% et 60% des femmes ont eu affaire à une sage-femme durant leur grossesse.

Il y a des pays dans lesquels sages-femmes et généralistes constituent les interlocuteurs obligés des femmes au démarrage de la grossesse et où l'orientation vers des obstétriciens se fait à leur initiative en fonction de pathologies repérées ou suspectées. Comme on le voit sur les statistiques françaises, on est très loin de cette situation. On pourrait même dire qu'on est à la limite dans une situation inversée : pour certains acteurs, il faudrait justifier l'intervention des sages-femmes dans le suivi de grossesse. On a assisté de la part des gynécologues à une attaque des compétences des sages-femmes dès lors que celles-ci revendiquaient une place d'intervenants de premier recours, attaque grotesque et absolument

inadmissible et contre laquelle le CIANE s'est mobilisé. Pour autant, on ne peut pas éluder la question de savoir ce qui justifierait que les sages-femmes soient placées en premier recours pour l'ensemble des grossesses. On entend souvent les arguments suivants :

- **Des considérations économiques :**

la sage-femme coûtant moins cher que l'obstétricien. Le cotisant ou le contribuable pourraient éventuellement défendre cette position, mais en tant qu'usagers – même si cet aspect peut intervenir dans la réflexion – ce ne peut pas être l'aspect déterminant hors de considérations autres notamment sur la qualité des soins.

- **L'idée que les sages-femmes sont les spécialistes de la physiologie :** certes mais en France, les gynécologues-obstétriciens le sont aussi. Il y a un flou dans le partage des compétences et c'est bien ce qui permet à certains d'être aussi condescendants. Par ailleurs, il est assez difficile de dire ce qui distingue dans la pratique un suivi effectué par une sage-femme et un suivi assuré par un obstétricien, et ce pour deux raisons liées : d'une part, il y a probablement autant de différences entre les sages-femmes elles-mêmes qu'entre les sages-femmes et les obstétriciens, ou entre les obstétriciens. D'autre part, il n'y a pas de formalisation de ce qui ferait la spécificité d'un suivi de sage-femme : certains tracts d'organisations de sages-femmes ont dénoncé le fait que la grossesse a trop été pensée en termes de risques potentiels conduisant à une technicisation de son suivi – ce avec quoi le CIANE est tout à fait en accord – et mettant en avant la sage-femme, son approche, ses compétences etc. Mais concrètement, quelle différence cela fait-il ? Difficile à dire...

- **L'autorité médicale, intellectuelle, morale même est assez clairement attribuée aux gynécologues/obstétriciens.** Malgré tout, ce sont bien les médecins qui à la fois construisent les connaissances sur la grossesse et l'accouchement en France, et définissent les règles du jeu que ce soit dans des instances comme le CNGOF ou dans les services. Un mouvement semble se dessiner pour changer les choses, puisque le Collège National des Sages-Femmes de France a

entamé la rédaction de recommandations. Mais il faut sans doute aller plus loin : à l'instar de ce qui se passe dans d'autres pays, comme le Royaume-Uni ou les Pays Bas, ne faudrait-il pas que se développe une recherche impulsée par les sages-femmes affranchies de l'autorité des médecins sur cette fameuse physiologie dont elles se considèrent les spécialistes, afin qu'elles puissent mieux affirmer leur autorité ?

- Un autre argument que l'on entend parfois repose sur l'idée que les sages-femmes seraient en quelque sorte les traductrices et les représentantes naturelles des femmes ; d'où manifestement une certaine incompréhension lorsque le CIANE qui a, lui aussi, l'ambition d'essayer de représenter les femmes ne souscrit pas aux propositions des organisations de sages-femmes et ne se range pas derrière elles. De ce qu'on peut lire dans nos enquêtes, les femmes se moquent d'un certain point de vue de savoir si c'est un obstétricien ou une sage-femme qui s'occupe d'elle : ce qu'elles veulent, c'est qu'on les écoute, qu'on les respecte, qu'on les soutienne sans les infantiliser... Ce qui suppose qu'elles soient pleinement reconnues pour elles-mêmes. Il faut donc éviter la confusion des rôles : il faut que les sages-femmes assument pleinement ce qu'elles sont, à savoir des professionnelles de la naissance, car c'est à cette condition que peut se nouer un dialogue fructueux au niveau individuel comme au niveau collectif.

Certes, il y a une certaine méconnaissance du public sur les compétences des sages-femmes notamment sur le suivi de grossesse, mais ce n'est pas juste une affaire de communication. Pour les raisons que j'ai explicitées plus haut, il y a une vraie difficulté à les faire valoir positivement, c'est-à-dire à en faire autre chose qu'une sous-catégorie des compétences attendues des obstétriciens.

En conclusion, il nous semble que l'amélioration du positionnement des sages-femmes dans les parcours de soins passe par un triple travail qui permette de construire en positif et de mieux faire connaître la contribution des sages-femmes : un engagement dans la recherche afin de participer à la production des savoirs et surtout de développer un corpus de

connaissances centrées sur la physiologie, trop souvent délaissée par la recherche biomédicale au profit des questions ayant trait à la pathologie ; l'élaboration, notamment à partir de données de la science, de normes et de recommandations qui concernent spécifiquement le domaine de compétence des sages-femmes - Le CNSF s'est engagé dans cette mission qu'il faut absolument poursuivre ; la formalisation de ce qui devrait constituer la spécificité des suivis assurés par les sages-femmes, formalisation dans les textes mais aussi dans les pratiques.

Par ailleurs, au-delà de ce travail largement épistémique, le développement d'un certain nombre d'expériences est susceptible de faire évoluer la place de la sage-femme et sa perception : les maisons de naissance et les espaces physiologiques permettent de mettre en valeur certains aspects clés des compétences des sages-femmes et de démontrer leur capacité d'autonomie par rapport aux gynécologues-obstétriciens ; la délégation par des hôpitaux à des sages-femmes libérales du suivi des grossesses produit le même type d'effets et permet de nouer une relation différente avec les femmes ; enfin, l'accompagnement à domicile des femmes en post-partum est aussi de ce point de vue une formidable occasion pour les sages-femmes de se promouvoir auprès du grand public : il permet de déployer l'ensemble de ses compétences (aspects médicaux pour la mère et l'enfant, allaitement, écoute et aspects psychologiques, parentage) et de la positionner comme un pivot dans le soin, capable de faire le lien et de coordonner les différents professionnels possiblement impliqués.

PLURALITÉ ET DIVERSITÉ DE PARCOURS DE SANTÉ

1 - La Régulation des naissances - Coordonner l'action des différents acteurs autour de l'IVG et de la contraception

Célestine BADIANE - médecin coordinateur Réseau REVHO - Paris

Le recul de l'âge à la première maternité allonge la période où une grossesse n'est pas souhaitée. En 2013, 229 000 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France, dont 217 000 en Métropole.

Le taux de recours est de 15,6 IVG pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France entière. Les femmes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, avec un taux de 28,8 IVG pour mille femmes par an. L'IVG médicamenteuse constitue depuis 1989 en France une alternative à l'avortement par aspiration. La loi de juillet 2001 a autorisé sa pratique hors établissements de santé pour les grossesses de moins de 49 jours d'aménorrhée. Depuis 2004, des textes réglementaires précisent les modalités d'application de la loi et de remboursement.

Créé en novembre 2004, le réseau REVHO, Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie, est un réseau de santé régional au service de la santé reproductive des femmes. Il travaille en collaboration avec des professionnels de ville, libéraux ou salariés de centre de planification familiale ou centre de santé, des établissements hospitaliers pour faciliter l'accès à l'IVG médicamenteuse en ville. Le réseau développe aussi des partenariats associatifs et institutionnels pour l'élaboration de projets communs visant à améliorer le parcours de soins des femmes. Il s'agit de coordonner l'action des différents acteurs de l'IVG et de la contraception afin d'assurer une prise en charge optimale.

Pour les professionnels de santé, le réseau apporte l'appui logistique nécessaire au suivi des patientes : site internet www.revho.fr, formations, outils de prise en charge des patientes, rencontre d'échange de pratiques. Environ 200 professionnels sont formés chaque année à l'IVG médicamenteuse en ville par

le réseau dont une quinzaine de sages-femmes. Pour les patientes, le réseau met à disposition des informations fiables sur l'IVG et la contraception : affiches et plaquettes d'information, site internet informatif

www.ivglesaddresses.org.

Après 10 ans d'existence, le réseau fédère près de 350 médecins de ville libéraux et 62 médecins salariés de 85 centres de planification familiale ou centres de santé, 28 établissements hospitaliers. Grâce à ce partenariat entre la ville et l'hôpital, environ 7000 patientes sont prises en charge chaque année. Dans la continuité de son action en faveur de la santé reproductive des femmes, REVHO a développé depuis 2013 un volet contraception.

Les récentes dispositions législatives et réglementaires ont permis d'élargir le champ des prescripteurs de la contraception. Pharmaciens et infirmières ont la possibilité de jouer un rôle plus important dans ce domaine aux côtés des prescripteurs historiques médecins et sages-femmes depuis 2009. Ce projet a pour objectif principal de favoriser l'accès à l'information et à la contraception en fédérant les acteurs de santé. Il a abouti en 2014 à la mise en place d'une formation à destination des pharmaciens et de leurs employés en partenariat avec l'URPS Pharmaciens. Le réseau a aussi développé en amont de cette action, des outils de communication autour de la contraception.

Les récentes propositions de la loi santé en cours vont autoriser la pratique de l'aspiration sous anesthésie locale hors établissement de santé et de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes. Cette dernière évolution complète les extensions successives de leurs compétences dans le domaine de l'orthogénie. Fortes de leur expérience dans l'accompagnement à la parentalité

et de leurs connaissances médicales, les sages-femmes ont en effet toute leur place dans la prise en charge des femmes qui s'interrogent sur l'opportunité de poursuivre ou non une grossesse. La réalisation de l'IVG quand elles décident d'interrompre s'inscrit dans la prise en charge globale des patientes qui se confient à elles. Qu'il s'agisse de l'IVG ou de la contraception, l'approche pluridisciplinaire

est un atout majeur pour assurer une continuité et une complémentarité dans la prise en charge des femmes. REVHO a toujours su valoriser les compétences et les expériences complémentaires des acteurs de santé afin de préserver la santé et le droit reproductif des femmes. C'est avec satisfaction que le réseau accueille ces avancées législatives et les missions de formation qui vont lui incomber.

2 - Parcours de soins des femmes enceintes et des nouveau-nés en situation de grande précarité

Laure BRIEND sage-femme coordinatrice, Paule HERSCHKORN BARNU, gynécologue-obstétricienne directrice - Réseau Solidarité Paris Maman Ile-De-France

2.1 - Une problématique médicale

Les parcours de soins des femmes en situation de grande précarité se caractérisent par un retard dans l'accès au système de soins, un recours fréquent aux urgences, des décrochages dans le suivi de grossesse (ou parfois des suivis multiples et dispersés avec doublon des examens).¹

La grossesse physiologique peut alors se transformer en grossesse à risque pour la mère et l'enfant lorsque le suivi est insuffisant. Toutes les études s'accordent pour dire que les femmes en situation de grande précarité ont plus de risque d'accouchement prématuré, plus d'enfants de petit poids de naissance pour l'âge gestationnel, plus de césariennes. Les taux de mortalité maternelle et périnatale sont plus élevés². Et plus récemment, des études ont également mis en évidence une inégalité d'accès au diagnostic anténatal donnant lieu à un risque accru d'enfants porteurs de trisomie 21 ou autres malformations³.

La dépression du post-partum est la complication la plus fréquente en postnatal pour la population générale. L'étude ENFAMS, réalisée par l'observatoire du SAMU SOCIAL, note des troubles dépressifs chez 29% des mères, soit 4 fois plus que dans la population générale⁴.

Plusieurs questions se posent afin de réduire ces risques médicaux :

- Comment garantir une continuité des soins quand les priorités d'existence aux quotidiens ne sont autres que manger, dormir à l'abri et subvenir à ses besoins d'hygiène ?
- Comment garantir un parcours de soins adapté quand le lieu de résidence est à géographie variable sur l'ensemble de la région ?

2.2 - Coordination du parcours de soins : l'exemple du réseau SOLIPAM

C'est face à ce constat, que le réseau SOLIPAM est créé en 2006, SOLIPAM pour Solidarité Paris Maman. L'originalité de cette création soutenue et financée par l'ARS Ile-De-France réside dans l'implication conjointe de responsables du secteur médical et du secteur social dans une même volonté de réduire les risques périnataux liés à la précarité sociale (APHP, CASP, SAMUSOCIAL 75, DFPE PARIS, DIACONESSES)⁵.

- L'objectif du réseau SOLIPAM est de faciliter l'intégration dans le système de soins des femmes enceintes précaires et d'assurer la continuité de leur prise en charge tant sur le plan médical que social, ainsi que celle de leur nouveau-né.

¹ Mahieu-Caputo D. Prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ? Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2010 ; 38 : 83-91

² Blondel B, Kermarrec M., Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, INSERM-U953. Disponible sur internet (consulté le 26/03/2012): http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

³ Subtil D. Nouveaux risques liés à la précarité : l'exemple du dépistage de la trisomie 21. Réalités en gynécologie-obstétrique, Novembre 2010 ; 149 : 1-3

⁴ Guyavarch E, Le Méner E, Vandentorren S, ENFAMS : Enfants et familles sans logement personnel en Ile-De-France. Disponible sur internet (consulté le 26/08/2015) http://www.mipes.org/IMG/pdf/ENFAMS_rapport_final.pdf

⁵ Parigi S, Laporte A, Herschkorn Barnu P. Le rôle du Samu Social de Paris. Réalités en gynécologie et obstétrique, novembre 2010 ; 149 :1-4.

La priorité est d'organiser un parcours de soins adaptés aux besoins exprimés par la femme et d'organiser celui-ci autour d'elle et de son nouveau-né (et non autour d'une structure). Les orientations se font prioritairement sur les dispositifs de droits communs (par exemple l'orientation vers les professionnels de ville lorsque les droits sont ouverts permet de diminuer le recours aux consultations en urgence, l'orientation en prénatale vers la PMI permet d'ancrer le plus tôt possible la femme dans un système de soins avec lequel elle peut se familiariser pour y revenir en postnatal).

L'organisation du parcours de soins prend en compte la réalité des dispositifs existants tant sur le plan médical que social. Les hébergements sont rares, la coordination sociale de SOLIPAM travaille le plus possible sur une stabilisation de l'hébergement. Une fois celle-ci obtenue, il est primordial de reconstruire l'environnement médical en proximité.

Une fois la femme intégrée dans le système de soins, il s'agit d'éviter les décrochages (la femme ne s'est pas présentée à son rendez-vous) et les ruptures de suivi. Les occasions peuvent être nombreuses quand les préoccupations quotidiennes sont prioritairement l'hébergement et l'alimentation.

Pour assurer la continuité de leur suivi, les professionnels médicaux qui sont en charge de ces situations (sages-femmes ou médecins) alertent la coordination lors d'une absence aux rendez-vous. La coordination recontacte la femme et l'ensemble des professionnels en charge de la situation afin de tout mettre en œuvre pour la réinsérer dans les soins. Par ailleurs, les femmes sont régulièrement contactées par la coordination afin de s'assurer qu'elles sont toujours en lien avec les professionnels adaptées. Enfin, et c'est le plus important : dès l'inclusion dans le réseau, la femme dispose du numéro de téléphone de la coordination en cas de difficultés. La coordination la remettra alors en contact avec les professionnels adaptés. Cela dit, les situations sont d'une extrême complexité et trouver des solutions optimales pour organiser un parcours de soins cohérent relèvent parfois du défi ! C'est pourquoi, le réseau fonctionne comme un établissement de santé. Un staff hebdomadaire, dirigée par la directrice du réseau et gynécologue-

obstétricienne permet à la coordination médicale et sociale de présenter les dossiers complexes. Pour chaque situation, les possibilités les plus adaptées sont étudiées, en fonction des ressources existantes sur le territoire, en tenant compte des préconisations de chaque professionnel en charge de la situation.

Par exemple : femme enceinte ayant un utérus cicatriciel, hospitalisée pour métrorragies, dans un contexte de placenta bas inséré. On suspecte un placenta accreta... Madame est sortante d'hospitalisation (après 48h d'arrêt des métrorragies) et doit revenir pour confirmer le diagnostic à l'IRM. Mme est sans solution d'hébergement à la sortie de la maternité... La maternité, inquiète sur le suivi médical de cette patiente, souhaite qu'elle soit hébergée juste à côté.

- Staff coordination SOLIPAM : quelles solutions d'hébergement existe-t-il ? Quelles sont les ressources médicales nécessaires pour le suivi de cette patiente ? Comment peut-on concilier les deux ? Au niveau médical, nécessité d'une maternité avec réa maternelle et service d'embolisation... au niveau social, place possible au 115 mais pas en proximité de la maternité initiale. Place possible dans un autre département (78). Après accord de la maternité qui a initié le suivi, la coordination médicale va s'assurer qu'une maternité adaptée près du nouveau lieu d'hébergement puisse prendre le relais de cette prise en charge.

- Suite de la coordination : la femme pourra être hébergée, aura son IRM et accouchera dans la maternité adaptée, proche du lieu d'hébergement, en évitant tout risque vital et décrochage de suivi. En outre, on aura également évité une hospitalisation prolongée dans la maternité initiale, car on aurait pu attendre très très longtemps un hébergement à proximité...

2.3 - Rôle de la sage-femme dans les situations de précarité

La sage-femme est l'acteur de première ligne dans le **repérage des situations de précarité**. L'entretien prénatal précoce (EPP) est un moment particulièrement privilégié pour repérer ces situations et permet de "déclencher" le réseau de professionnels nécessaires. Cependant, certaines femmes ne bénéficient pas de l'EPP et d'autres vont basculer dans la précarité en cours de grossesse. Il est donc indispensable de repérer de manière continue (à chaque consultation, tout au long de la grossesse) les critères de précarité, de la même manière qu'on recherche à chaque consultation tout autre facteur de risque médical. Les femmes qui ont un recours fréquent aux urgences doivent particulièrement nous alerter, et ne doivent pas échapper au repérage car certaines d'entre elles auront beaucoup de difficultés à venir en rendez-vous programmé.

Afin d'aider les professionnels de santé dans le repérage de ces situations, la coordination du réseau SOLIPAM a travaillé en collaboration avec le Collège National des Sages-Femmes de France et Médecins du Monde pour construire une grille d'aide au repérage des situations de précarité ⁶.

Lorsqu'une situation de précarité est repérée, la sage-femme doit identifier les ressources nécessaires pour répondre aux besoins exprimés par la femme, le couple.

Il est donc important de connaître les dispositifs existants sur le territoire de santé. Pour cela, la sage-femme peut s'appuyer sur son réseau de périnatalité. Sur la région Ile-De-France, le réseau SOLIPAM est au service des femmes mais également au service des professionnels comme plateforme de ressources et d'information.

Pour la plupart des situations, un **accompagnement renforcé** sera nécessaire en faisant appel à différents professionnels : assistante sociale, technicienne d'intervention sociale et familiale, psychologue, professionnels de PMI... La sage-femme doit garantir la complémentarité des actions de chaque professionnel autour de la femme. Ceci afin d'éviter des interventions décalées ou des discours contradictoires qui peuvent décrédibiliser le système de santé.

Il convient également d'adapter sa pratique médicale à la situation de précarité.

Le plan de suivi proposé est-il réalisable ? Madame a-t-elle des difficultés de moyen de transport qui risque d'entraîner une rupture de soins ? Les conseils hygiéno-diététiques sont-ils en adéquation avec la réalité de ses conditions de vie ? Madame a-t-elle des droits ouverts ? En cas d'absence de droits ouverts, est-ce que Madame pourra se procurer le traitement prescrit ?

L'information délivrée doit être pertinente et complète. La sage-femme devra s'assurer de la bonne compréhension de la patiente et en cas de doute faire appel à un interprète. Comme pour toutes les femmes, nous nous devons de bien informer les patientes, en particulier sur le calendrier du suivi de grossesse, les délais possibles pour recourir à l'IVG et les possibilités d'accouchement sous le secret.

Bien sûr, l'anticipation sur la période postnatale est un élément très important pour le bon déroulement du parcours de soins. Cette anticipation comprend bien évidemment la recherche d'un hébergement si besoin mais également l'anticipation et l'introduction de tous les professionnels nécessaires au soutien renforcé en post-natal.

2.4 - En conclusion

Dans ces missions, la sage-femme se doit d'assurer la surveillance médicale nécessaire et adaptée à chaque situation. Cela est parfois très complexe lorsqu'il s'agit d'une femme en situation de grande précarité. Dans ces situations, la sage-femme doit souvent faire appel à un réseau de professionnels pour étayer la prise en charge. Elle a alors un rôle pivot dans l'articulation des différents acteurs à mettre en place pour répondre le plus précisément possible aux besoins de la mère, du couple, et de l'enfant.

⁶Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant. Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité. Disponible sur internet (consulté le 26/08/2015) http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_preca-rite_ou_de_vulnerabilite.pdf

**Réseau SOLIPAM : Solidarité
Paris Maman Ile-de-France**

Standard : 01 48 24 16 28 /
Télécopie : 01 48 24 19 29
secretariat@solipam.fr

www.solipam.fr

3 - "Le partenariat PrENaP 75" - Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement des femmes en situation de Précarité

Véronique BOULINGUEZ - sage-femme coordinatrice,

Nathalie MARTZ - Chef de service - ESI Emmaüs Paris, Laurence ROUX - ARS Ile De France

PRENAP est un partenariat ville-hôpital entre une maternité (maternité de Port Royal - Paris 15^{ème}) et un accueil de jour (ESI Familles Emmaüs Paris 15^{ème})- qui permet d'accompagner les femmes enceintes en situation de grande précarité puis les mères et leurs bébés (voire fratrie et père) dans leur parcours de santé avec deux focus : la nutrition/malnutrition et l'allaitement. Ce dispositif est financé par l'ARS.

Les critères d'inclusion sont le volontariat des femmes, l'isolement et la sortie après l'accouchement via le SAMU social.

Le partenariat est proposé aux femmes par le service social, le consultant ou la coordinatrice. La libre adhésion est une condition essentielle à l'inclusion. Le territoire d'ancrage qui comporte la maternité associée aux compétences de l'accueil de jour participe au renforcement du parcours de santé très entravé par la vulnérabilité sociale. Il devient le territoire de premier recours avec un maximum de ressources basées en ville. Ce parcours est actuellement optimisé par la mise en place d'un partenariat de proximité avec les médecins généralistes, l'HAD, la PMI, l'ASV, les centres de santé et la PASS.

L'accompagnement proposé par la maternité et l'accueil de jour est très complémentaire. La méthode de travail de l'ESI (Espace Solidarité Insertion) d'Emmaüs est axée sur l'accompagnement vers le droit commun en s'appuyant sur l'accueil inconditionnel, anonyme et gratuit. Sa méthodologie d'intervention est centrée sur l'accueil, l'écoute et l'orientation.

Des prestations généralistes et spécialisées sont proposées à l'ESI Familles. La nature des prestations généralistes est centrée sur trois axes : des prestations de base satisfont les besoins vitaux des familles accueillies (laverie, vestiaires, cuisine à disposition) ; des prestations promotionnelles permettent à chacun de reprendre confiance et sont des médiateurs/alibis à la rencontre sociale (apprentissage de la langue française, informatique adultes et enfants, massage bien-être, photos, travail

manuel et artistique ; et des prestations d'insertion permettent aux familles de cheminer vers les institutions de droit commun. La nature des prestations spécialisées est centrée sur quatre axes. Tout d'abord, une permanence sophrologie permet de faciliter l'expression des personnes accueillies dans un cadre informel afin d'améliorer l'individualisation des orientations sociales proposées ; ensuite un soutien à la parentalité : la promiscuité des chambres d'hôtels déstabilise souvent les liens familiaux. Ces rencontres informelles permettent par la suite de mettre en place des entretiens avec les travailleurs sociaux où des orientations spécialisées peuvent être proposées aux parents et à leurs enfants. La mise en place d'une permanence de médiation familiale permet aux parents d'exprimer leurs difficultés conjugales et/ou familiales et d'être par la suite d'être orientés vers des institutions spécialisées de droit commun ; et en complément la permanence de la psychologue permettant de créer un espace de parole confidentiel, puis, par la suite, les adultes et les enfants peuvent être orientés vers des institutions spécialisées de droit commun.

L'interactivité entre les prestations généralistes et les prestations spécialisées permet donc de proposer une méthodologie d'intervention sociale centrée sur le concept de "Maison dans la rue" et d'optimiser la qualité d'un accompagnement individualisé dans un dispositif d'accueil collectif. L'ESI permet ainsi aux femmes enceintes ou aux jeunes mères adressées par la maternité de Port-Royal de bénéficier de ces différentes prestations. Elles disposent ainsi d'un lieu sécurisant et structurant pour rompre avec l'isolement lié aux hébergements en chambre d'hôtel. Les prestations nutritionnelles, axe fondamental du projet, se concrétisent par des ateliers qui se déroulent dans l'espace cuisine de l'ESI. Des cartes pour le restaurant associatif sont aussi données si besoin. Le travail en partenariat avec les diététiciennes et la consultante en

lactation de la maternité a permis aux travailleurs sociaux de se préoccuper davantage de l'importance de la nutrition et de l'allaitement et de proposer un accompagnement plus adapté aux jeunes mères.

L'ESI met en lien les différents intervenants engagés dans l'accompagnement social afin de favoriser la cohérence des orientations destinées aux femmes incluses dans PRENAP. En complément des moyens humains de l'ESI familles, le poste de sage-femme coordinatrice depuis le 4 février 2014, a permis de gérer le projet dans ses aspects organisationnels, soins, recherches et de formaliser le lien entre le sanitaire et le social. Il a facilité la mutualisation des ressources entre la maternité et l'accueil de jour. Si PRENAP apporte un réel soutien de type "maison dans la rue" au quotidien, concernant tout particulièrement la santé, PRENAP permet une congruence et une continuité d'accompagnement Maternité/ESI, un soutien dans les orientations santé (Suivi grossesse, PMI, vaccination, PASS, médicament sur ordonnance, centre médico-social, planning familial...) un soutien pour que les femmes

puissent ou pensent à aller au rendez-vous postnatal, un soutien à la mise en place d'HAD à la sortie de la maternité, un soutien d'écoute psychanalytique (médiatrice familiale, psychanalyste et psychologue) un soutien de lutte contre les conséquences du stress de l'exclusion ou de la rue (sophrologie) un soutien pour le suivi santé (orientation médecins référents).

Les apports de PRENAP sont donc multisectoriels : alimentation quotidienne et alimentation de survie, soutien en termes de santé de base, physique et psychique. Sans affaiblir les objectifs de départ et en tenant compte des nouvelles problématiques sociétales (changement d'hébergement fréquent, insécurité alimentaire) le dispositif PRENAP est devenu aujourd'hui un outil de lutte contre l'exclusion. Dans un environnement de précarité aggravée, il permet d'étayer la construction de la parentalité dans toutes ses dimensions : alimentation et nutrition, hygiène, santé physique et psychique, liens familiaux, liens conjugaux, insertion sociale... et il permet de renforcer le parcours de santé.

¹Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : Conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandations de bonne pratique argumentaire scientifique, Mars 2014, p. 75-77

4 - Parcours de Santé et Soins de l'enfant

Anne BATTUT - sage-femme libérale - Paris, François-Marie CARON - pédiatre - Amiens

Plusieurs parcours de soins pédiatriques peuvent être définis : le parcours de santé du nouveau-né à bas risque (pour autant, il est nécessaire tout au long des différentes consultations de porter attention aux différents points de vigilance détaillés dans les paragraphes suivants) et le parcours de soins de l'enfant vulnérable.

Nouveau-né vulnérable : Prématuré né avant 33 SA, Retard de croissance intra-utérin < 10^{ème} percentile, Poids de naissance < 2000 g, Contexte pathologique : anoxie périnatale, embryo-foetopathie, infection sévère

(séroconversions...), malformation sévère, handicap sensoriel sévère

Les Objectifs sont d'identifier le parcours de santé du nouveau-né à bas risque et de rappeler les examens pédiatriques des 1^{er} mois de vie et leurs objectifs. L'ensemble des recommandations de la Haute Autorité de Santé permettent le positionnement juste de la sage-femme dans ces parcours de soins. Le parcours de santé du nouveau-né selon les recommandations de la HAS¹ est à considérer selon l'offre de soins du territoire.

SORTIE PRÉCOCE

Sortie au cours des 72 heures après un accouchement par voie basse

Sortie au cours des 96 heures après un accouchement par césarienne

SORTIE STANDARD

Sortie entre 72 h et 96 h après un accouchement voie basse

Sortie entre 96 h et 120 h après un accouchement par césarienne

² COULM, B. Parcours de santé recommandés en post-partum et accès aux soins pour la mère et le nouveau-né à bas risque IN BATTUT, A., HARVEY, H., LAPILLONNE, A. 105 fiches pour le suivi postnatal mère-enfant 1^{ère} éd. Paris : Elsevier Masson, 2015, 340 p.

³ Arrêté du 18 octobre 1994 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

⁴ Décret n°2006-463 du 20 avril 2006 relatif aux certificats de santé de l'enfant et modifiant l'article R. 2132-3 du code de la santé publique, articles R2132-1-3. Journal Officiel du 22/04/2006.

⁵ DEZATEUX, C., ROSENTHAL, K. Developmental dysplasia of the hip. The Lancet, Mai 2007, volume 369, n°9572, p. 1541-1552

⁶ CAMPEOTTO, F., LAPILLONNE, A. Examens des hanches ; conduite à tenir devant un craquement, une luxation congénitale de la hanche IN BATTUT, A., HARVEY, H., LAPILLONNE, A. 105 fiches pour le suivi postnatal mère-enfant. 1^{ère} éd. Paris : Elsevier Masson, 2015, 340 p.

⁷ Académie Nationale de Médecine. Concernant la recrudescence de découverte de luxations congénitales de hanche après l'âge de la marche. Communiqué, 17 mars 2015, 2 p.

⁸ Code de la Santé Publique. Section 3 : code de déontologie des sages-femmes Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr

⁹ Ordre national des sages-femmes : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/parte_extra-net/news_data/grossesse_accouchement_et_suites_de_couches/quels_sont_les_soins_postnataux_que_la_sagefemme_peut_etre_amenee_a_prodiguer_au_nouveaune_/index.htm (consulté le 18/03/2015)

¹⁰ Décision du 5 février 2008 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Texte n°22. Journal officiel n°95 du 22 avril 2008.

¹¹ Décision du 14 février 2013 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Texte n°10. Journal Officiel n°89 du 16 avril 2013.

¹² Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires. Texte n°5. Journal Officiel n°37 du 13 février 2013

4.1 - Examen pédiatrique du nouveau-né à bas risque : les points de vigilance

Toute consultation, en cabinet ET à domicile, nécessite un examen pédiatrique complet. L'adaptation à la vie extra-utérine nécessite une période transitionnelle marquée par de profondes modifications des fonctions respiratoires, cardiaques et métaboliques, période pendant laquelle tout nouveau-né est particulièrement vulnérable. Le tableau 1 rapporte le parcours de soin du nouveau-né selon les recommandations de la HAS.

4.2 - Les compétences pédiatriques de la sage-femme

Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence définie. Selon l'article L.4151-1 : "L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, .../... 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" ^{8,9}.

En pratique la sage-femme est autorisée à pratiquer : l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie concernant le fœtus, le nouveau-né ; la réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin, le dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né ; des soins

au nouveau-né dans le cadre "des examens médicaux intercurrents" comprenant un examen clinique, une prescription médicale et/ou un examen complémentaire qui peuvent survenir à la demande de la femme, pour l'évaluation d'un besoin supplémentaire, ou lors de la survenue d'un événement non prévisible ; la surveillance de la croissance pondérale de l'enfant dans le cadre du suivi de l'allaitement qui peut durer jusqu'à 1 an environ ^{10,11}.

4.3 - Sage-femme, examens pédiatriques et prescriptions

La sage-femme n'est pas habilitée à effectuer les examens médicaux obligatoires prévus aux articles R.2132-1 CSP. Conformément à l'article R.2132-1 CSP, de tels examens ne peuvent être pratiqués que par un médecin et peuvent donner lieu à l'établissement d'un certificat de santé. Dans le cadre du suivi postnatal une consultation de l'enfant peut être facturée par la sage-femme quand elle réalise, pour l'enfant, des actes cliniques ou techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie. Cette consultation s'intègre dans la prise en charge de l'enfant en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé concernés, conformément aux articles R. 4127-318 et L. 4151-1 CSP. L'arrêté du 4/02/2013 définit son champ de prescription pour le nouveau-né.

Examens pédiatriques	Période	Objectifs	Acteurs concernés	Examens obligatoire recommandé/ CS8**
À LA MATERNITÉ				
Naissance	Au cours des 2 premières heures de vie	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation à la vie extra-utérine - Absence de malformations - Évaluer les risques immédiats et planifier une surveillance spécifique des premiers jours 	SF ou Pédiatre Pédiatre appelé si pathologie décelée	Recommandé ²
Avant toute sortie de maternité	À partir de H48 En cas de sortie précoce : Examen pédiatrique à effectuer le jour de la sortie	<ul style="list-style-type: none"> - Examen complet - Absence de malformations - Évaluation des situations à risque, et si bas risque attesté, validation de la sortie et planification de la surveillance le cas échéant - Pathologies fréquemment responsable de réhospitalisation : Ictère, Infection, Cardiopathie, Déshydratation - Dépistage néonataux : effectués ou s'assurer de leur réalisation - Alimentation - Lien parents / enfant - Rédaction document de liaison 	Pédiatre	Recommandé ¹ +/- CS8 ** et auquel cas, CS devenant obligatoire
APRÈS LA SORTIE DE MATERNITÉ				
Suivi Postnatal	1 ^{ère} VAD/CS dans la semaine suivant la sortie, si possible sous 48 h Si sortie précoce, 1 ^{ère} VAD/CS sous 24 h après la sortie	<ul style="list-style-type: none"> - Concerne la mère et l'enfant - Examen pédiatrique complet - Objectifs identiques à l'examen de sortie 	Sage-femme ou médecin	Nouvellement recommandé ¹
Entre J6 et J10		<ul style="list-style-type: none"> - Examen d'expertise pédiatrique complet - Evaluation des situations à risque - Explication de la surveillance pédiatrique ultérieure et liaison avec le médecin qui assurera le suivi 	Préférentiellement par un pédiatre ou un médecin compétent en néonatalogie	Nouvellement recommandé +/-CS8** et auquel cas, CS devenant obligatoire
Entre J11 et J28			Sage-femme ou médecin	Selon les besoins
Examen à 1 mois de vie puis tous les mois jusqu'à 6 mois	Vers J 28	<ul style="list-style-type: none"> - Croissance staturo-pondérale - Développement psychomoteur/affectif - Dépistage des anomalies/déficiences - Vaccinations 	Médecin	Obligatoire Absence de certificat de santé

* entre 72 et 96 h de vie

** le 1er certificat de santé CS8 est un examen obligatoire à effectuer dans les 8ers jours de vie qui a un double objectif organisationnel et épidémiologique pour orienter la politique en santé publique

VAD : Visite à domicile ; CS : consultation ; CS8 : 1^{er} certificat de santé à établir dans les 8 premiers jours de vie.

