

Organisation des plateaux techniques en périnatalité et effectifs sages-femmes

Novembre 2019



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes

CONTEXTE

La profession de sage-femme est une profession médicale définie dans le Code de la Santé Publique au même titre que celle des médecins et des chirurgiens-dentistes.

L'évolution du champ de compétences (annexe 1) des sages-femmes depuis ces quinze dernières années assied le caractère médical, indépendant et autonome de notre profession, et son exercice qu'il soit libéral ou salarié.

L'Enquête Nationale Périnatale de 2016 conclut que les **sages-femmes ont un rôle croissant en salle de naissance** : elles réalisent 87,4% des accouchements par voie basse non instrumentale contre 81% en 2010.

Cette même enquête précise que « le lieu d'accouchement » a également fortement évolué, les accouchements ayant lieu le plus souvent :

- en secteur public (Centre hospitalier ou hospitalo-universitaire) (dont la part est passée de 64,1 % en 2010 à 69,2 % en 2016),
- dans des services spécialisés de type III (de 22,3 % à 26,4 %),
- et des services de grande taille (de 18,7 % à 29,0 % pour les services réalisant 3 000 accouchements et plus par an), cette dernière évolution s'expliquant par une augmentation du nombre des très grandes maternités.

Si l'on considère l'organisation des parcours de santé en périnatalité et l'évolution de la demande des futurs parents (accompagnement, sécurité maximale et respect de la physiologie), alors **les ratios des personnels tels que les décrets de 1998 les ont décrits sont obsolètes.**

La révision du nombre de sages-femmes devient donc incontournable afin d'organiser de façon optimum les différents secteurs médicaux au sein des maternités :

- secteurs d'activité non programmée (Urgences Gynécologie-Obstétrique, Salle de Naissances) ;
- secteurs d'hospitalisation (Suites de couches, Grossesses à Haut Risque) ;
- secteurs de consultation (Suivi de grossesse, Explorations fonctionnelles, PMA, Diagnostic Anténatal).

Cette demande de révision s'appuie notamment sur les récentes recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant « la prise en charge de l'accouchement normal et l'accompagnement de l'accouchement physiologique » (2018)¹ : celle-ci préconise « **que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement** » (grade A).

¹ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf



OBJECTIFS

La réflexion du CNSF s'articule autour de quatre objectifs permettant de garantir une meilleure sécurité de la santé génésique des femmes et une organisation des soins optimisée. Ces quatre objectifs sont les suivants :

- 100% des accouchements par voie basse non instrumentale doivent être effectués par des sages-femmes² ;
- Les bonnes pratiques cliniques doivent être respectées et en particulier celles émises en 2018 par l'HAS ;
- Chaque patiente doit bénéficier d'un suivi personnalisé en prenant en compte l'aspect médico psycho-social et le critère de bien-être ;
- Les professionnels investis en salle de naissance doivent mieux se coordonner en cas de complications.

FOCUS SUR LES SECTEURS D'ACTIVITÉ NON PROGRAMMÉE

(URGENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES ET LA SALLE DE NAISSANCES)

Le CNSF propose, à l'issue d'une réflexion menée collégialement avec les sociétés savantes des acteurs médicaux de la périnatalité³ en 2018, de nouveaux ratios de sages-femmes pour les activités non programmées.

Nombre de sages-femmes en secteur d'activité non programmée			
Nombre de SF ETP /an			
Nombre de naissances	Décrets de 1998	Proposition du CNSF	Proposition du Ministère
500	6	10	6
1000	6	14	6
1500	9	17	9
2000	11	21	12
2500	14	25	15
3000	16	29	18
3500	18	33	19
4000	21	37	26
4500	24	41	33
5000	26	45	36

Pour rappel la méthode de calcul validée par le groupe de travail formé par les sociétés savantes est la suivante : une sage-femme pour deux naissances à laquelle on ajoute une sage-femme pour l'activité urgences.

Exemple pour une maternité de 2000 naissances :

$$(2000/2) / 365 + 1 = 3.75 \text{ ETP, soit pour assurer le service sur l'année : } 3.75 \text{ ETP} \times 5.66^4 = 21 \text{ ETP.}$$

Ces propositions sont justifiées par plusieurs éléments de contexte.

² Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births - [Souter V1](#), [Nethery E](#), [Kopas ML](#), [Wurz H](#), [Sitcov K](#), [Caughy AB](#), Nov.2019

³ Collège National des Gynécologues-Obstétriciens (CNGOF), Société Française des Anesthésistes-Reanimateurs (SFAR) et Société Française de Pédiatrie (SFP)

⁴ pour une sage-femme 24h/24h en salle de naissance : $24 \times 365 / 1547$ (nombre d'heures que doit faire une sage-femme à l'année) = 5.66



1. PAR L'ASPECT SÉCURITAIRE (EN TERMES DE SÉCURITÉ ABSOLUE)

Des éléments statistiques et factuels prouvent au quotidien nos dysfonctionnements : les indicateurs périnataux, les revues de morbi-mortalité, le nombre de morts maternelles évitables, ou encore les résultats des évaluations des pratiques.

Par ailleurs, la nature des activités sur les plateaux techniques, la typologie des accouchements (voie basse non instrumentale, instrumentale et césarienne), l'augmentation des pathologies métaboliques, l'arrivée massive de consultations en urgence, entre autres, indiquent qu'il est actuellement impossible d'exercer sur les plateaux techniques en respectant les ratios des décrets de 1998, et qu'il ne le sera pas plus en adoptant les dernières propositions du ministère datées du 5 Novembre 2019.

Les ruptures dans la prise en charge des patientes (absence de surveillance de la femme après l'accouchement, absence de surveillance d'un rythme cardiaque fœtal, absence de surveillance d'un nouveau-né) lors de la réalisation d'activités multiples liés à un effectif médical insuffisant, non adapté à l'évolution de la médecine et à celle de notre société, précipitent les indicateurs en périnatalité vers le bas de l'échelle au niveau international.

Outre le risque médical encouru par la femme enceinte et son nouveau né, l'effectif insuffisant des sages-femmes conduit à deux phénomènes reconnus :

- une exaspération des professionnels avec un risque de burn-out ;
- une maltraitance institutionnelle, voire de violence obstétricale faute de temps pour accompagner les familles.

Les publications répertoriées dans le rapport remis au ministère de la santé sur le calcul des Ressources Humaines montrent que les indicateurs sont satisfaisants lorsque le ratio sage-femme/femme est élevé.

2. PAR LA DIMENSION MÉDICO-PSYCHO-SOCIALE DE NOS ACTIVITÉS

La dimension médico-psycho-sociale de l'exercice de la sage-femme prend en compte :

- la qualité et le temps d'accompagnement dédié afin d'assurer la sécurité des femmes, des couples et des nouveau-nés ;
- la prévention et le dépistage de pathologies ;
- la prise en charge des femmes ayant une pathologie, qu'elle soit obstétricale et/ou fœtale ;
- le repérage des vulnérabilités dont les violences dans le cadre des consultations d'urgence notamment ;
- le repérage des situations de précarité ;
- le temps administratif d'organisation et de coordination.

Cette dimension est intégrée au calcul des effectifs dans notre proposition.

3. PAR L'ÉVOLUTION DE NOS COMPÉTENCES DEPUIS 1998

Les dernières compétences acquises s'expriment très largement sur les plateaux techniques. Elles concernent plus précisément :

- la consultation gynécologique ;
- la pratique de l'échographie : datation, vérification de la présentation, calcul d'une citerne amniotique...



4. PAR L'OBLIGATION DE QUALITÉ

La sage-femme répond à une obligation de qualité dans sa pratique clinique en se référant à son code de déontologie, aux recommandations des sociétés savantes liées à sa discipline, aux procédures de service où elle exerce. Elle doit aussi répondre à une obligation de qualité en mettant en œuvre l'obligation de moyens dont les attendus exigés par la Haute Autorité de Santé (HAS) ainsi que ses recommandations.

Ces exigences sont essentiellement colligées dans les guides méthodologiques HAS comme, par exemple, le guide pour la salle de naissance : Qualité et sécurité des soins dans les secteurs de naissance, 2014.

D'autres guides HAS plus généralistes traitent l'ensemble de thématiques qualitatives. Les attendus avec éléments de preuve concernent par exemple les thématiques suivantes :

- L'information et le respect des droits du patient
- L'exigence de bientraitance
- L'exigence de traçabilité concernant le patient ou l'organisation
- La gestion du risque infectieux
- Le circuit du médicament
- Le respect des règles d'hygiène
- ...

Par ailleurs, la sage-femme a une obligation de formation institutionnelle : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU), pratiques transfusionnelles, gestion incendie, règles de bonnes pratiques dans les soins mais également spécifiques à son activité (que l'on retrouve dans les orientations nationales du Développement Professionnel Continu - DPC - des sages-femmes) : formation par simulation aux situations obstétricales complexes, à la réanimation du nouveau-né, etc.

La sage-femme doit faire la preuve qu'elle participe à l'organisation de service en étant active au sein de groupes de travail initié par l'institution. Elle doit également faire la preuve de sa participation aux staffs médicaux à des Revues Morbi-Mortalité (RMM), à l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), conformément à ce qui est attendu et vérifié par les experts visiteurs de l'HAS, pour démontrer son implication dans les activités des différents secteurs.

L'ensemble de ces obligations est nécessaire mais exige du temps sage-femme non comptabilisé dans les effectifs.

Actuellement, assurer la sécurité médicale sans risque de rupture dans la prise en charge des femmes et des nouveau-nés est à certains moments impossible, car l'effectif sage-femme sur les plateaux techniques est très insuffisant.

Répondre à l'ensemble de ces obligations l'est encore moins car les effectifs sont calculés pour une continuité des soins sans prendre en compte les formations, le temps dédié aux activités transversales.

Ce constat montre une insécurité certaine les professionnels sages-femmes qui sont exposés, dans une spécialité à haut risque. Dans ces conditions, il est impossible d'exercer correctement son métier, ne pouvant répondre aux projets de naissance, et en s'exposant à des sanctions pour non-respect des attendus lors d'évènements indésirables.



CONCLUSION

La proposition de ratios établie par l'ensemble des sociétés savantes prend en compte :

- la sécurité physique des femmes et des nouveau-nés ;
- la qualité et le temps d'accompagnement dédié afin d'assurer la sécurité affective des femmes, des couples et des nouveau-nés ;
- la prévention et le dépistage de survenue de pathologies et la prise en charge des femmes ayant une pathologie, qu'elle soit obstétricale et/ou fœtale ;
- le repérage de vulnérabilité, de violences ainsi que la précarité ;
- le temps administratif d'organisation, de traçabilité informatique médico-légale et de coordination pour une prise en charge optimale en situation complexe ;
- le temps dédié à la qualité du soin selon les attendus de l'HAS.

Les attendus du groupe de travail sont la mise en œuvre des ratios proposés pour toutes les spécialités pour une amélioration nette des indicateurs en salle de naissance, tels que ceux de morbi-mortalité de la femme et du nouveau-né, et une bientraitance des familles.



ANNEXE 1 : ÉVOLUTION DU CHAMPS DE COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES EN FRANCE DEPUIS 1998

1. Déclaration de grossesse, suivi de Grossesse et contraception du post partum

La loi de santé de 2004 élargit le champ de compétences des sages-femmes à la prescription de contraceptifs dans le post-partum et dans le post-abortum, à la réalisation de la déclaration de grossesse ainsi qu'à l'examen post-natal. Depuis, les sages-femmes suivent une grossesse physiologique, prescrivent la contraception en suite de couches et effectuent les visites post-natales.

2. Suivi gynécologique et consultations de contraception

Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 les sages-femmes assurent également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique., avec une prescription élargie à tous les types de contraceptifs.

3. Pratique de l'IVG médicamenteuse et vaccinations

Depuis le 6 juin 2016, date d'entrée en vigueur du décret n°2016-743 du 2 juin 2016 issu de la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé, les sages-femmes pratiquent des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse. Egalement elles prescrivent et pratiquent des vaccinations pour les mères, leur bébé et les personnes vivant dans leur entourage.

Depuis 3 ans, la sage-femme peut prescrire et pratique les vaccinations de l'entourage des nouveau-nés, dès la grossesse de la mère et pendant une période de huit semaines post-accouchement. L'entourage comprend les personnes vivant dans le même domicile que l'enfant, ou le fréquentant régulièrement, ainsi que celles chargées de sa garde régulière en ce lieu. Coqueluche, infections invasives à méningocoque C, rougeole, grippe et varicelle... La sage-femme inscrit dans le carnet de santé ou le carnet de vaccination la dénomination du vaccin administré, son numéro de lot et la date de son administration. En l'absence de dossier médical partagé ou de carnet de vaccination électronique, elle prend le temps de transmettre ces informations, dans le respect du secret professionnel, au médecin traitant du patient.

4. Evolution de la pratique de l'échographie

D'après le décret du 8 août 1991 en application des dispositions de l'article L. 366 du Code de la Santé Publique, les sages-femmes ont la possibilité de se former pour pratiquer l'échographie dans le cadre de la « surveillance de la grossesse » et de coter cet acte. Mais les sages-femmes ont accès aux cotations NGAP identifiant les trois échographies de surveillance de la grossesse qu'en février 1997. La compétence (et le devoir) des sages-femmes pour la reconnaissance d'éléments morphologiques sont finalement reconnus par une réponse ministérielle et notifiée dans le Journal Officiel le 3 juin 1999.

Les sages-femmes ont accès au DIU depuis 2011. Avant cela, elles n'avaient accès qu'au DU sage-femme.

Il faut attendre 2014 pour que l'UNCAM reconnaisse l'équivalence de compétence entre médecins et sages-femmes pour la réalisation des échographies de dépistage et aligne donc les tarifs et libellés de ces actes en CCAM.

5. Présentation des compétences des sages-femmes dans le champs obstétrical et gynécologique

Ainsi les activités des sages-femmes se sont largement étendues depuis 1998 :

- Diagnostic et surveillance de la grossesse (déclaration de la grossesse, consultations médicales prénatales mensuelles, accompagnement psycho-social durant la grossesse) ;
- Echographies obstétricales de dépistage (T1 T2 T3) par les SF échographistes ;
- Consultations en tabacologie par les SF tabacologues ;
- Préparation et accompagnement du couple à la naissance et à la parentalité (informations, relaxation, sophrologie, haptonomie, etc) ;
- Dépistage et surveillance des grossesses à risque (consultations non programmées, prescription, réalisation et interprétation des examens complémentaires (biologies, monitorings, échographies...)) ;
- Surveillance et accompagnement du travail et de l'accouchement ;
- Pratique de l'accouchement normal et physiologique ;
- Accueil et prise en charge du nouveau-né (dont la réanimation du nouveau-né) ;
- Suivi médical du post-partum du couple mère-enfant et accompagnement psycho-social ;
- Information, aide et accompagnement de l'allaitement maternel ;
- Prescription et réalisation des vaccinations auprès de la femme, du nouveau-né et de son entourage (dans les conditions définies par décret) ;
- Diagnostic des pathologies et orientation des femmes et des nouveau-nés à un médecin ;
- Réalisation et surveillance des soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couche pathologiques, et/ou par le médecin pédiatre pour des PEC spécifiques à des nouveau-nés;
- Pratique de la rééducation périnéo sphinctérienne liée à l'accouchement ;
- Consultations gynécologiques de prévention (suivi, contraception, prévention et dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus) ;
- Activités de planification et d'éducation familiale ;
- Échographies gynécologiques par les SF échographistes ;
- IVG médicamenteuses (prescription et suivi) ;
- PMA : Les sages-femmes participent aux activités cliniques d'assistance médicale à la procréation réalisées avec ou sans tiers donneur ainsi qu'aux activités de dons de gamètes et d'accueil d'embryon. Les conditions de concours des sages-femmes sont définies par décret (article L.4151-1 du code de la santé publique) ;
- Activités dans les services de Diagnostic AntéNatal ;
- Actes d'ostéopathie (Décret n°2007-435 du 27 mars 2007)
- Actes d'acupuncture (Arrêté du 2 novembre 2009) - sous réserve d'obtention de diplômes complémentaires ;
- Prévention, repérage et prise en charge des violences faites aux femmes dans l'exercice de l'ensemble de son activité professionnelle ;
- Encadrement des étudiants sages-femmes, des internes de spécialité et de Médecine Générale, ou autres étudiants ;
- Tenue du dossier d'obstétrique (papier et informatique) ;
- Gestion du matériel et des équipements de l'unité.

REFERENCES

1. Enquête Nationale Périnatale - Rapport 2016. Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010 - INSERM et DREES - http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
2. European Perinatal Health Report 2018 - <http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2018/11/Peristat-web-2018.pdf>
3. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales - HAS - janvier 2018 - https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
4. Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. Souter V, Nethery E, Kopas ML, Wurz H, Sitcov K, Caughey AB. - *Obstet Gynecol.* 2019 Nov;134(5):1056-1065. doi: 10.1097/AOG.0000000000003521 - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31599830>
5. Code de la Santé Publique - Articles L4151-1 à 14151-10 (profession de sage-femme)



CNSF

**L'EXPERT AU SENS PRATIQUE,
UNE RÉFÉRENCE POUR LA SANTÉ.**

Adhérez sur
www.cnsf.asso.fr