

La pratique des sages-femmes : une activité en mutation

PAR L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ,

LES SAGES-FEMMES : UNE PROFESSION EN MUTATION, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MAI 2016.

LA PRÉGNANCE DES ACTIVITÉS TRADITIONNELLES CENTRÉES SUR LE SUIVI PRÉNATAL ET POSTNATAL

Les activités des sages-femmes libérales sont fortement axées autour des séances de préparation à la naissance (séances individuelles et/ou collectives) et la rééducation périnéale¹ : 89,4 % d'entre elles indiquent ainsi réaliser « très souvent » et « assez souvent » des séances de préparation à la naissance et 86,7 % pratiquent la rééducation périnéale². Si ces activités sont prédominantes au sein de la profession, elles sont néanmoins un peu moins fréquentes – toutes proportions gardées – chez les sages-femmes très récemment installées en libéral. Ainsi, 74,1 % de celles qui se sont installées en 2014 (n = 27) mènent « très souvent » et « assez souvent » des séances de préparation à la naissance (contre 89,4 % de l'ensemble de leurs consœurs) et 70,4 % pratiquent « très souvent » et « assez souvent » la rééducation périnéale (contre 86,7 %). Au-delà de la première année de l'exercice libéral, les écarts entre les unes et les autres ne sont plus significatifs.

1. Les activités des sages-femmes libérales ont été répertoriées sur ce qu'elles mettent effectivement en œuvre, et sur la façon dont elles les nomment, et non pas sur la nomenclature « officielle » des actes professionnels à partir de laquelle elles vont coter et rédiger les feuillets de remboursement des soins effectués. Pour chacune des 28 activités alors listées, en réponse à la question « Quelles activités pratiquez-vous et à quelle fréquence ? », les enquêtées avaient le choix entre 5 items : « Très souvent » ; « Assez souvent » ; « De temps en temps » ; « Rarement » et « Jamais ».

2. Depuis plusieurs années, ces deux activités sont repérées – sur la base de différents indicateurs – comme étant majoritaires parmi l'ensemble des sages-femmes libérales en exercice. Les données de la CNAMTS indiquent ainsi que la rééducation périnéale représentait, en 2014, près de la moitié (46 %) des actes réalisés par les sages-femmes libérales et près d'un tiers de leurs honoraires ; la préparation à la naissance constituait, quant à elle, 42 % de leur activité et plus de la moitié (53 %) de leurs honoraires. L'enquête menée en 2004 par l'ONDPS soulignait déjà que 86,8 % des sages-femmes libérales avaient réalisé, au cours de leur dernière journée de travail, des actes de préparation à la naissance et 77,8 % des actes de rééducation périnéale. CNAMTS, *Observatoire conventionnel des sages-femmes 2015* [données SNIIRAM EXE]. ONDPS, *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, Rapport 2004, Tome 3, 2004, p. 43.

3. Kersuzan C., Gojard S., Tichit C., Thierry X., Wagner S., Nicklaus S., « Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe Maternité, France métropolitaine », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 27, 2014, p. 441.

4. Cour des comptes, « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », Rapport Sécurité Sociale 2011, Chapitre V, p. 182.

5. Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé et INSERM, *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, 2011, p. 21 et p. 68.

D'après les résultats de l'enquête périnatale de 2010, seules 15,6 % de femmes enceintes avaient consulté une sage-femme libérale dans le cadre de la surveillance de leur grossesse.

Les consultations en lactation et les conseils pour l'allaitement maternel sont également des activités prépondérantes chez ces professionnelles, puisque 84 % déclarent les mener « très souvent » et « assez souvent ». L'importance prise par ces tâches est à mettre en lien avec la progression de l'allaitement maternel dans notre pays et les recommandations nationales et internationales de santé publique préconisant cette pratique (Programme national nutrition santé_PNNS, Organisation mondiale de la santé_OMS, etc.) : 69 % des enfants recevaient, en maternité, du lait maternel en 2010 contre moins de la moitié à la fin des années 1970³. À l'instar des deux actes précédents, ces consultations en lactation sont un peu moins fréquentes parmi les sages-femmes nouvellement installées mais leur progression est très rapide au-delà de la première année d'exercice : 59,3 % de celles qui ont débuté en 2014 les réalisent « très souvent » et « assez souvent » ; cette proportion passe à 84,9 % chez celles qui se sont installées en 2013. Les jeunes sages-femmes libérales débutent souvent en qualité de remplaçantes ou de collaboratrices et celles-ci n'ont pas toujours le choix de leurs activités (les titulaires des cabinets pouvant leur confier certaines tâches et souhaiter en conserver d'autres).

Les consultations, visites, suivis de grossesses physiologiques et de grossesses pathologiques et les suites de couches, qui ne représentaient qu'une faible part de l'activité des sages-femmes libérales en 2004 (5 % du montant des actes remboursés)⁴, prennent plus de place aujourd'hui. Les actes suivants sont réalisés « très souvent » et « assez souvent » par plus de la moitié des sages-femmes : le suivi de suites de couches à domicile (71,8 %), la surveillance des grossesses physiologiques (67,4 %), les consultations prénatales (55,4 %), la surveillance des grossesses pathologiques (54,3 %) et les visites postnatales (53,1 %). Le rôle des sages-femmes libérales dans la surveillance des grossesses s'est accru. D'après les résultats de l'enquête périnatale de 2010, seules 15,6 % de femmes enceintes avaient consulté une sage-femme libérale dans le cadre de la surveillance de leur grossesse (ce suivi étant majoritairement assuré par des médecins, surtout par des gynécologues-obstétriciens hospitaliers ou de ville)⁵ ; et une part encore plus faible

de ces femmes (8,4 %) avait été visitée à domicile par une sage-femme libérale pendant leur grossesse. Si les différences liées à l'ancienneté dans le métier ne sont pas significatives en ce qui concerne le suivi des grossesses physiologiques, elles le sont davantage pour ce qui concerne le suivi des grossesses pathologiques : 39,7 % des sages-femmes qui ont démarré leur activité libérale entre 1975 et 1994 pratiquent « très souvent » et « assez souvent » des suivis de grossesses pathologiques quand c'est le cas de 56,2 % de leurs collègues qui ont débuté au cours des vingt années suivantes (1995-2014).

Les actes de nature plus administrative liés aux suivis de grossesse font aussi partie de l'activité des sages-femmes libérales. Depuis, la publication de la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, les sages-femmes sont autorisées à effectuer la déclaration de grossesse. 37,6 % d'entre elles disent procéder « très souvent » et « assez souvent » à de telles déclarations alors que la dernière enquête périnatale indiquait qu'en 2010, cette activité était encore réalisée très massivement par des médecins, en l'occurrence par des gynécologues-obstétriciens et généralistes, dans 96,5 % des cas⁶. La quasi-totalité (97,1 %) des sages-femmes qui assurent « très souvent » et « assez souvent » des suivis de grossesses physiologiques procèdent aussi « très souvent » et « assez souvent » à des déclarations de grossesse. Dans une moindre mesure, 8,4 % des sages-femmes libérales délivrent des arrêts de travail à leurs patientes.⁷

La pratique de l'examen des nouveau-nés se développe également. En 2004, seules 8,6 % des sages-femmes libérales indiquaient avoir procédé à l'examen de nouveau-nés durant leur dernière journée de travail⁸. Cette activité – appréhendée à partir de sa fréquence – concerne désormais près des deux tiers des sages-femmes libérales : 65,9 % d'entre elles déclarent suivre « très souvent » et « assez souvent » des nouveau-nés (surveillance du poids, de la croissance, etc.).

Au regard de ce premier groupe d'activités majoritaires, il apparaît que la place des sages-femmes libérales dans le suivi prénatal et postnatal semble s'être renforcée, conformément au souhait des Pouvoirs Publics. Dans le domaine prénatal, ce renforcement est de mise pour l'accompagnement des grossesses à bas risque ainsi que pour le suivi des grossesses pathologiques (suivi effectué sur prescription médicale). Ces observations vont dans le sens des résultats issus de la dernière enquête périnatale qui soulignent que, pour de

Près de 80 % des sages-femmes libérales (78,9 %) indiquent réaliser « très souvent » et « assez souvent » l'entretien du 4^e mois.

nombreuses femmes enceintes, la sage-femme (qu'elle soit libérale ou salariée) est désormais considérée comme une professionnelle de premier recours⁹. En revanche, cette évolution ne semble pas s'être réalisée « aux dépens des actes n'impliquant aucune prise de risque (préparation à l'accouchement, rééducation périnéale) » comme le recommandait la Cour des comptes en 2011¹⁰.

L'ESSOR DE NOUVELLES ACTIVITÉS EN LIEN AVEC L'EXTENSION DES COMPÉTENCES

À côté de ce premier groupe d'activités « traditionnelles », on repère un deuxième groupe d'activités pouvant être qualifiées de « nouvelles ». Ces nouvelles pratiques résultent de l'élargissement progressif du champ de compétences de la profession. Ainsi en va-t-il de l'entretien du 4^e mois. Issu du plan Périnatalité 2005-2007 « *Humanité, proximité, sécurité, qualité* »¹¹ il a été rendu obligatoire par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Cet entretien – individuel ou de couple – doit être systématiquement proposé à la femme enceinte et repose sur la réalisation d'un bilan médical et psychosocial de la situation de la future mère et de son environnement. Près de 80 % des sages-femmes libérales (78,9 %) indiquent réaliser « très souvent » et « assez souvent » l'entretien du 4^e mois. En 2010, à peine un quart des femmes enceintes bénéficiaient de cet entretien ; à cet égard, les sages-femmes libérales semblent avoir été partie prenante dans le déploiement de ce dispositif¹².

Dans la continuité de cette activité, 43 % des sages-femmes aident « très souvent » et « assez souvent » les futurs parents à rédiger leur projet de naissance. Ce projet, introduit également par le plan Périnatalité 2005-2007, permet aux parents d'énoncer leurs souhaits quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il y a quelques années encore, celui-ci ne suscitait pourtant pas une forte adhésion chez les femmes enceintes, en raison de son caractère formel (document écrit) et technique (contenu centré sur les actes). Sur ce point, on peut lire dans le rapport d'évaluation du plan Périnatalité 2005-2007 : « *Dans les focus groupes réalisés en 2009-2010, moins de 10 projets formels ont été recensés parmi 100 femmes rencontrées* »¹³. Ces deux activités centrées sur la parentalité sont étroitement articulées dans la pratique des sages-femmes libérales : 85 % de celles qui réalisent « très souvent » et « assez souvent » l'entretien périnatal accompagnent aussi « très souvent » et « assez souvent » les femmes dans l'élaboration de leur projet de naissance.

Dans le domaine de la gynécologie, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST », précise que « *l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivis gynécologiques de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique* ». Depuis

6. Ibid.

7. Depuis 2012, les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail (qui ne peuvent excéder 15 jours et ne peuvent faire l'objet d'aucun renouvellement ou de prolongation au-delà de ce délai) à une femme enceinte lorsqu'elle constate son incapacité physique à continuer ou reprendre le travail, à la condition qu'il ne s'agisse pas d'une grossesse pathologique.

8. ONDPS, Rapport 2004, op. cit., p. 43.

9. Blondel B., Kermarrec M., « *La situation périnatale en France en 2010* », Études et Résultats, n° 775, 2011, page 3.

10. Cour des comptes, op. cit., p. 194.

11. Ministère de la Solidarité, de la santé et de la protection sociale, *Plan Périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité*, 2004.

12. 21,4 % des femmes ayant accouché en mars 2010 avaient bénéficié de l'entretien périnatal : Blondel B., Kermarrec M., op. cit., page 3.

13. Ministère de la Santé et des sports, Direction générale de la santé, *Évaluation du plan Périnatalité 2005-2007, Rapport final*, 2010.

2009, les sages-femmes sont donc en mesure d'assurer des consultations de gynécologie préventive auprès de toutes les femmes, et non pas uniquement auprès des femmes au cours de leur grossesse ou de l'examen postnatal. À ce titre, elles peuvent réaliser un frottis cervico-vaginal : 37,6 % d'entre elles réalisent cet acte « très souvent » et « assez souvent ».

Les sages-femmes sont aussi désormais habilitées à prescrire des contraceptifs hormonaux, intra-utérins et locaux : 43,6 % des sages-femmes libérales prescrivent ou renouvellent une contraception « très souvent » et « assez souvent », 38,7 % réalisent des frottis et 24,1 % procèdent à la pose de stérilets. Les sages-femmes qui ont développé ces activités sont aussi celles qui ont suivi des formations dans le domaine correspondant : par exemple, 57,3 % de celles qui réalisent « très souvent » et « assez souvent » des prescriptions de contraception se sont formées sur ce plan et depuis leur installation en libéral, contre 31,6 % de celles qui en font « temps en temps », 9,4 % de celles qui en réalisent « rarement » et 0,9 % de celles qui n'en font « jamais ». La fréquence de ces nouvelles activités est sensible aux effets d'âge et concerne davantage les professionnelles les plus jeunes : 50 % des sages-femmes âgées de 30 ans et moins prescrivent « très souvent » et « assez souvent » une contraception contre 43,6 % de l'ensemble de leurs consœurs (tous âges confondus) ; les constats sont identiques pour ce qui concerne la réalisation du frottis (58,8 % contre 38,7 %) et la pose du stérilet (34,9 % contre 24,1 %). Si l'on raisonne par périodes de cinq années, on observe que la fréquence de ces activités est aussi fortement corrélée à l'ancienneté de l'installation en secteur libéral.

**TABLEAU 1 > PÉRIODE D'INSTALLATION
DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES QUI PRESCRIVENT
OU RENOUVELLENT LA PRESCRIPTION D'UNE
CONTRACEPTION « TRÈS SOUVENT »
ET « ASSEZ SOUVENT »**

Non-réponse	0,4 %	(1)
1970-1974	0,4 %	(1)
1975-1979	0,4 %	(1)
1980-1984	1,2 %	(3)
1985-1989	3,3 %	(8)
1990-1994	5,4 %	(13)
1995-1999	8,7 %	(21)
2000-2004	14,1 %	(34)
2005-2009	23,5 %	(57)
2010-2014	42,6 %	(103)
TOTAL	100 %	(242)

14. Depuis un arrêté en date du 2 novembre 2009, les sages-femmes sont autorisées à réaliser des actes d'acupuncture, sous réserve que la professionnelle possède un DIU d'acupuncture obstétricale délivré par une université de médecine.

15. « Cet accompagnement favorise le développement de la relation affective, active, entre la mère, le père et l'enfant. Il aide à l'instauration et au développement du sentiment de parentalité ». Source : <http://www.haptonomie.org/fr/espace-public/accompagnement-haptonomique-pre-et-postnatal.html>

La fréquence de ces nouvelles activités est sensible aux effets d'âge et concerne davantage les professionnelles les plus jeunes.

D'AUTRES ACTIVITÉS NON CONVENTIONNELLES ET NON CONVENTIONNÉES

Il existe un troisième groupe d'activités menées moins régulièrement que les précédentes et que l'on dira moins conventionnelles voire « alternatives ». Il s'agit d'activités axées sur l'accompagnement de la femme enceinte, telle la sophrologie, pratiquée par près d'un tiers des sages-femmes interrogées (30,6 % de « très souvent » et de « assez souvent »). La fréquence de cette activité progresse d'une tranche d'âge à l'autre : 25,5 % des sages-femmes âgées de 30 ans et moins la pratiquent « très souvent » et « assez souvent » quand c'est le cas de 42,9 % de leurs consœurs âgées de 50 ans et plus. Viennent ensuite, la préparation à la naissance en piscine (18,3 %), le yoga (13,4 %), l'acupuncture (7,9 %) ¹⁴, l'haptonomie ¹⁵ (5,8 %), l'ostéopathie (3,8 %). D'autres pratiques concernent davantage les nouveau-nés en période postnatale : les conseils au massage des bébés (18,2 % de « très souvent » et de « assez souvent »), l'éveil du bébé par le toucher (15,1 %) ou encore le portage en écharpe (11,1 %).

Contrairement aux activités évoquées plus haut, la plupart de ces activités non conventionnelles ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale (les mutuelles peuvent néanmoins prendre en charge certaines d'entre elles). Les sages-femmes sont tenues de respecter les tarifs définis dans le cadre des accords conclus avec les syndicats professionnels et l'Assurance Maladie, en utilisant la cotation de la liste des actes et prestations arrêtés par le Code de la Sécurité sociale. Cette liste concerne principalement les consultations, les visites à domicile, les séances de suivi postnatal, les séances de préparation à l'accouchement, les actes de gynécologie et d'échographie, la rééducation périnéale et les indemnités kilométriques. En dehors de ces actes conventionnés, les sages-femmes sont autorisées à proposer à leur patientèle des prestations non remboursées, dont elles peuvent fixer librement les tarifs. Dans la pratique, les conditions dans lesquelles les sages-femmes réalisent ces activités sont très variables, ce qui rend délicat les tentatives de comparaison : par exemple, les activités de sophrologie peuvent être intégrées aux séances de préparation à la naissance, lesquelles vont alors être facturées dans le cadre d'un dépassement d'honoraires ; ces mêmes activités peuvent être réalisées au cours de séances consécutives aux séances de préparation à la naissance ou bien être proposées au cours de séances indépendantes et faire l'objet d'honoraires spécifiques.

QUELQUES ACTIVITÉS MARGINALES OU EN VOIE DE RARÉFACTION

Enfin, peut prendre place une dernière catégorie d'activités, que l'on peut qualifier de relativement « marginales », au

sens où elles sont pratiquées par moins de 5 % des sages-femmes libérales. Cela concerne les soins infirmiers qui ne sont réalisés « très souvent » et « assez souvent » que par 3,8 % des sages-femmes libérales enquêtées. En 2009, ces soins ne représentaient déjà que 3 % des montants remboursés par l'Assurance Maladie¹⁶. La profession estime que ces soins infirmiers (notamment en post-partum) pourraient faire l'objet d'une délégation de tâches¹⁷.

Seules 3,8 % de ces professionnelles réalisent « très souvent » et « assez souvent » des échographies. Cette activité est encore plus marginale que la première dans la mesure où la majorité des sages-femmes (90,8 %) indiquent ne jamais réaliser d'échographies contre à peine la moitié d'entre elles pour les soins infirmiers (48,2 % des professionnelles n'en dispensent jamais). Les sages-femmes concernées par cette activité sont peu nombreuses parmi les plus jeunes : sur les 21 sages-femmes qui réalisent « souvent » et « très souvent » l'échographie, une seule est âgée de moins de trente ans, 6 sont trentenaires, 6 sont quadragénaires et 8 sont quinquagénaires.

Ce panorama des activités menées par les sages-femmes libérales tend à démontrer qu'elles couvrent l'ensemble du champ de la périnatalité : elles contribuent à assurer la continuité des soins tout au long du parcours des femmes, leur offrant ainsi la possibilité d'un suivi complet ou dit « global » ou tout au moins d'un suivi « semi-global » (dans la mesure où l'accouchement n'est généralement pas réalisé par la sage-femme libérale).

16. Cour des comptes, op. cit. p. 182.

17. ONDPS, Compte rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010, p. 9.

18. Généralisé par la CNAMTS à partir de 2012, le Programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO) des femmes ayant accouché, est un dispositif destiné aux patientes qui sortent d'un séjour en maternité, afin de faciliter leur retour à domicile, d'anticiper leurs besoins, tout en favorisant les liens entre professionnels de santé hospitaliers et de ville, ceci en vue de garantir une continuité dans le parcours de soins périnataux. Au lendemain de la naissance de l'enfant, un conseiller de l'Assurance Maladie se rend à la maternité auprès de la femme venant d'accoucher et déclarée éligible par l'équipe médicale pour lui proposer le service d'accompagnement de retour à domicile. Si la femme ne connaît pas de sage-femme, elle choisit une sage-femme libérale dans la liste que lui propose le conseiller et signe un bulletin d'adhésion au service. Le conseiller prend alors contact avec la sage-femme retenue pour s'assurer de sa disponibilité et planifier la première visite à domicile.

Si la sortie a lieu dans le cadre d'une sortie dite standard selon les définitions de la HAS, la première visite a lieu si possible dans les 48 heures suivant la sortie de maternité (et au plus tard dans les 7 jours). La sage-femme libérale se rend à domicile pour un suivi de la mère et de l'enfant (pesée, allaitement, cicatrisation, etc.). La deuxième visite est recommandée et planifiée selon l'appréciation de la sage-femme qui assure le suivi. Si l'état de la mère et/ou celui de l'enfant le justifient, la sage-femme peut programmer des visites complémentaires.

19. Les mères ayant intégré le programme en 2013 ont bénéficié, en moyenne, près de 2 visites de sages-femmes libérales contre 0,47 pour celles n'ayant pas intégré le dispositif. Source : CNAMTS, Observatoire conventionnel des sages-femmes 2015 [données PMSI].

20. Source : Union nationale syndicale des sages-femmes (UNSSF), Enquête Satisfaction PRADO, 2012, 30 p. Ces résultats sont à considérer avec une certaine prudence dans la mesure où les sages-femmes interrogées étaient toutes affiliées à l'UNSSF et que celle-ci a encouragé ses adhérentes à boycotter le dispositif au début de son expérimentation, ceci pour défendre l'idée d'une prise en charge continue et non morcelée des femmes et revendiquer le rôle pivot des sages-femmes dans l'accompagnement des grossesses dites physiologiques. Cf. UNSSF, « À toutes les sages-femmes », communiqué du 1^{er} mars 2010.

21. Ministère de la Solidarité, de la santé et de la protection sociale, plan Périnatalité 2005-2007, op. cit., p. 23.

DES VISITES À DOMICILE EN FORTE PROGRESSION SOUS L'EFFET DU PRADO

La majorité des sages-femmes libérales réalisent des visites à domicile dans le cadre du PRADO (81,3 %) ¹⁸. Parmi celles qui ont précisé le nombre de visites menées dans ce cadre au cours des 30 jours précédant l'enquête, 47,3 % ont réalisé 1 à 6 visites et 52,7 % en ont réalisé 7 à 10 et plus¹⁹. L'enquête produite en 2012 par l'UNSSF auprès d'un échantillon de 182 sages-femmes libérales indiquait qu'à peine un tiers de ces professionnelles participaient au PRADO : 38 % des sages-femmes libérales avaient été contactées par leur CPAM pour participer au PRADO et 30 % d'entre elles participaient ou souhaitaient participer au programme tandis que 14 % refusaient d'y participer²⁰. La part des sages-femmes réalisant des visites dans le cadre du PRADO progresse d'autant plus que leur installation est récente.

TABLEAU 2 > PÉRIODE D'INSTALLATION EN LIBÉRAL DES SAGES-FEMMES PRATIQUANT DES VISITES DANS LE CADRE DU PRADO

Non-réponse	0,2 %	(1)
Années 1970 et avant	0,4 %	(2)
Années 1980	3,1 %	(14)
Années 1990	14,4 %	(65)
Années 2000	41,2 %	(186)
Années 2010	40,7 %	(184)
TOTAL	100 %	(452)

UNE PLUS FAIBLE IMPLICATION DANS LE CADRE DE L'HAD

En comparaison au PRADO, la proportion de sages-femmes libérales effectuant des visites à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD) est moins importante. À peine un quart (24,6 %) des professionnelles intervient auprès de patientes hospitalisées à domicile. Sur ce point, il importe de rappeler que le plan Périnatalité 2005-2007 prévoyait de créer des places d'hospitalisation à domicile et de renforcer la participation des sages-femmes libérales dans le suivi des grossesses pathologiques et des retours de maternité après un accouchement difficile²¹. Les sages-femmes qui sont impliquées dans l'HAD sont aussi celles qui mènent une part importante de suivis de grossesses pathologiques : deux tiers des sages-femmes (66,4 %) qui effectuent des visites dans le cadre de l'HAD déclarent réaliser « très souvent » à « assez souvent » de tels suivis. Les professionnelles qui interviennent dans le cadre de l'HAD réalisent significativement moins de visites que dans le cadre du PRADO : 71,3 % des sages-femmes ont ainsi effectué 1 à 6 visites au titre de l'HAD au cours des 30 derniers jours et 28,7 % en ont réalisé 7 et plus. Ces sages-femmes travaillent plus souvent avec des associées ou des collaboratrices (50,4 %) qu'en solo (43,8 %).

Sur un autre versant, l'hospitalisation à domicile est perçue comme un mode de prise en charge onéreux pour l'Assurance Maladie (montant élevé du forfait journalier) et assez peu rentable pour les sages-femmes libérales elles-mêmes : celles-ci disent perdre en revenu lorsqu'elles ne sont pas sollicitées pour effectuer des visites à domicile alors même qu'elles s'étaient rendues disponibles dans ce but.

LA RÉALISATION DE L'ACCOUCHEMENT EN PLATEAU TECHNIQUE

UNE PRATIQUE PEU DÉVELOPPÉE

Si le travail des sages-femmes salariées des hôpitaux et plus encore des cliniques est essentiellement axé sur l'accouchement, cette même activité demeure très rare parmi les sages-femmes libérales : les accouchements ne représentaient qu'à peine 0,05 % de leurs actes en 2009²². Un tel constat s'explique par l'absence de maisons de naissance²³ ainsi que par le faible accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques des maternités hospitalières.

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (loi dite « Evin »), le Code de la santé publique permet en effet aux sages-femmes libérales d'accéder aux plateaux des établissements de santé pour y réaliser l'accouchement de leurs propres patientes. Pour cela, un contrat doit être conclu entre l'établissement et la sage-femme, notamment pour préciser les conditions d'utilisation du plateau technique, la rémunération des actes ainsi que le montant de la redevance versée par la professionnelle à l'établissement²⁴. Seules 7,9 % des sages-femmes libérales ont accès à un plateau technique afin de pouvoir y réaliser des accouchements. Pour autant, toutes n'utilisent pas la possibilité offerte, puisqu'uniquement 5,8 % des sages-femmes indiquent avoir réalisé des accouche-

Seules 7,9 % des sages-femmes libérales ont accès à un plateau technique afin de pouvoir y réaliser des accouchements. Pour autant, toutes n'utilisent pas la possibilité offerte, puisqu'uniquement 5,8 % des sages-femmes indiquent avoir réalisé des accouchements en plateau technique (soit 32 sur 556).

ments en plateau technique (soit 32 sur 556). Parmi celles-ci, toutes n'ont pas précisé le nombre d'accouchements réalisés dans ce cadre au cours des 30 jours précédant l'enquête. Néanmoins, sur les 18 sages-femmes ayant apporté cette précision, 14 ont réalisé entre 1 et 3 accouchement(s) en plateau technique et 4 en ont réalisé 5 et plus. La réalisation de l'accouchement en plateau technique est corrélée avec l'ancienneté du diplôme et de l'installation en secteur libéral : la majorité de celles qui déclarent avoir mené au moins un accouchement en plateau technique au cours du mois écoulé ont ainsi obtenu leur diplôme dans le courant des années 1990 et 2000 (68,8 %) ; la pratique est, à l'inverse moins fréquente parmi les plus anciennes et les plus jeunes diplômées. En outre, l'accouchement en plateau technique concerne de façon plus importante les sages-femmes qui se sont installées en libéral au cours d'une période récente : la moitié de celles qui ont cette pratique (16 sur 32) se sont installées au cours des années 2010, alors que cette même activité n'est menée que par deux sages-femmes installées durant les années 1980 et par aucune de celles qui se sont installées dans les années 1970 ou avant. Enfin, les sages-femmes qui réalisent l'accouchement en plateau technique ont plus souvent une expérience préalable de cette activité en tant que salariées : 43,8 % d'entre elles occupaient un poste en salle de naissance juste avant leur passage en secteur libéral (contre 24,9 % de celles qui ne le pratiquaient pas).

L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

UNE PRATIQUE MINORITAIRE

À l'heure où les Pouvoirs Publics mettent l'accent sur le développement des maisons de naissance²⁵, ils sont en revanche bien plus réticents vis-à-vis de l'accouchement à domicile, en raison des risques qui lui sont associés. L'organisation du système de soins n'offrirait pas les conditions nécessaires au repli des femmes en cas de complication. De plus, les sages-femmes qui pratiquent l'accouchement à domicile ne sont que très rarement couvertes par des contrats d'assurance en cas de problème, compte tenu de leur coût très élevé. Dans ces conditions, la Cour des comptes recommande de « *faire strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle* »²⁶.

Si la demande d'accouchement à domicile progresse, cette pratique demeure en réalité marginale²⁷. Ainsi, parmi l'ensemble des sages-femmes libérales, 11,9 % signalent pratiquer ou avoir pratiqué des accouchements à domicile. La question, telle qu'elle était posée, ne permettait pas d'opérer une distinction entre les accouchements qui sont/

22. Cavillon M., op. cit., p. 3.

23. ONDPS, Compte rendu de l'audition des sages-femmes du 7 avril 2010, op. cit., p. 7.

24. Le montant de la redevance est fixé par un arrêté du 28 mars 2011 : 30 % des honoraires pour un accouchement.

25. Présentées comme une alternative aux maternités hospitalières, les maisons de naissance répondent à une demande croissante de « démedicalisation » de la grossesse et de l'accouchement. Gérées par des sages-femmes, ces structures – encore non opérationnelles à ce jour – seront destinées aux femmes dites « à bas risque obstétrical ». La loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 a autorisé l'expérimentation de ces maisons de naissance durant deux années dans notre pays et le décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 est venu préciser les conditions de leur très prochaine expérimentation (ces maisons devront être liées par convention à un établissement de santé, devront être situées dans des locaux attenants à ceux de l'établissement partenaire, etc.).

26. Cour des comptes, op. cit., p. 198. Alerté par cette même Cour des comptes en 2013, le ministère de la Santé a saisi le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes pour que celui-ci rappelle à ses adhérentes les sanctions encourues en l'absence d'assurance professionnelle (radiation de l'Ordre pouvant conduire à une interdiction – provisoire ou définitive – d'exercice et sanctions pénales). De son côté, la Haute Autorité de Santé indique « *D'autres lieux d'accouchement peuvent être actuellement choisis par les femmes présentant un faible niveau de risque, notamment les espaces dits « physiologiques » (internes à une maternité) ou le domicile* » tout en ajoutant que « *ces questions sont en dehors du champ des recommandations* ». Haute Autorité de Santé, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Recommandations professionnelles. Argumentaire, 2007, p. 99.

27. Fillaut T., Hontebeyrie J., « *Accoucher à domicile : de l'obligation à l'option* », La revue du praticien, vol. 63, 2013, p. 329.

étaient programmés à domicile et ceux qui ne le sont/ne l'étaient pas (accouchements dont le déroulement n'était pas initialement prévu à domicile). Pour 59 % de ces sages-femmes, le premier accouchement à domicile a été réalisé dans les années 2000 et 2010. En revanche, la proportion de celles qui ont réalisé au moins un accouchement durant le mois précédant l'enquête est nettement moins élevée : 4 % (soit 22 professionnelles sur les 556 enquêtées). L'écart constaté entre les deux réponses tient probablement au fait que des sages-femmes ont pu mener des accouchements à domicile par le passé mais n'en réalisent plus à présent. Ainsi, 7,9 % de l'ensemble des sages-femmes indiquent avoir arrêté de pratiquer des accouchements à domicile ; dans ce cas, l'année du dernier accouchement se situe aussi le plus fréquemment dans les années 2000 et 2010, ce qui tendrait à montrer que cette pratique ne s'inscrit pas toujours dans la longue durée. Les principales raisons mises en avant par celles qui ont arrêté d'effectuer des accouchements à domicile tiennent au coût élevé des assurances professionnelles, à une surcharge d'activité et aux risques médicaux. La part des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile – 4 % – reste clairement minoritaire. Cette proportion est proche de celle relevée dans l'enquête produite par le CNOSF en 2008 : 4,4 % des sages-femmes libérales interrogées dans le cadre de cette étude déclaraient réaliser des accouchements à domicile (soit 72 sur les 1 615 ayant répondu au questionnaire)²⁸. Enfin, pour ce qui concerne les 22 sages-femmes qui indiquent avoir cette pratique, 8 ont réalisé un seul accouchement au cours des 30 jours écoulés et 14 en ont réalisé 3 et plus.

Comparées à leurs consœurs qui n'ont pas l'expérience professionnelle des accouchements à domicile, celles qui ont ou ont eu cette pratique présentent la particularité d'avoir plus souvent accouché elles-mêmes à domicile : près d'un quart (24,2 %) de ces dernières ont ainsi elles-mêmes donné naissance chez elles à au moins un de leurs enfants contre 6,4 % de celles qui ne réalisent pas et n'ont jamais réalisé d'accouchements à domicile. Sur les vingt-deux sages-femmes déclarant avoir réalisé au moins un accouchement à domicile au cours du mois écoulé, dix ont expérimenté personnellement ce type d'accouchement²⁹. Celles qui sont

concernées ou ont été concernées par l'accouchement à domicile sont plus âgées que la moyenne voire exercent leur métier tardivement (elles sont majoritairement quinquagénaires et sexagénaires). Ainsi, la fréquence de cette pratique augmente régulièrement à mesure que l'on passe des sages-femmes les plus jeunes aux plus âgées.

TABLEAU 3 > LES SAGES-FEMMES PRATIQUANT OU AYANT RÉALISÉ DES ACCOUCHEMENTS À DOMICILE

Année de naissance des sages-femmes	Ensemble des sages-femmes*		Sages-femmes pratiquant ou ayant pratiqué l'accouchement à domicile*	
Années 1990	0,9 %	(5)	0 %	(0)
Années 1980	23,9 %	(133)	16,7 %	(11)
Années 1970	29 %	(161)	21,2 %	(14)
Années 1960	29,9 %	(166)	31,8 %	(21)
Années 1950 et avant	16 %	(89)	30,3 %	(20)

*Parmi celles ayant précisé leur année de naissance.

De la même façon, on observe que parmi les 22 professionnelles ayant pratiqué au moins un accouchement à domicile au cours des 30 derniers jours, plus de la moitié (13) sont également des quinquagénaires et des sexagénaires. •

Les principales raisons mises en avant par celles qui ont arrêté d'effectuer des accouchements à domicile tiennent au coût élevé des assurances professionnelles, à une surcharge d'activité et aux risques médicaux.

28. Moulinier C., « Synthèse des résultats de l'enquête auprès des sages-femmes libérales », Contact Sages-femmes, 2009, n° 20, p. 8.

29. Ces observations rejoignent celles de Juliette Hontebeyrie qui souligne que la moitié des sages-femmes libérales (N = 36) qui pratiquent l'accouchement à domicile ont elles-mêmes accouché à domicile. Hontebeyrie Juliette, « Quelques éléments de connaissance à propos du profil sociodémographique des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile », La Revue Sage-Femme, n° 12, 2013, p. 235-286.

De la pratique hospitalière à la pratique libérale

PAR L'OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ,

LES SAGES-FEMMES : UNE PROFESSION EN MUTATION, MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MAI 2016.

LA MOBILITÉ GÉOGRAPHIQUE AVANT ET APRÈS L'OBTENTION DU DIPLÔME

Avant même l'installation en libéral, la mobilité des sages-femmes est déjà assez marquée, si l'on met en perspective la région dont elles sont originaires et celles où elles se sont formées : près de 30 % d'entre elles se sont inscrites dans une école des sages-femmes en dehors de leur région. C'est la Bretagne qui accueille la plus forte proportion d'étudiantes originaires d'une autre région (25 sur 49) qui à la suite vont partir vers le libéral. On pourrait penser que l'Ile-de-France, bien pourvue en écoles (environ 13 % des inscrites de l'Hexagone) voit arriver nombre d'étudiantes sages-femmes résidant en dehors de cette région. C'est peut-être vrai pour les futures sages-femmes dans leur ensemble mais les trois quarts de celles qui s'y sont formées et qui, à la suite, se sont dirigées vers le libéral, étaient originaires d'Ile-de-France.

Avec des diplômes obtenus tout au long des années (21 % au cours de dix dernières années – 2004-2013 – et 28,9 % entre 1994 et 2003), le taux de celles qui travaillent dans la région où elles ont obtenu leur diplôme est de 55,4 %. On ne quitte pas spécialement plus la Lorraine et l'Ile-de-France (52,3 % et 56 % de celles qui travaillent en libéral y ont été formées) que d'autres régions, et ce sont l'Auvergne, la région Centre et le Limousin qui voient l'installation de la plus forte proportion de sages-femmes formées ailleurs. Toutes proportions gardées, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur conserve les deux tiers des sages-femmes libérales qui s'y sont formées (contre 44 % des sages-femmes actives, salariées et libérales confondues) ; c'est le cas des trois quarts de celles qui se sont formées en Bretagne, sans nécessairement en être originaires. Dans tous les cas, la mobilité des sages-femmes libérales est d'assez forte ampleur.

LES TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES AVANT L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Au-delà des 7 % des professionnelles qui ne sont pas passées par un emploi salarié, si ce n'est de brefs remplacements immédiatement après l'obtention de leur diplôme, les autres sages-femmes ont occupé en moyenne 2,76 emplois différents avant leur installation en libéral. On observe toutefois de fortes variations autour de cette tendance centrale :

Pour plus de quatre sages-femmes sur dix, leur trajectoire menant au libéral n'a été, au maximum, ponctuée que de deux emplois salariés.

16,3 % n'ont connu qu'un seul emploi salarié, 28 % deux emplois, 21 % trois emplois, 16 % quatre emplois et 11,5 % cinq emplois et plus. Pour plus de quatre sages-femmes sur dix, leur trajectoire menant au libéral n'a été, au maximum, ponctuée que de deux emplois salariés.

Si l'on reconstitue les trajectoires des unes et des autres, on relève, emploi après emploi, une tendance à l'allongement de leur durée. Pour celles qui ont connu cinq emplois salariés et plus, la durée du premier d'entre eux s'est élevée à 2,6 ans. Celle du deuxième emploi est sensiblement équivalente (2,4 ans). Ensuite, le troisième emploi court en moyenne sur 3,6 ans, l'avant-dernier sur 3,9 ans et le dernier assuré juste avant l'installation en libéral est de 5,3 ans. Il n'y a pas de grands écarts selon que le dernier emploi a été, de fait, le seul occupé ou qu'au contraire il s'inscrit comme la dernière étape après un ou plusieurs emplois précédents avant l'arrivée en libéral. Ainsi, dans le premier cas, sa durée sera de 5,1 ans au lieu de 5,3 ans. Elle sera par contre de 4,4 ans au lieu de 3,9 ans pour une sage-femme qui n'aura connu que deux emplois salariés.

La part des sages-femmes salariées employées dans les maternités publiques a régulièrement augmenté au fil des années. Elle représentait 65 % en 1990, 68 % en 2000, 72 % en 2004 et 77 % en 2014. Si l'on retient 2004 comme date de référence, compte tenu d'une ancienneté dans le secteur libéral d'environ 10-11 ans en moyenne, le dernier emploi occupé par les sages-femmes présentement en libéral n'a été qu'à hauteur de 52,5 % un emploi dans une maternité publique. Les sages-femmes libérales ont donc, bien plus nettement que la moyenne, occupé des emplois en clinique privée (31,7 %) voire en hôpital privé (1,4 %) ¹. Certes, leur trajectoire, pour celles qui ont connu plusieurs emplois différents, tend à aller tendanciellement du privé vers le public, mais la surreprésentation du secteur privé demeure. Pour celles qui ont connu cinq emplois salariés différents, le premier d'entre eux était à 49,3 % dans le secteur public, puis le second à 49,9 %, le troisième à 53,2 % et l'avant-dernier à 59,2 %, avant donc de redescendre à 52,5 %, mais l'espace de travail salarié fréquenté par les sages-femmes libérales est plus souvent que la moyenne celui des maternités privées.

1. Le total n'est pas de 100 % puisqu'elles peuvent être passées par d'autres types d'emploi, comme en PMI (2,2 %), dans le secteur humanitaire (0,9 %), etc.

Les cliniques sont réputées avoir tendance à spécialiser plus leurs sages-femmes par secteur et cette spécialisation se fait en faveur du secteur de la naissance, qui représente 83 % des sages-femmes mono-secteur (contre 54 % en établissements publics), notait en 2005 une étude de l'Irdes². Les données collectées vont effectivement dans ce sens : même si le travail en salle de naissance progresse un peu au fil de la carrière (24,6 % dans un premier emploi pour celles qui en ont connu cinq différents et, au total, en dernier emploi, 27,6 %), ce dernier taux est inégalement réparti : 24,7 % des sages-femmes libérales travaillant en dernier lieu dans le secteur public étaient affectées à une salle de naissance contre 37 % en clinique privée. À l'inverse, celles qui, au fil de leur dernier emploi, ont connu une polyvalence de leurs tâches ou une mixité de leur travail, avec, chez un même employeur, des fonctions différentes selon les périodes, représentent 46,2 % des emplois en clinique privée et 53,8 % dans le secteur public. Plus à la marge, 3,4 % des sages-femmes libérales issues du secteur public ont connu en dernier lieu une fonction de cadre contre 0,5 % dans le privé ; un suivi des grossesses pathologiques à hauteur de 3,1 % contre 1,6 % et à l'inverse un travail en bloc obstétrique pour 1,7 % là où en clinique ce fut le cas de 3,3 % d'entre elles.

Les différences entre secteurs se retrouvent aussi en matière de quotité de travail. En 1997, près de 30 % des sages-femmes salariées travaillaient à temps partiel et il était plus développé dans le secteur privé (33 %) que dans le secteur public (28 %). En 2009, selon la Drees, l'écart s'était même accentué : les sages-femmes hospitalières occupant un emploi à temps partiel étaient plus nombreuses dans le secteur privé (40 %) que dans le secteur public (30 %)³. Les sages-femmes libérales ayant connu plusieurs emplois salariés ont vu, de fait, la part du travail à temps plein s'orienter tendanciellement à la baisse : celles qui ont connu cinq emplois différents travaillaient au départ à 85,9 % à temps plein. Dans le dernier emploi occupé (et qui peut être le seul effectué avant le libéral), 61,5 % seulement de ces sages-femmes travaillaient à temps plein. On ne relève pas de différences notables selon que les sages-femmes libérales aient, en dernier lieu, travaillé dans les secteurs public ou privé. Par contre, il n'en va pas de même des emplois où elles ont alterné à plusieurs reprises temps plein et temps partiel : ce fut le cas de 14 % de celles issues du secteur public et de 9 % de celles venant du secteur privé.

Si parfois les jeunes sages-femmes connaissent une ou plusieurs courtes périodes de chômage, l'accès continue cependant à se réaliser rapidement dans l'emploi⁴.

TABLEAU 1 > SITUATION PROFESSIONNELLE AU FIL DES DERNIERS EMPLOIS SALARIÉS OCCUPÉS

	Dernier emploi	Avant dernier Emploi	Rang 3	Rang 4	Rang 5 et plus
Remplacement	4,3 %	2,9 %	5,6 %	7,1 %	1,6 %
CDI	58,6 %	52,9 %	47,2 %	34 %	39,1 %
CDD	31,7 %	37,4 %	38,3 %	46,8 %	43,8 %
Vacataires ou auxiliaires	1,9 %	1,0 %	1,1 %	2,6 %	6,2 %
Intérim	1,9 %	3,7 %	4,8 %	6,4 %	6,2 %
Humanitaire	0,8 %	1,4 %	2,6 %	2,6 %	3,1 %
Autres	0,8 %	0,7 %	0,4 %	0,5 %	0 %
Total des observations	517	420	269	156	64

Néanmoins, l'entrée dans la profession se fait de plus en plus par un contrat à durée déterminée. Pour 4,3 % des sages-femmes libérales, leur dernier emploi salarié a consisté en un remplacement et 31,7 % d'entre elles avaient un contrat à durée déterminée.

Au fil des différents emplois, pour celles qui en ont eu plusieurs avant leur arrivée en libéral, la progression vers l'obtention d'un CDI est nette.

Dans le dernier emploi salarié occupé, la part de CDD est quasi la même dans le secteur privé (33,2 %) et dans le secteur public (32,5 %). La part de CDI est légèrement supérieure dans le secteur public (61,6 %) que dans le secteur privé (56,5 %), la différence provenant de situations d'intérim (2,7 % dans le secteur privé contre 0,3 % dans le secteur public). Si l'on se base toujours sur le dernier emploi salarié, mis en relation avec l'année d'obtention du diplôme d'État, le milieu des années 2000 marque une rupture. Auparavant, la part de CDD oscillait entre 25 % et 30 % ; après 2005, elle passe rapidement à un taux compris entre 41 % et 65 % selon les années. Sur les 33 sages-femmes qui ont obtenu leur diplôme entre 2011 et 2013 et n'ont pas tout de suite gagné le libéral, 26 étaient en CDD dans leur dernier emploi salarié.

LES FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES EFFECTUÉES

Avant leur installation, 82,3 % des sages-femmes qui vont aller vers le libéral ont suivi au moins une formation complémentaire (moyenne : 1,54). L'avancée en âge et en ancienneté est corrélée au nombre de formations suivies. Dans la tranche d'âge 50-54 ans, 13,5 % ne s'étaient pas inscrites à une formation ; c'est le cas de 39,6 % des moins de 30 ans, un rapport de 1 à 3 donc. Sur un ensemble de 42 formations différentes, la rééducation périnéale, toutes méthodes confondues, arrive très largement en tête avec 25,7 % de toutes les formations suivies. Rapportées aux 387 sages-femmes qui se sont effectivement inscrites en formation continue, 63,3 % d'entre elles se sont vues ainsi dispenser une telle formation. Il s'agit de la formation majeure

2. MIDY F et al., op.cit.

3. Cavillon M. (2012), « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », Études et Résultats, n° 791, Drees, p. 4.

4. Au-delà de l'enquête diligentée en 2014 par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) nombre d'études plus localisées et d'articles publiés dans la presse professionnelle soulignent les récentes difficultés inhérentes à l'insertion professionnelle au sortir de la formation. Micheau J., Alliot F. (2014), *Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ?* Lasertyuiop, CNOSF, rapport d'étude, p. 33. Pascual J. (2014), « Quel travail pour les sages-femmes ? », Profession sage-femme, n° 214, p. 19. ARS Rhône-Alpes (2012), *État des lieux de la profession de sages-femmes en région Rhône-Alpes*, 2013, p. 13. GREF Bretagne, *Insertion à 3 ans des diplômés de 2008*. Diplôme d'État de sage-femme.

des sages-femmes libérales. Toutefois, mise en relation avec l'âge des sages-femmes, la diminution de cette formation est continue entre celles qui ont plus de 34 ans (47 % environ s'y étaient inscrites) et celles qui en ont moins (34,7 %). La dispersion concernant les autres types de formation est très forte. Les formations en sophrologie ont été suivies par 9,5 % des sages-femmes aujourd'hui en libéral, au cours de leur précédent travail salarié. L'homéopathie par 7,9 %, et la gynécologie par 5,9 %.

UNE INSTALLATION EN LIBÉRAL DE PLUS EN PLUS RAPIDE

Les sages-femmes s'installent en libéral aux alentours de 35 ans⁵ et l'ancienneté des unes et des autres dans des emplois salariés est alors de 11,3 ans, mais ce ne sont là que des moyennes. De fait, selon les périodes, les variations sont importantes. Le milieu des années 1980 marque une relative rupture. Avant ces années-là, l'installation en libéral s'effectuait après 17-18 ans de travail salarié. À partir de 1985, les années d'expérience préalables chutent à 13,5 ans puis au début des années 1990 à 11,5 ans avant de descendre à 9,8 ans au début des années 2000. On manque évidemment de recul pour avancer des données précises pour la période la plus récente, sauf à constater une tendance au raccourcissement de l'ancienneté préalable dans un ou plusieurs emplois salariés. Il existe par ailleurs de fortes disparités selon les régions : les

5. Midy F., Condigny S. et Condigny M-L, relevaient déjà un tel âge moyen en 2005. « La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail », Questions d'économie de la santé, Irdes, n° 102, 2005.

Sur un ensemble de 42 formations, la rééducation périnéale, toutes méthodes confondues, arrive très largement en tête avec 25,7 % de toutes les formations suivies.

sages-femmes libérales de moins de trente ans représentent aujourd'hui 14,1 % de l'ensemble au niveau national, pas moins de 20 % en Rhône-Alpes ou de 17,2 % en Languedoc-Roussillon, mais seulement 8,7 % en Nord-Pas-de-Calais.

Avant 1975, il n'y a pas d'installation en libéral avant cinq années d'expérience professionnelle en maternité. Avant le milieu des années 1980, cela est aussi très rare (3 sur 37 entre 1975 et 1979, 2 sur 62 entre 1980 et 1984) et, en dehors des installations directes au sortir de la formation, aucune sage-femme ne s'est installée avec moins de deux ans d'ancienneté. À la suite, la part de celles qui franchissent le pas avant cinq ans de pratique évolue très vite. En revanche, on n'observe pas vraiment d'évolution, au fil des années, de la part de celles qui s'installent avant deux années d'expérience : depuis le début des années 1990, le taux reste quasi inchangé : 11 à 12 %. Exception faite de celles qui s'installent quasi directement en libéral, les autres sages-femmes tendent à considérer qu'il y aurait comme une sorte de période probatoire de trois-quatre ans avant de quitter le salariat.

L'INSTALLATION DIRECTE AU SORTIR DE LA FORMATION D'UN ÉPIPHÉNOMÈNE À UNE PRATIQUE QUI DEVIENT ASSEZ ORDINAIRE

Alors qu'avant 2000, l'installation en libéral l'année d'obtention de son diplôme d'État est rare ; depuis cette tendance s'accélère : entre 2000 et 2004, 5,7 % des sages-femmes se dirigent vers le libéral dès l'obtention de leur Diplôme d'État ; entre 2005 et 2009, c'est le cas de 8 % d'entre elles, puis sur la période la plus récente, les années 2010-2013, quelque 42,8 % d'entre elles se sont installées l'année de leur DE directement. Sur 53 sages-femmes libérales âgées aujourd'hui âgées de 23 à 27 ans, 22 se sont ainsi directement installées à leur compte.

L'étude porte ici sur des effectifs limités certes, et il est logique qu'ayant interrogé notamment des jeunes sages-femmes libérales (pour autant sous-représentées dans notre échantillon), plus on évoque des périodes proches, plus, d'évidence, on obtient des taux importants. Il n'empêche que l'on saisit un phénomène, sans nul doute encore plus ample, compte tenu de cette sous-représentation. En s'arrêtant uniquement sur les dernières années, on peut

TABLEAU 2 ➤ L'INSTALLATION AU FIL DES QUATRE PREMIÈRES ANNÉES APRÈS L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT

	EFFECTIF DES SAGES-FEMMES			
	En libéral l'année de l'obtention de leur DE	En libéral entre 1 et 4 ans après l'obtention de leur DE	En libéral entre l'année de leur DE et 4 ans après	Ayant obtenu leur DE durant cette période
Avant 1975	0	0	0	15
1975-1979	0	3	3 soit 5,7 %	37
1980-1984	1	1	2 soit 3,2 %	62
1985-1989	2	4	6 soit 9,5 %	63
1990-1994	2	14	16 soit 14,6 %	109
1995-1999	1	15	16 soit 21,9 %	73
2000-2004	4	8	12 soit 17,1 %	70
2005-2009	5	27	32 soit 51,6 %	62
2010-2013	27	35	62	63
	42	108	149	554 299

TABEAU 3 > L'INSTALLATION EN LIBÉRAL DES SAGES-FEMMES AYANT OBTENU LEUR DIPLÔME D'ÉTAT DEPUIS 2000

Année d'obtention du DE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Installation l'année du DE	1	0	0		0	1	1	1	1	2	1	3	9
Installation l'année suivante	1	0	1	0	1	1	3	2	0	1	2	3	15
Installation 2 ans après son DE	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4	3	3	3
Installation 3 ans après son DE	2	0	1	1	0	0	4	0	0	6	2	0	
Installation 4 ans après son DE	0	0	0	1	0	0	2	3	0	0	1	0	
Installation 5 ans et plus après son DE	8	11	12	15	13	9	6	5	5	0	0	0	
Effectifs de l'échantillon	12	11	14	19	14	11	18	12	7	13	9	9	27

prendre une mesure encore plus exacte de l'accélération de ce phénomène d'installation en libéral quasi directe depuis trois à quatre ans.

On observe par ailleurs, depuis une vingtaine d'années, un resserrement des écarts d'âge parmi les étudiantes, allié à un léger rajeunissement : la moyenne d'âge à l'obtention du Diplôme d'État était de 25,8 ans au cours des années 1991-1995, et de 25,1 ans durant les années 2001-2005 et se situe aujourd'hui autour de 23,5 ans⁶. L'âge n'a pas d'incidence sur l'installation directe : c'est avant tout le contexte présent, entre restructuration et concentration des maternités, fermeture des plus petites d'entre elles, contraintes financières fortes qui explique que les jeunes diplômées, parfois bon gré mal gré, se tournent vers le libéral sans passer en quelque sorte par « la case » maternité, faute de s'y voir proposer un emploi stable.

Pour autant, face aux tensions du marché du travail qui les confrontent a priori toutes peu ou prou aux mêmes difficultés, certaines franchissent le pas du libéral et d'autres ne le font pas.

LES RESSORTS DU CHOIX DU LIBÉRAL À LA SUITE D'UN EMPLOI SALARIÉ

Dans cet emploi salarié désormais quitté ou, plus rarement, associé à la pratique libérale, qu'est-ce qui était le plus difficile à supporter ? Sur la base des propos recueillis spontanément lors des 130 entretiens réalisés, ont été proposés dans le questionnaire un certain nombre d'items à retenir et à hiérarchiser. De fait, les réponses se répartissent assez également, sans vraiment qu'émerge une raison plutôt qu'une autre dans cette liste, sauf en ce qui concerne l'entente avec les personnels que sont les aides-soignantes, les auxiliaires de puériculture, etc. Au total, pas plus de 4,1 % des sages-femmes mentionnent des difficultés à ce niveau-là. Tout juste observe-t-on que, selon l'année d'obtention du diplôme d'État, la faible considération par les médecins évolue un peu à la baisse (16,4 % pour celles qui ont été diplômées entre 1984 et 1993 contre 13,1 % pour celles ayant obtenu leur diplôme entre 2004 et 2013) ; idem pour le poids de la hiérarchie administrative. La question des faibles revenus et des relations trop superficielles avec les patientes varient plutôt à la hausse, mais ce ne sont là que des écarts de faible ampleur (2 à 3 points). Il n'en va pas tout à fait

TABEAU 4 > LES RAISONS DU CHOIX DE L'EXERCICE LIBÉRAL

	Tous choix confondus (N = 1607)
Relations différentes avec les patientes	25,1 %
Maîtrise des horaires de travail	20,2 %
Possibilité de valoriser d'autres activités	14,8 %
Lassitude du cadre de travail antérieur	13,7 %
Satisfaction de « monter sa propre affaire »	7,8 %
Autres	6,1 %
Impossibilité de trouver un emploi dans un autre cadre	6,0 %
Revenus plus conséquents	4,5 %
Choix de ses collègues de travail	1,8 %
Total des choix	100 %

de même, dès lors que l'on met en relation ces difficultés ressenties avec le fait d'avoir en dernier lieu exercé dans les secteurs public ou privé. Faible considération et faibles revenus sont plus affaire du secteur privé (respectivement 17,4 % contre 13,1 % pour le secteur privé et 17,2 % contre 13,7 % pour le secteur public) et à l'inverse le poids de la hiérarchie administrative est plus vivement ressenti par les sages-femmes qui en dernier lieu exerçaient dans des maternités publiques (16,9 % contre 12,7 %).

COMPLÉTANT CETTE QUESTION À CHOIX MULTIPLES, UNE AUTRE PORTE SUR LES RAISONS DU CHOIX DU LIBÉRAL

Les raisons du choix du libéral sont très contrastées. Les résultats portent sur la totalité des réponses obtenues (trois choix possibles, d'où les 1 607 réponses collectées).

6. Ces chiffres confirment les données publiées par la Drees. Ainsi en 2008, en première année d'études de sage-femme, 20,2 % des étudiantes avaient moins de 20 ans et 78,1 % entre 20 et 22 ans. En 2013 ces proportions étaient respectivement de 27,4 % et de 69,3 %. Cf. Jakoubovitch S. (2009), « La formation aux professions de la santé en 2008 », Documents de travail, n° 139, Drees, p. 25 ; Casteran-Sacreste B. (2015), « La formation aux professions de la santé en 2013 », Document de travail, n° 195, Drees, p. 30.

- En premier choix, il est question d'abord des relations différentes avec les patientes (29,3 %) et de la maîtrise des horaires (23 %).
- En deuxième choix, ce sont encore les deux mêmes items qui reviennent, mais il y a peu d'écart entre le second (16,9 %) et ce qui a trait à la valorisation d'autres activités.
- Enfin, en troisième choix cette même valorisation d'autres activités est citée en premier (23 %) avant la maîtrise des horaires de travail.

Dans tous les cas, ce qui renvoie à des revenus plus conséquents ou à la satisfaction de « monter sa propre affaire » ne sont guère des raisons retenues⁷. Deux variables tendent à accroître les écarts entre ces réponses : la forme d'exercice du métier et l'ancienneté du diplôme d'État. Si les sages-femmes remplaçantes mettent, comme leurs collègues, d'abord en avant la possibilité offerte de nouer des relations différentes avec les patientes (23,5 %), à la suite est évoquée par elles l'impossibilité de trouver un emploi dans un autre cadre (14,7 %). Cela tend à rappeler que ce statut de remplaçante n'est souvent guère un choix mais plutôt un accommodement pour des jeunes diplômées, y compris pour compléter un autre emploi en maternité, voire en libéral ailleurs. Celles qui ont été diplômées à partir de 2005 évoquent, de façon croissante, l'impossibilité de trouver un emploi dans un autre cadre (5 % pour les titulaires du diplôme d'État obtenu entre 2002 et 2004, 9 % pour les diplômées entre 2005 et 2007, 11,1 % pour 2008-2010 et 16,6 % pour 2011-2013) et *a contrario* tendent à reléguer la possibilité de valoriser d'autres activités, puisque leur fréquent statut de remplaçante ou de collaboratrice ne leur laisse guère ce type d'ouverture.

Être remplaçante en début de carrière n'est toutefois pas quelque chose de vraiment nouveau : 31,9 % des sages-femmes libérales ont débuté comme remplaçantes, et l'augmentation de cette proportion est assez faible au fil des années. Elle pouvait déjà être de 37,5 % pour celles diplômées entre 1994 et 1996 là où, pour celles qui ont obtenu leur diplôme entre 2012 et 2014, elle est de 36,5 %.

Avant 1995, créer un cabinet en y travaillant toute seule était fréquent, cela l'est moins à la suite, et jusqu'aux années 2005, ce n'est plus nécessairement une voie très suivie (28,7 %). Depuis lors, ce mode d'exercice remonte (33,5 % entre 2006 et 2014), au détriment d'une nouvelle installation à plusieurs ou au sein d'un cabinet déjà existant. Par ailleurs, cela en est quasiment fini du rachat d'un cabinet – ce que l'on nomme plutôt « un droit de présentation à clientèle » – (moyenne générale : 5,3 %) ou d'une part de clientèle au sein d'un cabinet où travaille(nt) déjà une ou plusieurs autres sages-femmes (moyenne générale de 2 %). Pour un début de l'exercice libéral compris entre 2009 et 2011, les taux sont respectivement de 3,1 % et de 1 %, puis pour la période 2012-2014 de 0,7 % dans les deux cas. Débuter comme collaboratrice (moyenne de 5,6 %) varie assez peu selon les années, et il en va de même du choix de débiter en libéral sans disposer d'un cabinet (moyenne de 2,2 %). •

7. Plusieurs études localisées tendent à souligner combien les sages-femmes qui s'installent en libéral n'en attendent pas de revenus plus conséquents. Voir par exemple Moyon M. (2014), *L'exercice libéral des sages-femmes en Pays de la Loire : les difficultés et axes d'amélioration*, mémoire de diplôme d'État de sage-femme, Nantes, p. 41.

Les sages-femmes et la publicité

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME

Le Premier ministre avait, l'an passé, confié au Conseil d'État la réalisation d'une étude sur le thème de la publicité par les professionnels de santé. Cette étude est adoptée maintenant par le Conseil d'État.

Après avoir auditionné les ordres professionnels, des syndicats professionnels des professions de santé, de représentants des établissements de santé publics et privés, des associations de patients, l'Autorité de la concurrence et la Caisse nationale d'assurance maladie, le Conseil d'État relève que la réglementation française interdisant la publicité directe ou indirecte aux professions de santé est devenue obsolète. D'une part, car elle va être affectée par l'évolution de la réglementation européenne, d'autre part, car l'encadrement strict des informations que les praticiens peuvent aujourd'hui rendre publiques ne paraît plus répondre totalement aux attentes d'un public demandeur de transparence sur l'offre de soins. Enfin, l'essor rapide de l'économie numérique rend inadéquates certaines des restrictions actuelles en matière d'information dans le domaine de la santé.

Le cadre actuel des informations pouvant être communiquées par les professionnels de santé au public va donc prochainement s'élargir. Les différents Ordres sont en cours de réécriture de leur code de déontologie pour y faire entrer ces modifications tout en respectant le fait que l'exercice de la médecine n'est pas une activité commerciale. Comment, en effet, ne pas risquer d'ouvrir les vannes à des abus et une dérégulation marchande...

« Tout ne doit pas être possible. Il ne faudrait pas, sous prétexte de suppression de l'interdiction de la publicité pour ces professions, que l'on puisse faire n'importe quoi, a précisé Yves Doutriaux, président du groupe de travail. Cette liberté de communiquer s'accompagnera de l'interdiction d'exercer la profession comme un commerce, conformément à la déontologie médicale consacrée par le droit français et européen. La communication du professionnel de santé devra, entre autres, être loyale, honnête, ne faire état que de données confirmées et s'abstenir de citer des témoignages de tiers, comme des anciens patients. »

La communication du professionnel de santé devra, entre autres, être loyale, honnête, ne faire état que de données confirmées et s'abstenir de citer des témoignages de tiers, comme des anciens patients.

Sur ce point, précisément, voici ce que l'on peut lire dans le rapport, pour justifier l'évolution d'ores et déjà souhaitée par le gouvernement comme par les différents Ordres :

« Une telle réflexion apparaît d'autant plus nécessaire qu'une « rupture de fait » affecte déjà les relations traditionnelles entre le public et les professionnels de santé. Ainsi, il n'est plus rare de voir certains patients consulter, sur Internet, les avis émis par d'autres internautes avant de choisir leur praticien, un peu à la manière de touristes choisissant leurs hôtels au vu des notations en ligne. De même, certains professionnels de santé se plaignent, désormais, de ne pas pouvoir préserver leur e-réputation. Face aux informations, parfois teintées de charlatanisme, qui circulent sur les réseaux sociaux, les conseils donnés par les pouvoirs publics et les professionnels de santé semblent quelquefois peu audibles dans un contexte de méfiance alimenté par les crises sanitaires, passées et actuelles. »

Alors que ni le *statu quo* ni l'autorisation générale de la publicité ne sont envisageables, l'introduction d'un principe de libre communication des informations paraît souhaitable.

Il n'y aura donc pas pour autant une autorisation pure et simple de la publicité pour ne pas ouvrir à des pratiques commerciales contraires à la déontologie, à la confraternité, à la loyauté et potentiellement néfastes pour la santé publique. Pas question donc d'« auto-proclamation » non vérifiée de spécialités ou de parcours professionnel.

« La communication du professionnel de santé devra, entre autres, être loyale, honnête, ne faire état que de données confirmées et s'abstenir de citer des témoignages de tiers », comme des anciens patients. Les ordres dresseront un « menu déroulant limitatif » des précisions que le professionnel pourra apporter sur ses spécialités et « sur-spécialités ».

LES PRINCIPALES RAISONS NÉCESSITANT CETTE MODIFICATION

- Une demande croissante d'informations générales sur la santé, à laquelle il est nécessaire de mieux répondre.
- Une demande croissante d'informations individuelles sur les professionnels de santé, encore insuffisamment satisfaite.
- La liste des données que les professionnels sont aujourd'hui autorisés à communiquer au public semble trop restrictive et source d'inégalités entre patients. Des ruptures d'égalité dont les catégories socialement défavorisées sont les premières victimes. Les difficultés particulières de l'accès à l'information dans les zones où l'offre de soins est la plus importante.
- Un développement rapide dans le domaine de la santé, susceptible de rendre obsolètes certaines des règles applicables en matière de publicité et d'information.

- Des professionnels de santé sont confrontés à la concurrence d'établissements et de professionnels non soumis à l'interdiction de la publicité.

ÉLÉMENTS DE L'EXISTANT (EXTRAITS DU RAPPORT)

■ LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

En vertu du code de la santé publique, les professions de santé se subdivisent en trois catégories :

- **Les professions médicales :** médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ;
- **Les professions de la pharmacie et de la physique médicale :** pharmaciens, préparateurs en pharmacie, physiciens médicaux ;
- **Les professions d'auxiliaires médicaux :** aides soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires.

Les professions médicales et les pharmaciens sont constitués, depuis près de quatre-vingt ans, en ordres professionnels. Parmi les professions d'auxiliaires médicaux, trois d'entre elles (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures podologues) ont obtenu à leur tour, plus récemment, au cours des années 2000, la création d'Ordres.

Les autres professions du secteur de la santé dont l'exercice est subordonné à l'usage d'un titre — à savoir les psychologues, psychothérapeutes, ostéopathes et chiropracteurs — sont des « professions réglementées » au sens de la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles, sans être des « professions de santé » au sens du Code de la santé publique.

■ LA PUBLICITÉ

Le droit de l'Union Européenne dérivé, tel qu'interprété par la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, définit la « publicité » comme une « communication commerciale » destinée à « promouvoir directement ou indirectement » les services d'une personne exerçant une et, de manière plus générale, comme « toute forme de communication faite dans le cadre d'une activité commerciale, industrielle, artisanale ou libérale dans le but de promouvoir la fourniture de biens ou de services ».

Dans sa jurisprudence, la Cour de justice de l'Union Européenne a été amenée à préciser la distinction entre publicité et information en matière de médicaments en jugeant, par son arrêt du 5 mai 2011 « MSD Sharp & Dohme GmbH », que la définition de la publicité pour les médicaments au sens de l'article 86 § 1 de la directive 2001/83 du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain n'excluait pas, par principe,

que « des publications ou des diffusions qui ne comprennent que des informations objectives puissent être considérées comme de la publicité » dès lors que le message « vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou la consommation de médicaments », à la différence d'une « indication purement informative sans intention promotionnelle » qui, elle, ne saurait relever des dispositions de cette directive relatives à la publicité pour les médicaments.

En droit interne

Le Code de la santé publique interdit « tous procédés directs ou indirects de publicité » aux professions de santé, sans fournir d'éléments de définition précis.

Quelques textes de niveau législatif ou réglementaire ont déjà retenu, dans des domaines particuliers, une définition spécifique de la publicité. Ainsi, l'article L. 581-3 du Code de l'environnement dispose que constitue « une publicité », au sens de la réglementation des enseignes et pré-enseignes, « toute inscription, forme ou image, destinée à informer le public ou attirer son attention ».

De même, l'article 2 du décret du 27 mars 1992 fixant les principes généraux définissant les obligations des éditeurs et services en matière de publicité, de parrainage et de téléachats prévoit que, pour l'application de ce texte, constitue une publicité « toute forme de message télévisé diffusé contre rémunération ou autre contrepartie en vue soit de promouvoir la fourniture de biens ou services, y compris ceux qui sont présentés sous leur appellation générique, dans le cadre d'une activité commerciale, industrielle, artisanale ou de profession libérale, soit d'assurer la promotion commerciale d'une entreprise publique ou privée ».

Le Code de la santé publique

Il comporte, quant à lui, s'agissant des professions de la pharmacie, deux définitions de la publicité, au champ restreint, concernant, d'une part, les médicaments à usage humain et, d'autre part, les dispositifs médicaux. Les articles L. 5122-1 et L. 5213-1 du code précisent ainsi qu'il y a lieu d'entendre par publicité « toute forme d'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou la consommation », à l'exception des informations dispensées, pendant leur service, par les pharmaciens gérant une officine. Ces deux formulations identiques sont issues de la directive précitée du Parlement européen et du Conseil, du 6 novembre 2001, instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, dont elles assurent la transposition.

En l'absence, donc, d'une définition juridique générale de la notion de « publicité » dans le droit écrit national, les éléments généraux de qualification communément admis de la notion de publicité en droit interne sont, comme le soulignait notamment la présidente Maugué dans ses conclusions sur la décision du Conseil d'État « Association des groupements de pharmaciens d'officine » du 12 juin 1998, ceux découlant des jurisprudences convergentes de la Cour de cassation et du Conseil d'État, en vertu desquelles l'acte publicitaire se définit par l'existence d'un message informant sur la nature du bien proposé ou du service offert, adressé à des clients potentiels.

Dans le rapport, est qualifié de publicité, en matière d'offre de soins, tout procédé par lequel un professionnel de santé assure auprès du public la promotion, à des fins commerciales, de son activité. Il y aura ainsi lieu de distinguer, s'agissant des professions de santé, en droit interne, ces deux branches de la communication que constitue, d'un côté, la « publicité », au sens qui vient d'être dégagé, et, de l'autre, l'« information », qui se définit, a contrario, comme incluant tous les messages, renseignements et données ne revêtant pas ce caractère publicitaire.

En l'état actuel du droit, et outre les indications expressément mentionnées par le Code de la santé publique, les seules informations que les praticiens sont autorisés à délivrer au public sont celles qui présentent un caractère objectif ou obéissent à une finalité scientifique, préventive ou pédagogique, indépendamment de toute promotion personnelle. Il ne saurait, pour autant, se déduire de cette définition restrictive de l'« information autorisée » que toute « information non autorisée » constitue nécessairement de la publicité. En l'état actuel du droit, de nombreuses informations revêtant un caractère subjectif et portant atteinte à des principes fondamentaux tels que le respect de la dignité, de l'indépendance ou de la confraternité sans avoir une finalité promotionnelle ne peuvent être communiquées au public par les praticiens sous peine de poursuites disciplinaires. Appelé à se prononcer sur les qualifications de « publicité » ou « d'information autorisée » au sens du Code de la santé publique, le Conseil d'État a élaboré un faisceau d'indices – faisant écho à la définition proposée par la présidente Maugué dans ses conclusions précitées – fondé sur la part du praticien dans l'origine de l'information, la nature de cette information et le destinataire de l'information.

DES PRINCIPES TRADITIONNELS PROFONDÉMENT ANCRÉS DANS LE DROIT DE LA SANTÉ

Ce sont tous ces principes qui vont être affectés et pour autant devront être pour certains protégés.

■ Dignité de la profession

De même, conformément aux articles R. 4127-308 et R. 4127-322, les sages-femmes se voient interdire, dans leurs écrits et propos, « tout ce qui est incompatible avec la dignité individuelle et professionnelle » et ne peuvent exercer une autre activité que si un tel cumul s'avère compatible avec cette même exigence.

■ Indépendance

Le principe d'indépendance professionnelle est aujourd'hui consacré, s'agissant des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, par l'article L. 4112-1 du Code de la santé publique.

■ Interdiction d'exercer la profession comme un commerce

Le pouvoir réglementaire relie à l'exigence selon laquelle celles-ci ne doivent pas être « pratiquées comme un commerce », qu'il s'agisse des médecins, chirurgiens-dentistes,

sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ou pédicures podologues.

• Confraternité

Ce principe de confraternité entre professionnels a pour corollaire l'interdiction de la concurrence déloyale.

• Interdiction du compérage

L'OBJECTIF DE BONNE INFORMATION DES PATIENTS

Cette évolution profonde de la législation s'est traduite, en premier lieu, par la consécration, à l'article L. 1111-261 du Code de la santé publique dans sa version issue de la loi du 4 mars 2002, du droit de toute personne d'être informée, de manière complète, au cours d'un entretien individuel et à tous les stades de sa relation avec ses interlocuteurs du milieu médical, sur son état de santé, cette obligation d'information incombant « à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables ». L'obligation générale d'informer le patient sur son état de santé a pour corollaire le droit, pour toute personne, d'accéder à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements.

L'impératif d'information du patient comporte également une dimension économique dont le législateur a entendu prendre la pleine mesure en reconnaissant, à l'article L. 1111-365 du code, le droit de toute personne à être informée sur les frais auxquels elle est susceptible d'être exposée à l'occasion des soins qui lui sont proposés ainsi que sur les conditions de leur prise en charge, les modalités de cette « information économique » étant ensuite définies, en l'état actuel de la législation, avec un haut degré de précision et d'exigence aux articles L. 1111-3-166 et L. 1111-3-267 insérés par la loi du 26 janvier 2016.

Le Code de déontologie des sages-femmes relatif aux devoirs généraux des sages-femmes, précise les contours de « la bonne information » susceptible d'être diffusée par ces dernières, notamment sur un site internet, de manière directe ou indirecte, définie en creux comme une « *non-publicité* » recouvrant les « *données informatives et objectives qui, soit présentent un caractère éducatif ou sanitaire, soit figurent parmi les mentions légales autorisées [...], soit sont relatives aux conditions d'accès au lieu d'exercice ou aux contacts possibles en cas d'urgence ou d'absence du professionnel* ». Le pouvoir réglementaire a, par ailleurs, jugé utile de soumettre la diffusion de telles informations à une obligation de communication au Conseil départemental de l'Ordre, conférant ainsi un pouvoir de régulation important à l'instance ordinale dans la communication des professionnels à destination du public.

S'agissant des sages-femmes, les dispositions de leur Code de déontologie relatives aux conditions d'exercice reprennent cette même obligation en indiquant, de nouveau, à l'article R. 4127-341109 du Code de la santé publique, qu'elles doivent afficher dans leurs salles d'attente ou autres lieux d'exercice, de manière visible et lisible, les informations relatives à leurs honoraires, y compris les dépassements qu'elles facturent, tout en précisant qu'« *une sage-femme n'est jamais en droit de refuser des explications sur sa note d'honoraires* ».

S'agissant des sages-femmes, [...] elles doivent afficher dans leurs salles d'attente ou autres lieux d'exercice, de manière visible et lisible, les informations relatives à leurs honoraires, y compris les dépassements qu'elles facturent.

Dans leur dernière version issue du décret du 17 juillet 2012110, les dispositions de l'article R. 4127-310111 du Code de la santé publique relatives aux conditions d'exercice des sages-femmes consacrent expressément la faculté du Conseil national de l'Ordre de formuler des « *recommandations de bonnes pratiques* » au sujet du contenu des informations susceptibles d'être diffusées, « *notamment sur un site internet* », par les membres de cette profession et le chargent de veiller tout particulièrement, dans ce domaine, au respect des principes déontologiques.

L'information économique (honoraires, mode de paiement, reste à charge...), déjà censée être affichée dans les salles d'attente, sera également obligatoire sur « tout support » (site internet, répondeur téléphonique, secrétariat électronique, etc.) et consultable avant rendez-vous.

La nature des informations supplémentaires qui, en réponse aux demandes des associations de patients et d'usagers, pourraient être communiquées sur la qualité des soins et les pratiques professionnelles, reste sujette à discussion.

PROPOSITIONS

Afin de répondre aux attentes légitimes de la population, il est souhaitable que les professionnels de santé puissent diffuser publiquement des informations supplémentaires sur leurs compétences et pratiques professionnelles :

- La formation professionnelle continue ;
- Les spécialités ou « sur-spécialités ;
- Les modalités professionnelles de l'exercice quotidien ;
- La participation à la permanence et à la continuité des soins pratiques ;
- Les certifications ou accréditations délivrées par des autorités publiques.

À l'inverse, la réflexion menée à la lumière des différentes auditions amène à ne pas retenir, au titre de cet élargissement de l'information communiquée par les professionnels de santé, les éléments suivants :

- Des diplômes non contrôlés et non reconnus, ni des compétences non certifiées et autoproclamées, ni des formations à caractère commercial ou non validées scientifiquement ;
- Du nombre d'actes réalisés pendant une période donnée ;
- Les notations et évaluations de patients ;
- D'indiquer au public qu'il n'a fait l'objet d'aucun signalement à l'Ordre ni d'aucune sanction disciplinaire ou, encore, de donner des informations sur les coordonnées de son assurance professionnelle.

PROPOSITION N° 1

Prévoir la faculté pour les professionnels de santé, dans le respect des règles déontologiques, de communiquer au public des informations sur leurs compétences et pratiques professionnelles, leur parcours professionnel, des informations pratiques sur leurs conditions matérielles d'exercice ainsi que des informations objectives à finalité scientifique, préventive ou pédagogique et scientifiquement étayées sur leurs disciplines et les enjeux de santé publique.

PROPOSITION N° 2

Rendre obligatoire, dès la prise de rendez-vous, la diffusion, sur tout support, des informations économiques précises dont l'article R. 1111-21 du Code de la santé publique impose déjà l'affichage dans les salles d'attente ou lieux d'exercice.

PROPOSITION N° 3

Favoriser le développement de la communication des pharmaciens auprès du public, afin de l'assister dans le parcours de soins, sur la gamme des prestations qu'ils peuvent délivrer et leur qualité, leur certification quant à la dispensation des médicaments, la validation de leur formation professionnelle continue ainsi que leur appartenance éventuelle à des groupements d'officines ou à d'autres réseaux professionnels. Ces informations à caractère objectif et informatif pourraient être diffusées par tout support, et en particulier sur les sites Internet des officines.

PROPOSITION N° 4

Imposer aux professionnels libéraux venus d'autres États membres, auxquels un accès partiel à l'exercice de certaines activités a été accordé au titre de l'article L. 4002-5 du Code de la santé publique, d'informer préalablement le public, par tout support, de la liste des actes qu'ils ont été habilités à effectuer.

PROPOSITION N° 5

Supprimer l'interdiction de la publicité directe ou indirecte dans le Code de la santé publique et poser un principe de libre communication des informations par les praticiens au public, sous réserve du respect des règles gouvernant leur exercice professionnel.

PROPOSITION N° 6

Imposer, par des dispositions expresses, que la communication du professionnel de santé soit loyale, honnête et ne fasse état que de données confirmées, que ses messages, diffusés avec tact et mesure, ne puissent être trompeurs, ni utiliser des procédés comparatifs, ni faire état de témoignages de tiers.

PROPOSITION N° 7

Inviter les Ordres à encourager les professionnels de santé à davantage communiquer au public, conformément à leurs recommandations, de manière à éviter toute « auto-proclamation » non vérifiée de spécialités, pratiques ou parcours professionnels

PROPOSITION N° 8

Prévoir que les nouvelles informations diffusées par les professionnels de santé le soient par tout support adéquat n'étant pas de nature à rendre cette diffusion

commerciale. Les codes de déontologie pourraient confier aux Ordres le soin de préciser, par des recommandations, les conditions dans lesquelles ces modes de publication seraient déontologiquement admis.

PROPOSITION N° 9

Inciter les professionnels de santé, dans le cadre de leur formation initiale et continue, à davantage utiliser les outils numériques pour communiquer sur leurs expériences et pratiques professionnelles et intervenir efficacement sur tout support afin de répondre aux fausses informations ou approximations susceptibles d'affecter la protection de la santé publique.

PROPOSITION N° 10

Moderniser et harmoniser les rédactions des dispositions des codes de déontologie relatives au contenu et aux procédés de diffusion des informations.

PROPOSITION N° 11

Les pouvoirs publics pourraient inclure, en accord avec les professionnels de santé, sur leurs sites numériques, le cas échéant par des liens hypertextes, les informations que ces professionnels communiqueraient au public volontairement ou obligatoirement. Les professionnels de santé seraient autorisés à diffuser au public les informations les concernant rendues publiques par les sites numériques des administrations. Les sites d'information mis en ligne par les pouvoirs publics gagneraient à être davantage coordonnés afin d'en accroître le référencement numérique et d'en améliorer l'accessibilité.

PROPOSITION N° 12

Veiller, au besoin en insérant des clauses en ce sens dans les conventions conclues avec l'assurance maladie, à ce que les établissements de santé ne placent pas les professionnels de santé qui y travaillent en contradiction avec leurs obligations déontologiques en matière de communication au public et puissent, le cas échéant, faire l'objet de rappels à la loi à cet effet.

PROPOSITION N° 13

Suggérer aux Ordres de proposer que soit ajoutée à leur code de déontologie une formule inspirée de l'article R. 4321-124 du code de la santé publique relatif aux masseurs-kinésithérapeutes, qui distinguerait les activités relevant du monopole, pour lesquelles la libre communication serait encadrée, de celles qui n'en relèvent pas, pour lesquelles la publicité serait autorisée sous certaines conditions.

PROPOSITION N° 14

Mettre en place des outils d'évaluation des effets de la publicité ou de la communication commerciale sur les dépenses de santé ainsi que des effets induits, à terme, sur l'offre de soins en France par la concurrence entre prestataires au sein de l'Union Européenne et dans le reste du monde.

PROPOSITION N° 15

Proposer aux États membres de l'Union Européenne une concertation en vue d'une meilleure coordination des législations nationales fixant les règles applicables aux professionnels de santé en matière de communication, à partir d'un livre vert de la Commission. •

Principes relatifs au traitement des données à caractère personnel

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME

Le droit de la protection des données personnelles connaît aujourd'hui une évolution très importante avec l'adoption du « Règlement Général sur la Protection des Données personnelles » du 27 avril 2016. Son entrée en application le 25 mai 2018 impose à tous les utilisateurs de données personnelles de se mettre en conformité avec ses principes. Il faut donc que chacun s'assure que ses traitements de données à caractère personnel respectent les principes de protection des données.



DÉFINITIONS

Le Règlement Général de Protection des Données (RGPD) donne un certain nombre de définitions qui permettent de bien comprendre le sujet et les rôles de chacun. Les définitions suivantes sont celles les plus appropriées à l'exercice des sages-femmes.

• UNE "DONNÉE PERSONNELLE"

Cela désigne toute information relative à une personne physique identifiée ou qui peut être identifiée, directement ou indirectement.

Exemple : nom, prénom, date de naissance, n° CPAM, numéro de dossier, données de localisation, identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

• UNE "DONNÉE PERSONNELLE DE SANTÉ"

C'est une donnée personnelle qui se rapporte à l'état de santé d'une personne physique concernée et révèle des informations sur l'état de santé physique ou mentale passé, présent ou futur. Les données personnelles de santé font partie d'une catégorie particulière de données, les données sensibles. Ce sont toutes informations relatives à l'identification du patient dans le système de soin ou le dispositif utilisé pour collecter et traiter des données de santé, toutes informations obtenues lors d'un examen médical y compris des échantillons biologiques et toutes informations médicales (une maladie, un handicap, une donnée clinique ou thérapeutique, physiologique ou biologique).

• LE TRAITEMENT DE DONNÉES PERSONNELLES

Il est défini par toute opération ou tout ensemble d'opérations effectuées ou non à l'aide de procédés automatisés et appliquées à des données ou des ensembles de données à

caractère personnel, telles que la collecte, l'enregistrement, l'organisation, la structuration, la conservation, l'adaptation ou la modification, l'extraction, la consultation, l'utilisation, la communication par transmission, la diffusion ou toute autre forme de mise à disposition, le rapprochement ou l'interconnexion, la limitation, l'effacement ou la destruction ;

• LE PROFILAGE

C'est **toute forme de traitement automatisé** de données à caractère personnel **consistant à utiliser ces données** à caractère personnel **pour évaluer certains aspects personnels** relatifs à une personne physique, notamment **pour analyser ou prédire des éléments** concernant le rendement au travail, la situation économique, la santé, les préférences personnelles, les intérêts, la fiabilité, le comportement, la localisation ou les déplacements de cette personne physique.

• LE RESPONSABLE DU TRAITEMENT

C'est **la personne** physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui, **seul ou conjointement avec d'autres, détermine les finalités et les moyens du traitement.**

Le responsable de traitement reste responsable de tout manquement commis par ses sous-traitants.

• LE SOUS-TRAITANT

C'est la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui traite des données à caractère personnel pour le compte du responsable du traitement. *Par exemple :* un fournisseur de logiciel est sous-traitant.

Le sous-traitant est responsable de la fiabilité de son outil. Il agit sous l'autorité du responsable du traitement et sur ses instructions.

Mais le sous-traitant doit présenter des garanties suffisantes en matière de sécurité et de confidentialité.

► LE DESTINATAIRE

Il correspond à la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou tout autre organisme qui reçoit communication de données à caractère personnel, qu'il s'agisse ou non d'un tiers.

► UN TIERS

C'est une personne physique ou morale, une autorité publique, un service ou un organisme autre que la personne concernée, le responsable du traitement, le sous-traitant et les personnes qui, **placées sous l'autorité directe du responsable du traitement ou du sous-traitant, sont autorisées à traiter les données à caractère personnel**. Cela peut être un secrétaire par exemple mais aussi un **étudiant** effectuant une recherche à partir des données personnelles des patientes.

► UN FICHIER

C'est tout ensemble structuré de données à caractère personnel accessibles selon des critères déterminés, que cet ensemble soit centralisé, décentralisé ou réparti de manière fonctionnelle ou géographique.

► LE CONSENTEMENT

Le consentement de la personne concernée par la protection des données personnelles est défini comme toute manifestation de volonté, libre, spécifique, éclairée et univoque par laquelle la personne concernée accepte, par une déclaration ou par un acte positif clair, que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement. Le responsable du traitement doit être en mesure de démontrer que la personne concernée a donné son consentement. Si le consentement de la personne concernée est donné dans le cadre d'une déclaration écrite qui concerne également d'autres questions, la demande de consentement est présentée sous une forme qui la distingue clairement de ces autres questions, sous une forme compréhensible et aisément accessible, et formulée en des termes clairs et simples.

Toute personne a le droit de retirer son consentement à tout moment.

► UNE VIOLATION

Une violation de données à caractère personnel est une violation de la sécurité entraînant, de manière accidentelle ou illicite, **la destruction, la perte, l'altération, la divulgation non autorisée** de données à caractère personnel transmises, conservées ou traitées d'une autre manière, **ou l'accès non autorisé à de telles données**.

RÈGLES DE RECUEIL ET DE TRAITEMENT

Des règles ont été édictées afin de recueillir ces données personnelles dans le respect des droits de la personne. En effet les données personnelles sont considérées comme un droit humain et n'appartiennent à personne d'autre que la personne concernée. Elles sont donc protégées pour éviter une utilisation à des fins différentes que celles pour lesquelles elles ont été collectées.

INFORMATIONS À FOURNIR

Des informations sont à porter à la connaissance des personnes concernées. Une affiche sera, par exemple, posée en salle d'attente d'un cabinet de sage-femme libérale, une note informative devra apparaître avant toute collecte par internet...

- l'identité et les coordonnées du responsable du traitement ;
- les finalités du traitement auquel sont destinées les données à caractère personnel ;
- les destinataires ou les catégories de destinataires des données à caractère personnel, s'ils existent ;
- la durée de conservation des données à caractère personnel ;
- l'existence du droit de demander au responsable du traitement l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation du traitement relatif à la personne concernée, ou du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité des données ;
- l'existence du droit de retirer son consentement à tout moment.

LES DONNÉES PERSONNELLES

Elles doivent être :

- traitées de manières licites, loyales et transparentes au regard de la personne concernée. Par exemple, dans le cadre de l'exercice de notre profession, gestion des rendez-vous, des dossiers... ;
- collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes et ne pas être traitées ultérieurement d'une manière incompatible avec ces finalités ;
- adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées ;

- exactes et, si nécessaire, tenues à jour ;
- conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées. Par exemple : 20 ans après la dernière consultation pour les dossiers médicaux ;
- traitées de façon à garantir une sécurité appropriée des données à caractère personnel, y compris la protection contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte, la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle.

EXEMPLE DE L'INFORMATION À DONNER AUX PATIENTES SUR UNE AFFICHE EN RESPECTANT LES 5 RÈGLES D'OR

• EN TÊTE D'AFFICHE

« Dans le cadre de mon activité professionnelle et des soins que je prodigue, je collecte et traite des données personnelles vous concernant, nécessaires à votre suivi et votre prise en charge sanitaire, dans le respect des règles de protection des données personnelles et du code de déontologie des sages-femmes. »

• POUR LA FINALITÉ DÉTERMINÉE ET LÉGITIME

Pourquoi ces données sont-elles collectées.

• POUR LES DONNÉES ADÉQUATES PERTINENTES, NON EXCESSIVES

Quelles données sont collectées. À qui sont-elles destinées : « elles peuvent être transmises à d'autres professionnels de santé, par exemple votre généraliste, ainsi qu'aux établissements de santé dès lors qu'ils interviennent dans votre prise en charge. »

• POUR LA DURÉE DE CONSERVATION LIMITÉE

Donner la durée et expliquer quand elle est subordonnée à d'autres textes réglementaires.

• LE SYSTÈME DE SÉCURITÉ

« Vos données sont hébergées sur les serveurs [...] du code de santé publique et attestent d'un haut niveau de sécurité et dispose d'un agrément en application de l'article L-... »

• LE RESPECT DES DROITS

DROIT A L'OUBLI

La personne concernée a le droit d'obtenir du responsable du traitement l'effacement, dans les meilleurs délais, de données à caractère personnel la concernant et le responsable du traitement a l'obligation d'effacer ces données à caractère personnel dans les meilleurs délais, lorsque l'un des motifs suivants s'applique :

- les données à caractère personnel ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ;
- la personne concernée retire le consentement sur lequel est fondé le traitement ;
- la personne concernée s'oppose au traitement ;
- les données à caractère personnel ont fait l'objet d'un traitement illicite ;

Sauf si le traitement est nécessaire :

- à l'exercice du droit à la liberté d'expression et d'information ;
- pour des motifs d'intérêt public dans le domaine de la santé publique ;
- à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques dans la mesure où le droit visé au paragraphe 1 est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs dudit traitement.

FORMALITÉS

L'entrée en vigueur du RGPD **supprime les formalités à accomplir auprès de la CNIL** pour le traitement des données personnelles qui ne constituent pas un risque pour la vie privée des personnes. *Par exemple* : gestion du cabinet.

➤ **MAIS** le responsable du traitement **doit pouvoir démontrer à tout moment le respect des règles** relatives à la protection des données et doit donc tenir un **registre**.

• LE REGISTRE

Il peut être tenu sur fichier informatisé ou sur simple cahier et doit contenir :

- les coordonnées du responsable du traitement ex : sage-femme libérale ;
- les activités impliquant le traitement de données personnelles. Par exemple : le suivi des patientes ; la gestion du personnel ; des fournisseurs, autres...
- **Des sanctions** sont prévues pouvant aller jusqu'à 10 à 20 millions d'euros, selon la catégorie de l'infraction et après instruction de la CNIL.

LE DÉLÉGUÉ A LA PROTECTION DES DONNÉES

Le délégué à la protection des données est la personne chargée de mettre en œuvre la conformité au règlement européen sur la protection des données au sein de l'organisme qui l'a désigné. Il concerne aussi bien les responsables du traitement que les sous-traitants. Il est indépendant et il ne peut être l'objet de sanctions. Il n'encourt pas de responsabilité dans ses missions.

Il a comme mission :

- d'informer et conseiller le responsable de traitement ;
- de contrôler le respect des obligations au titre du RGPD ;
- de participer à la formation des différents acteurs ;
- de donner son avis sur le besoin ou non de réaliser des études d'impact, leur méthode ;
- de coopérer avec l'autorité de contrôle.

UN DÉLÉGUÉ À LA PROTECTION DES DONNÉES DOIT ÊTRE NOMMÉ :

- Pour toute autorité publique ou tout organisme public.
 - Cela concerne notamment les collectivités territoriales, l'État, ou les établissements publics.
- Si les activités de l'organisme en question consistent en des traitements dont la nature, la portée et/ou les finalités, nécessitent un suivi des personnes concernées à grande échelle et systématisé.
 - Par exemple : hôpital, banque...
- Si les activités de base de l'organisme consistent en des traitements à grande échelle de données sensibles.
 - Par exemple : les hôpitaux, les sites ou applications de dossiers partagés où les données de santé sont partagées
- Pour le conseil national de l'Ordre des sages-femmes, il s'agit de Jeanne Bossi Malafosse, avocate associée au cabinet Delsols avocats.
 - E-Mail : jbossimalafosse@delsolavocats.com

Elle peut aussi répondre à toutes questions des sages-femmes libérales. •