

# Contribution

## Révision des décrets de périnatalité

Août 2021

## SOMMAIRE

<b>I.</b>	<b>Glossaire</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>Introduction</b>	<b>4</b>
<b>III.</b>	<b>Contexte actuel</b>	<b>5</b>
<b>IV.</b>	<b>Pourquoi une révision des décrets de périnatalité ?</b>	<b>6</b>
	<b>A. Accompagnement des couples</b>	<b>6</b>
	<b>B. Evolution des compétences</b>	<b>7</b>
	<b>C. Obligation de qualité</b>	<b>8</b>
	<b>D. Aspect sécuritaire</b>	<b>9</b>
	<b>E. Formation des étudiant·e·s sages-femmes</b>	<b>9</b>
<b>V.</b>	<b>Conclusion</b>	<b>10</b>
<b>VI.</b>	<b>Bibliographie</b>	<b>11</b>

## I. Glossaire

**AFGSU** : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence

**ANESF** : Association Nationale des Étudiant·e·s Sages-Femmes

**ANSFC** : Association Nationale des Sages-Femmes Coordinatrices

**CNSF** : Conseil National des Sages-Femmes de France

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

**DPC** : Développement Professionnel Continu

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**Loi HPST** : Loi portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

**ONSSF** : Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

**RPC** : Recommandations des Pratiques Cliniques

## II. Introduction

Les décrets de périnatalité ont été publiés en **octobre 1998** lors de la 9ème journée nationale de la fédération des cercles d'études des gynécologues-obstétricien·ne·s. Il s'agissait du volet réglementaire du plan de périnatalité dont l'objectif était de **réduire la morbidité et la mortalité périnatale (1)**.

Ces décrets ont permis de cadrer plusieurs points :

- > Le premier décret définit les niveaux de maternité en fonction des soins de néonatalogie.
- > Le second décret fixe les conditions techniques de fonctionnement que les établissements de santé, publics ou privés doivent respecter en termes de locaux, d'équipements et de présence des personnels médicaux spécialisés, sages-femmes, médecins, personnels paramédicaux.

Aujourd'hui, les organisations représentantes de sages-femmes demandent une **révision des décrets de périnatalité**, qui ne permettent plus de répondre aux demandes des couples et des professionnel·le·s.

Cette contribution a été rédigée pour détailler les différentes positions et arguments de l'ANESF à ce sujet.

### III. Contexte actuel

Depuis la parution des décrets de périnatalité en 1998, on observe la **fermeture de nombreuses petites maternités** en France, au profit de maternités de niveau 2 ou 3 éloignées les unes des autres. Entre 2000 et 2017, le nombre de petites maternités (principalement des type 1) s'est réduit, passant de 448 en 2000 à 202 en 2017, selon un rapport de la DREES (2). De manière générale, depuis 1995, **le nombre de maternités a diminué de 39 % alors que le nombre de naissances est resté globalement stable** au cours de la même période, selon l'Enquête Nationale de Périnatalité de 2016 (3). Ainsi, on observe une **augmentation de l'activité dans les grandes maternités**, sans qu'une augmentation significative des effectifs soit effectuée.

**Position 1 : Le Conseil d'Administration de l'ANESF s'est positionné en juillet 2021 en faveur de la révision des décrets de périnatalité de 1998, avec pour priorité la demande d'une augmentation des effectifs de sages-femmes dans les services de maternité.**

En 2018, une révision des effectifs a débuté. Des groupes de travail ont été entrepris avec les organisations syndicales représentatives et la société savante des sages-femmes. La conclusion de ces échanges avec les organisations professionnelles s'est soldée en 2019 par l'annonce de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) de **ne pas augmenter** les effectifs de sages-femmes pour les maternités dont l'activité est de 500 à 2 500 naissances par an. En revanche, la DGOS s'est positionnée pour **une augmentation d'environ 10% des effectifs pour les maternités ayant entre 4 000 et 5 000 accouchements par an**. Cette augmentation se situe cependant **bien en dessous des besoins réels** alors même que l'effectif des médecins a été augmenté de 30%.

Les organisations professionnelles (CNSF, ANSFC, et ONSSF) ont donc publié un communiqué de presse en janvier 2020 pour demander au Ministre des Solidarités et de la Santé de reconsidérer la position de la DGOS (4).

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

Effectifs sages-femmes suivant les décrets de 1998, les propositions du CNSF et la proposition de la DGOS (2019) (5)

## IV. Pourquoi une révision des décrets de périnatalité ?

### A. Accompagnement des couples

Depuis 1998, la pratique des sages-femmes, ainsi que les attentes des femmes, ont beaucoup évolué. Aujourd'hui, les femmes et les couples recherchent de plus en plus un **retour à la physiologie**, moins de technicisation de l'accouchement, mais surtout un **accompagnement personnalisé** pour la naissance de leur enfant. La Haute Autorité de Santé (HAS) a d'ailleurs recommandé en 2018 « *que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement* » (6).

En effet le métier de sage-femme possède une dimension psycho-sociale très importante et même indispensable au bon suivi des couples, qui comprend :

- > La qualité et le temps d'accompagnement nécessaire afin d'assurer la sécurité des couples et des nouveau-nés
- > La prévention et le dépistage des pathologies
- > La prise en charge de femmes ayant une grossesse pathologique, que l'étiologie soit obstétricale ou fœtale
- > Le repérage des vulnérabilités dans le cadre des consultations d'urgence notamment tel que les violences subies par la patiente
- > Le repérage des situations de précarité
- > Les temps administratifs d'organisation et de coordination

Néanmoins, aujourd'hui les sages-femmes sont amené·e·s à prendre en charge jusqu'à 3 patientes par garde de 12h en salles de naissances, et 25 patientes en suites de couches. Dans ce contexte, il paraît difficile pour les sages-femmes d'avoir assez de temps pour accompagner correctement tous les couples qu'ils·elles doivent suivre : **les ratios entre le nombre de patientes et le nombre de professionnel·le·s sont obsolètes.**

Ainsi, pour un meilleur accompagnement des couples, il conviendrait de se tourner vers un modèle type « **une femme = un·e sage-femme** » (7), comme on peut le voir dans d'autres pays européens tels que l'Allemagne ou le Royaume-Uni.

## B. Evolution des compétences

Les compétences des sages-femmes ont bien évolué depuis 1998 ; et comprennent désormais :

- > Le **suivi gynécologique** de la femme en bonne santé de la puberté à la ménopause depuis la loi portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) de 2009 **(8)**.
- > La **pratique des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG)** par voie médicamenteuse depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, précisée par voie réglementaire **(9)**, et depuis peu la pratique des IVG instrumentales à titre expérimental **(10)**.
- > La pratique des **échographies obstétricales et gynécologiques**, notamment aux urgences, pour vérifier la présentation, estimer la quantité de liquide amniotique...

Toutes ces compétences supplémentaires nécessitent du temps dans les services de maternités, et doivent rentrer en compte dans le calcul des effectifs.

## C. Obligation de qualité

Les sages-femmes, dans leur pratique, ont une obligation de **fournir des soins et un accompagnement de qualité** dictée par son code de déontologie, les recommandations des sociétés savantes, et les protocoles du service dans lequel ils-elles travaillent. Ainsi, les sages-femmes se doivent de tout mettre en œuvre pour respecter :

- > Le droit à l'information et le droit des patientes
- > L'exigence de bientraitance
- > L'exigence de traçabilité de ses actes
- > La gestion du risque infectieux
- > Le circuit du médicament
- > Le respect des règles d'hygiène

Quand les professionnel·le·s sont en sous-effectif, **le risque d'événements indésirables est accru** ; alors que parfois ces situations auraient pu être évitées si le service comptait un nombre suffisant de sages-femmes par rapport à son activité.

De plus, les sages-femmes ont une **obligation de formation** : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU), pratiques transfusionnelles, Développement Professionnel Continu (DPC), se tenir à jour des nouvelles Recommandations de Pratiques Cliniques (RPC)...

Toutes ces obligations sont nécessaires et devraient être prises en compte dans le calcul des effectifs.



## D. Aspect sécuritaire

Selon l'Enquête Nationale de Périnatalité de 2016 (3), les sages-femmes réalisent 60% des naissances (contre 53,8% en 2010), et 87,4% des accouchements par voie basse non instrumentale (contre 81% en 2010). Selon cette même enquête, le lieu d'accouchement a également évolué, en corrélation avec la fermeture des petites maternités : la plupart des accouchements ont lieu dans le secteur public (69,2 % en 2016 contre 64,1 % en 2010) et dans des établissements de niveau III (passant de 22,3% des accouchements en 2010 à 26,4% en 2016). Ainsi, **la charge de travail des sages-femmes est de plus en plus importante, sans augmentation du nombre de professionnel·le·s dans les services.**

Cette surcharge de travail entraîne des **risques médicaux** pour les mères et les nouveau-nés, dans un contexte où les sages-femmes doivent parfois gérer plusieurs urgences à la fois, en sous-effectif. De plus, le nombre insuffisant de sages-femmes par garde conduit à deux phénomènes reconnus (5):

- > Une exaspération des professionnel·le·s de santé, avec un risque de burn-out
- > Une maltraitance institutionnelle, voire des violences gynéco-obstétricales faute de temps pour accompagner les familles

Une augmentation du nombre de professionnel·le·s permettrait d'éviter la généralisation de ces deux phénomènes.

## E. Formation des étudiant·e·s sages-femmes

La formation des étudiant·e·s sages-femmes se fait en grande partie en stage, dans les services, auprès des sages-femmes diplômé·e·s. Ce compagnonnage est **nécessaire à l'apprentissage de notre profession**, et nécessite du temps dans l'activité des professionnel·le·s.

Mais au vu de la surcharge de travail déjà effective pour les sages-femmes, ils·elles sont parfois contraint·e·s de **mettre de côté l'encadrement des étudiant·e·s** pour prendre en charge les couples et les patientes.

Selon l'Enquête Bien-Être de 2018 de l'ANESF (11), **8 étudiant·e·s sage-femme sur 10 se sentent plus stressé·e·s depuis leur entrée dans la formation**, la principale raison citée étant **les stages** à 31%. Mais cette enquête montre aussi que ce stress est **diminué par un encadrement bienveillant et personnalisé**, qui malheureusement est difficile à mettre en place quand l'activité est augmentée.

Ainsi une revalorisation des effectifs permettrait de consacrer plus de temps d'encadrement pour les étudiant·e·s sages-femmes, professionnel·le·s de demain, et ainsi **améliorer la qualité de leur formation et leur bien-être.**

## V. Conclusion

Aujourd'hui, le nombre de professionnel·le·s dans les services **ne permet pas de satisfaire la demande d'accompagnement des couples**, comme le recommande la HAS. Il **ne suit pas non plus l'évolution des compétences des sages-femmes**, et ne leur **permet pas de remplir leur obligation de qualité** ; mais surtout le sous-effectif met **en danger la sécurité** des patientes, des nouveaux-nés et des professionnel·le·s. Enfin, la **formation** des étudiant·e·s sages-femmes est parfois **difficile** dans des moments de forte activité dans les services.

Pour toutes ces raisons, il devient **urgent et nécessaire** de **revaloriser les effectifs de sages-femmes**, en révisant les décrets de périnatalité de 1998.

**Eulalie GRIFFON**

**Vice-Présidente en charge des Perspectives Professionnelles,**

**2021-2022**

## VI. Bibliographie

- (1) Décret no 98-900 du 9 octobre 1998**  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000756322/>
- (2) Rapport de la DREES**  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1201.pdf>
- (3) Enquête Nationale de Périnatalité de 2016**  
[http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)
- (4) Communiqué de Presse du CNSF, de l'ONSSF et de l'ANSFC**  
<https://www.onssf.org/wp-content/uploads/2020/02/onssf-CP-decrets-de-perinatalite.pdf>
- (5) Contribution du CNSF de Novembre 2019**  
[https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2019/11/2019.11\\_Organisation-des-plateaux-techniques-et-effectifs-sages-femmes.pdf](https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2019/11/2019.11_Organisation-des-plateaux-techniques-et-effectifs-sages-femmes.pdf)
- (6) Recommandations de la HAS de 2018**  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement\\_normal\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf)
- (7) Fiche technique "une femme = une sage-femme" de l'ANESF**
- (8) Loi no 2009-879 du 21 juillet 2009**  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475/>
- (9) Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016**  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032630558/>
- (10) Loi no 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021**  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000042665307/?isSuggest=true>
- (11) Enquête Bien-Être de 2018 de l'ANESF**  
<http://anesf.com/index.php/bien-etre-etudiant-e-s/enquete-nationale/>