



HAL
open science

Y a-t-il un avenir à l'exercice libéral de la profession de sage-femme en Haute-Normandie ?

Camille Bréard

► **To cite this version:**

Camille Bréard. Y a-t-il un avenir à l'exercice libéral de la profession de sage-femme en Haute-Normandie?. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00881550

HAL Id: dumas-00881550

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00881550v1>

Submitted on 8 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

**Y a-t-il un avenir à l'exercice libéral de la profession de
sage-femme en Haute-Normandie ?**

Mémoire présenté par

Mademoiselle Camille BREARD

Née le 16 juillet 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2013

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

**Y a-t-il un avenir à l'exercice libéral de la profession de
sage-femme en Haute-Normandie ?**

Mémoire présenté par

Mademoiselle Camille BREARD

Née le 16 juillet 1989

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2013

Remerciements.

Dans ce préambule, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue dans l'élaboration de ce mémoire :

Madame Durier, directrice et guidante de ce mémoire, directrice de l'école de sage-femme de Rouen, pour ses conseils, ses compétences et son aide à la réalisation de ce mémoire.

Monsieur Anquetil, responsable du département Qualité et Appui à la performance à L'ARS Haute-Normandie, pour son accueil au sein de son équipe, sa littérature et le temps qu'il a su m'accorder

Toutes les sages-femmes qui ont bien voulu répondre à mon enquête, et les cadres pour leurs collaborations.

Matthieu et Carole pour leur aide précieuse ainsi que leur présence tout au long de ce travail.

Ma mère pour son soutien sans limites, ses encouragements durant toutes ces années, sans elle rien n'aurait été possible.

Ma sœur, mon petit rayon de soleil.

Alice, Blandine, Julie, Rihem et toute la promotion 2013, pour tous ces moments passés ensemble.

INTRODUCTION	1
PARTIE N°1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE	2
1 LE SYSTEME DE SANTE EN FRANCE	3
1.1 <i>Dimension économique de la politique de santé</i>	3
1.2 <i>Connaitre l'état de santé de la population : L'épidémiologie</i>	4
1.3 <i>Quelques chiffres épidémiologiques concernant la population Haut-Normande</i>	5
2 L'OFFRE DE SOINS EN FRANCE.....	5
2.1 <i>La loi HPST du 21 juillet 2009</i>	5
2.2 <i>Les ARS</i>	6
2.3 <i>L'offre de soin en Haute-Normandie : Cas particuliers des maternités</i>	8
2.4 <i>Rôles et compétences de la sage-femme depuis la loi HPST</i>	9
2.5 <i>L'exemple du Prado</i>	9
3 LA REGULATION DE L'OFFRE DE SOIN	11
3.1 <i>Le financement par la sécurité sociale</i>	11
3.1.1 <i>La médecine de ville</i>	11
3.1.2 <i>La convention des sages femmes libérales</i>	12
3.2 <i>Un contrôle de l'état : Le Numéris Clausus</i>	14
3.3 <i>La liberté d'installation dans le secteur libéral</i>	14
3.4 <i>La libre circulation des professionnels de santé en Europe</i>	15
4 LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	16
4.1 <i>Les sages femmes</i>	16
4.1.1 <i>La démographie des sages femmes d'un point de vue national</i>	16
4.1.2 <i>La démographie des sages femmes appliquée à la région Haute-Normandie</i>	17
4.1.2.1 <i>Approche quantitative</i>	17
4.1.2.2 <i>Approche qualitative : Mode d'exercice</i>	18
4.2 <i>Les médecins</i>	18
4.2.1 <i>La démographie des médecins</i>	18
4.2.2 <i>Cas particuliers des gynécologues</i>	20
4.3 <i>Démographie et extension du champ de compétences des sages-femmes</i>	20
4.4 <i>Interférence entre les professionnels intervenants dans le champ de la femme enceinte</i> ... 21	
PARTIE N°2 : L'ETUDE	22
1 PRESENTATION DE L'ETUDE	23
1.1 <i>Constat</i>	23
1.2 <i>Objectifs</i>	23
1.3 <i>Hypothèse</i>	24
1.4 <i>Population et outil</i>	24
1.5 <i>Résultats obtenus</i>	25
2 LES RESULTATS DE L'ENQUETE.....	26
PARTIE N° 3 : ANALYSE ET DISCUSSION	46
CONCLUSION.....	56
BIBLIOGRAPHIE	
SOMMAIRE ANNEXES	

Introduction

Autrefois, les sages-femmes appelées matrones exerçaient au domicile des patientes. La médicalisation de l'accouchement a permis une réduction considérable de la mortalité maternelle et infantile. Peu à peu, cette profession est passée d'un statut plutôt « libéral » à un mode d'exercice au sein d'établissements de santé. Actuellement, la France compte seulement 18% de sages-femmes libérales, chiffre en augmentation depuis les années 2000. La répartition des sages-femmes n'est pas du tout homogène sur le territoire, avec de fortes inégalités en fonction des régions. La Haute-Normandie paraît être une région peu attractive pour ce mode d'exercice. De plus, le secteur libéral est assez méconnu, aussi bien par la population que par les professionnels eux même. On ne connaît pas bien les rôles, les pratiques, pourtant variés de ces professionnels libéraux.

Devant ces constats nous nous sommes interrogés sur les raisons du faible effectif de sages-femmes libérales en Haute-Normandie. Préalablement, nous avons étudié le système de santé en France, l'offre de soin et sa régulation, mais également la démographie des professionnels de santé intervenant auprès des femmes en âge de procréer.

Nous avons réalisé une étude prospective auprès des sages-femmes hospitalières afin de connaître leurs motivations mais également les freins à l'installation en secteur libéral.

Partie n°1 : Revue de la littérature

1 Le système de santé en France

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS): « les gouvernements ont la responsabilité de leur peuple ». L'état français a le devoir de garantir la santé de sa population. Son rôle est donc de mettre en place des politiques de santé.

1.1 Dimension économique de la politique de santé (1)

La politique de santé comprend l'ensemble des choix stratégiques des pouvoirs publics et privés pour améliorer l'état de santé de la population. Elle détermine les aires et les champs d'intervention, précise les objectifs à atteindre, fixe les priorités et programme les moyens qui seront engagés en matière de santé publique. Cette politique est établie pour cinq ans. Il est évident que les politiques de santé évoluent en fonction des gouvernements.

La politique de santé est définie par des lois préparées par le ministre chargé de la santé ou par le parlement. Une loi promulguée entre en vigueur après sa publication au Journal Officiel, (JO).

La santé s'inscrit dans un cadre économique. Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. Ce coût ne cesse d'augmenter, surtout dans les pays développés. L'accroissement des dépenses de santé est en partie lié à des phénomènes structurels tels que le vieillissement de la population, les progrès techniques, les apparitions de nouvelles pathologies et l'élévation du mode de vie. La politique de santé ne peut avoir d'autre objectif principal que de faire bénéficier la population des meilleurs soins. Cependant, la crise économique et sociale, qui traverse l'ensemble des pays industrialisés depuis plusieurs années, conduit à s'interroger sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé qui absorbent généralement le tiers des richesses nationales. (5)

Pour définir les objectifs de la politique de santé, l'état doit avoir connaissance de la situation sanitaire de sa population. Différents organismes et institutions effectuent ce travail de recherche.

1.2 Connaitre l'état de santé de la population : L'épidémiologie(23)

Selon Hippocrate, l'épidémiologie se définit comme la connaissance de ce qui arrive aux peuples. Les épidémiologistes recueillent des données fondées sur l'observation de populations d'individus sains ou malades.

De nombreux acteurs vont venir enrichir les données épidémiologiques. On peut citer entre autres : la Direction Générale de la Santé, (DGS), l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, (INSERM), l'Institut National des Statistiques et Etudes Economiques, (INSEE).

D'un point de vue régional, on peut citer les Observatoires Régionaux de la Santé, (ORS) qui sont chargés de dresser le diagnostic sanitaire de la région. La politique de santé sera donc adaptée aux besoins de la population.

Tous ces organismes ont permis de déterminer des indicateurs de santé. Il en existe de nombreux. On va surtout s'intéresser aux indicateurs en lien avec la natalité, tels que :

- l'espérance de vie à la naissance,
- le taux de mortalité, (nombre de décès pour 1 000 habitants),
- le taux de natalité, (nombre de naissances pour 1 000 habitants), il

est de 12,7 en France,

- l'indice conjoncturel de fécondité (nombre d'enfants qu'aura une femme tout au long de sa vie), en 2011 il était supérieur à 2 soit l'un des taux les plus élevés d'Europe.

1.3 Quelques chiffres épidémiologiques concernant la population Haut-Normande (17)

La Haute-Normandie est une région qui compte deux départements, l'Eure et la Seine Maritime, avec une superficie totale de 12 317 km². La région totalisait 1 829 525 habitants au 1^{er} janvier 2009, soit 148.5 habitants par km².

La Haute-Normandie est l'une des régions les plus jeunes de France avec un pourcentage de 32,4% pour les moins de 25 ans.

Le taux de natalité est supérieur à la moyenne nationale. Il est de 12,9 selon l'INSEE. Les femmes en âge de procréer représentent 23% de la population Haut-Normande.

L'indice conjoncturel de fécondité est également supérieur à la moyenne nationale.

On dénombre 23 661 naissances en 2009, avec une différence entre les deux départements, (Plus de naissance en Seine-Maritime)

Ces indicateurs vont permettre d'élaborer une politique de santé qui répondra aux mieux aux besoins de la population. C'est également ces indicateurs qui permettront d'élaborer les plans de périnatalité.

2 L'offre de soins en France

2.1 La loi HPST du 21 juillet 2009 (16), (22)

Une loi a considérablement changé l'offre de soin en France. C'est celle du 21 juillet 2009 dénommée loi HPST pour Hôpital, Patients, Santé, Territoire, qui réforme l'organisation territoriale du système de santé. Elle comporte quatre titres :

Titre n°1 : Modernisation des établissements de santé. Ce titre redéfinit les missions du service public hospitalier. Il signe le clivage entre établissements public et privé. Celui-ci va également élaborer un remaniement dans la gouvernance hospitalière.

Titre n°2 : Accès de tous à des soins de qualité. Ce titre a pour objet l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins et des niveaux de recours de la population sur l'ensemble du territoire, tout en respectant la liberté d'installation des professionnels libéraux.

Ce volet va permettre au Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire, (SROS) d'objectiver les besoins de la population d'un point de vue local, et ainsi de redéfinir les soins de premier recours.

Pour permettre une meilleure répartition des professionnels libéraux sur le territoire, la loi met en avant les contrats solidarité dans les déserts médicaux, les contrats d'engagement de service public pour les jeunes médecins, les protocoles de coopération entre différents professionnels. La télémédecine est également sollicitée.

Titre n°3 : Prévention en santé publique. Ce volet vise les maladies chroniques et les cancers. Il a également pour but de prévenir les facteurs de risques comme l'alcool.

Titre n°4 : Organisation territoriale du système de santé (création des ARS), et ainsi aboutir à la décentralisation de la politique de santé

2.2 Les ARS (17) , (20)

Les Agences Régionales de Santé sont les autorités responsables du système de santé en région. Créées en 2010, les ARS ont pour but de permettre une organisation mieux ancrée dans le territoire et davantage décentralisée, pour répondre aux besoins de la population.

Ces agences sont coordonnées au niveau national par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé. Ce sont des établissements publics d'Etat à

caractère administratif. On a donc souhaité décentraliser l'offre de soins et donner une plus grande autonomie aux régions.

Deux grandes missions sont confiées à l'ARS :

- le pilotage de la politique de santé publique en région,
- la régulation de l'offre de santé.

La régulation de l'offre de soins porte sur les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier. A sa création, l'ARS regroupait plusieurs structures : la DRASS, (Direction Régionale des Affaires Sanitaire et Sociale), la DDASS, (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), l'ARH, (Agence Régionale d'Hospitalisation) et une partie de l'assurance maladie.

Les ARS doivent définir leur stratégie dans un Projet Régional de Santé, (PRS) comme l'indique la loi HPST.

Le PRS définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences.

Le PRS est constitué notamment du Plan Stratégique Régional de Santé, (PSRS)

Ce dernier comprend trois structures :

- le SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire,
- le SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Social,
- le SRP : Schéma Régional de Prévention.

Le SROS fixe pour cinq ans les orientations régionales de l'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires.

Annexe I : Schéma synthétique du SROS

2.3 L'offre de soin en Haute-Normandie : Cas particuliers des maternités (17)

Concernant le point de vue sanitaire, la Haute-Normandie est découpée en quatre territoires de santé :

- Rouen-Elbeuf : 49% des accouchements,
- Le Havre : 25% des accouchements,
- Dieppe : 7.5% des accouchements,
- Evreux-Vernon : 18.5% des accouchements.

D'après l'article L.1431-14 du code de santé publique, l'ARS est notamment responsable de la délimitation des territoires de santé. Pour ce faire, elle tient compte en particulier de la répartition et des pratiques spatiales de la population. Son rôle consiste également à maintenir des soins de proximité.

Il existe quatorze maternités réparties dans les quatre territoires de santé mentionnés ci-dessus :

- deux maternités de Niveau III situées uniquement en Seine Maritime, (CHU de Rouen et Groupe Hospitalier du Havre),
- cinq maternités de Niveau II, (CH Belvédère, Clinique Mathilde, CHI d'Elbeuf, CH Dieppe, CH Evreux),
- sept maternités de Niveau I, (Hôpital Privé de l'Estuaire, CH de Lillebonne, CH de Fécamp, Clinique des Aubépines, CH Vernon, CH Gisors, CH Bernay).

Il faut ajouter les CPP, (Centre Périnatal de Proximité) placés sous l'autorité du chef de service de la maternité la plus proche. Les CPP ont pour vocation de développer la prévention, le suivi, l'éducation et l'information de la future mère.

Les CPP se comptent au nombre de trois en Haute-Normandie :

- CPP de Pont Audemer,
- CPP de Louviers,
- CPP de Verneuil-Avre.

2.4 Rôles et compétences de la sage-femme depuis la loi HPST (15)

Selon l'article L4151-1 du code de santé publique, (CSP), la sage-femme exerce, en toute autonomie, la surveillance d'une grossesse normale, du travail et de l'accouchement ainsi que les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement. En cas de pathologie, elle doit travailler en collaboration avec le médecin.

Depuis plusieurs années, les compétences des sages-femmes ne cessent d'augmenter. La loi HPST 2009 renforce le rôle de la sage-femme dans la prescription de la contraception. En effet, une sage-femme peut prescrire une contraception tout au long de la vie génitale d'une femme en bonne santé. Elle pourra effectuer également un suivi gynécologique. La sage-femme devra adresser la femme à un médecin s'il y a une pathologie. (14)

Le domaine de compétences des sages-femmes n'a cessé de s'étoffer, depuis juillet 2012, particulièrement dans les centres d'AMP, (Aide Médicale à la Procréation). De plus, elles peuvent désormais poser des implants contraceptifs, actes jusqu'alors réservés aux médecins.

La sage femme possède un rôle très important tout au long de la vie génitale des femmes. (8)

2.5 L'exemple du Prado (18)

En créant un nouveau dispositif, le PProgramme d'Accompagnement de retour à Domicile, les pouvoirs publics tiennent une place importante dans le renforcement du rôle des sages-femmes libérales. En effet, le Prado cherche à impliquer de façon croissante les sages-femmes libérales dans le post partum.

Après avoir été expérimenté dans certaines régions françaises, le Prado devrait bientôt être appliqué en Haute-Normandie.

Qu'est ce que le Prado ?

Il a pour but de faciliter le retour à domicile des mamans après l'accouchement lorsque l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale. En effet, d'après une enquête menée par le Ciane, (collectif inter associatif autour de la naissance) une primipare sur six, et une femme césarisée sur quatre, disent se sentir désemparées ou angoissées lors du retour à la maison.

Le suivi à domicile est alors assuré par une sage-femme libérale, librement choisie par la jeune maman. Les effets du Prado sont totalement positifs en ce sens que le suivi à domicile permet de diminuer la durée de séjour en maternité, (4,3 en France contre 3,2 en Europe). Il permet également de fluidifier le parcours ville/hôpital, et de réserver ainsi l'hôpital aux personnes qui en ont réellement besoin. De plus, il contribue à diminuer l'angoisse des mères grâce aux réponses de personnes qualifiées. Cette offre est totalement prise en charge par l'assurance maladie.

Certaines conditions doivent être remplies :

- Etre âgée de plus de 18 ans,
- Avoir accouché d'un enfant unique, par voie basse sans co-morbidité, ni complication,
- Avoir accouché d'un enfant à terme avec un poids en rapport avec l'âge gestationnel, sans problèmes particuliers,
- Etre affiliée au Régime Général de l'assurance maladie.

Ce programme n'est pas obligatoire. Un consentement éclairé de la mère doit être demandé.

Un contact pourra être établi en pré partum, soit lors de la déclaration de grossesse par un conseiller de l'assurance maladie, soit par un professionnel de santé lors des premières consultations ou des séances de préparation à la naissance. Ainsi, la future mère pourra se mettre en relation avec la sage-femme libérale de son choix.

Ce contact peut également s'effectuer en post partum. Le rôle du conseiller de l'assurance maladie est de rendre visite aux jeunes mères afin de leur proposer les services du Prado et éventuellement de recueillir leur adhésion. Ce conseiller sera présent, à la maternité, chaque matin du lundi au vendredi.

Toutefois, on observe des points faibles à ce dispositif. On peut craindre, notamment, qu'il existe certains freins à la mise en place de ce dispositif dans notre région. Le faible nombre de sages-femmes libérales en Haute-Normandie suffira-t-il à prendre en charge la totalité des mères souhaitant faire partie de ce programme ?

De plus, le délai en post partum, pour mettre en relation la mère et la sage-femme est très court. Cela pose de réels problèmes d'organisation, notamment pour les accouchements du weekend.

Aujourd'hui, le PRADO est encore à l'étude dans notre région. Nous n'avons pas assez de recul pour évaluer l'efficacité du dispositif.

3 La régulation de l'offre de soin

3.1 Le financement par la sécurité sociale (1), (2)

La Sécurité sociale, en partie l'Assurance maladie, finance l'offre de santé en France. Or, cette participation est déterminée dans un cadre de contraintes économiques.

La loi organique n°96-646 de juillet 1996 précise que la loi de financement de la sécurité sociale fixe l'ONDAM, (l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie). Ce dernier détermine le cadre global qui s'impose aux différents secteurs : hospitalier public ou privé, secteur médico-social et médecine de ville.

3.1.1 La médecine de ville (4)

Le système français d'assurance maladie repose sur le principe du remboursement des frais médicaux des assurés. La convention médicale régit les relations entre le corps médical et les caisses de Sécurité sociale. Cette convention repose sur un double

engagement : celui des professionnels de santé à l'égard des honoraires demandés aux patients et celui des caisses pour le remboursement des assurés sociaux.

Les conventions définissent donc les tarifs de remboursement des soins médicaux et les obligations réciproques des caisses et des professionnels de santé. Elles sont négociées avec les organisations syndicales reconnues comme représentatives.

Dans le cadre conventionnel, les professionnels de santé doivent facturer leurs prestations selon les valeurs tarifaires. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels, (NGAP) définit les actes pris en charge par l'Assurance maladie. Elle leur affecte une cotation en fonction de lettres clé associées à la spécialité ou à la technique utilisée et un coefficient traduisant l'intensité de l'acte.

Cette nomenclature a été remplacée au 1^{er} janvier 2004 par la Classification Commune des Actes Médicaux, (CCAM).

Des tarifs de lettre clé sont négociés entre les syndicats médicaux et les responsables de l'Assurance maladie.

3.1.2 La convention des sages femmes libérales.

Cette convention a pour but d'organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et l'Assurance maladie. Elle aborde à la fois des thématiques de prévention, de participation des sages-femmes à la maîtrise des dépenses de santé, de modalités pratiques de l'exercice libéral, (dont la rémunération), de dispositions sociales pour les sages-femmes et de formation continue. La version en vigueur a été signée entre les deux parties le 11 octobre 2007. L'avenant n°1 signé le 9 janvier 2012 vient apporter des modifications à cette convention. De nouvelles dispositions concernant l'amélioration de la démographie médicale des sages-femmes ont été apportées.

L'article L1434-7 du code de santé publique, (CSP) de décembre 2011 demande aux ARS d'établir un zonage des professionnels de santé. Après les médecins, les masseurs kinésithérapeutes, les infirmières, ce zonage va s'appliquer aux sages-femmes libérales. Il est actuellement à l'étude. (13)

Qu'est ce que le zonage ?

Le territoire est découpé en bassins d'emplois. Il en existe treize en Haute-Normandie. Chaque bassin d'emplois est classé dans une zone. Il en existe sept :

- Zone de moins de 350 naissances,
- Zone sans sages-femmes,
- Zone très sous dotée,
- Zone sous dotée,
- Zone intermédiaire,
- Zone très dotée,
- Zone surdotée.

Le nombre de sages-femmes libérales pour 100 000 naissances domiciliées est étudié dans chaque bassin d'emploi.

Les ARS sont chargées de classer les bassins d'emplois dans les différentes catégories.

En Haute-Normandie, la répartition est la suivante :

- trois zones sans sages-femmes,
- deux zones sont très sous dotées en sages-femmes libérales,
- trois sont sous dotées,
- cinq sont des zones intermédiaires.

On remarque donc qu'aucune zone n'est très ni sur dotée en sages-femmes libérales.

Annexe II : Zones déficitaires en sages-femmes en 2012

L'ARS a la possibilité de modifier les zones. Par exemple, elle peut passer une zone sous dotée en zone très sous dotée pour permettre ainsi à des zones qui ne recevaient pas d'aide de pouvoir en bénéficier.

Par conséquent, une sage-femme désirant s'installer ou déjà installée dans ces zones déficitaires pourra bénéficier d'aides financières. Les aides seraient allouées au professionnel pendant trois ans, et s'élèveraient à environ 3 000 €. Les professionnels libéraux passeraient des conventions avec les caisses d'assurance maladie.

En Haute-Normandie, dix secteurs seraient susceptibles de percevoir ces aides.

Annexe III : Adaptation des zones déficitaires en sages-femmes par l'ARS

Enfin, cette nouvelle convention permet de revaloriser la rémunération des sages-femmes. Avec notamment la hausse, à moyen terme, de la facturation des consultations de sage-femme à 23 € et une faible revalorisation des actes techniques. Depuis le 15 septembre 2012, le montant d'une consultation sage-femme s'élève à 21 €.

3.2 Un contrôle de l'état : Le Numérus Clausus

Fixé chaque année par le gouvernement, le numerus clausus détermine le nombre d'étudiants pouvant être admis en deuxième année dans chaque Unité de Formation et de Recherche, (UFR). Estimé notamment en fonction des besoins de santé de la population, il vise à réguler le nombre de professionnels en activité. Certaines régions sont saturées alors que d'autres peinent à attirer des professionnels de santé. L'idée est donc d'accorder un numerus clausus plus important aux régions désertées.

Le numerus clausus a été instauré en 1971 par Simone Veil. D'abord destiné aux médecins, dentistes, pharmaciens, il s'applique aux sages-femmes depuis 2002.

Le numerus clausus permet également d'assurer une formation de bonne qualité pour les futurs professionnels.

3.3 La liberté d'installation dans le secteur libéral (5)

La liberté d'installation des professionnels de santé vient à l'encontre de la politique du numerus clausus, En effet, celui-ci est censé répondre aux inégalités du

territoire. Or, une fois diplômé un professionnel de santé peut faire le choix de s'installer n'importe où en France. Rien ne l'oblige à exercer sa profession dans la région où il a obtenu son diplôme. C'est ainsi que l'on observe d'importantes disparités régionales avec de réels déserts médicaux. Comme nous l'avons vu précédemment, la Haute-Normandie est une région très sous dotée.

Les pouvoirs publics ont à plusieurs reprises cherché à modifier ces inégalités. Il s'agit néanmoins de moyens uniquement incitatifs. La liberté d'installation des professionnels est difficile à remettre en cause. C'est une valeur à laquelle ils sont fortement attachés.

3.4 La libre circulation des professionnels de santé en Europe (5)

Actuellement, on note une volonté de donner une place plus importante à l'Europe dans le domaine de la santé.

Jusqu'aux années 1970, la liberté d'installation était difficile. Effectivement, pour exercer dans un autre état membre de l'UE, il fallait obtenir une qualification professionnelle reconnue dans cet état.

Puis, à partir de 1975, l'Europe s'est engagée dans un processus de reconnaissance des qualifications professionnelles notamment celle des professionnels de santé. Des directives sectorielles fixèrent les conditions de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles pour les médecins, dentistes, infirmiers et sages-femmes.

Néanmoins, l'ouverture de l'Europe en 2004 à dix nouveaux états membres a conduit l'UE à revoir son cadre législatif. Compte tenu de l'arrivée de professionnels de santé n'offrant pas toujours les mêmes garanties de compétence, il était difficile de maintenir de confiance mutuelle.

C'est la directive 2005/36, relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, qui remet à plat le cadre législatif. Un professionnel de santé pourra exercer dans un autre état membre de l'UE sous son titre professionnel d'origine.

Toutefois, il existe quelques contraintes, comme notamment maîtriser la langue du pays dans lequel on souhaite exercer. Pour les sages-femmes, la durée de formation minimale est de 3 ans ou 18 mois si on possède un diplôme d'infirmier responsable de soins généraux, et avoir eu une activité minimale durant sa formation, (au moins 40 accouchements).

Si le professionnel ne bénéficie pas de reconnaissance automatique il pourra être soumis à une vérification préalable de qualification.

Après avoir étudié l'offre de soins et les différentes régulations qui interviennent sur celui-ci, nous étudierons les acteurs de ce système de soins notamment ceux ayant un rapport avec la natalité.

4 Les professionnels de santé

4.1 Les sages femmes (3)

Les sages femmes font partie des professions médicales au même titre que les médecins et les chirurgiens dentistes. C'est une profession médicale à compétence définie, réglementée par le code de santé publique.

4.1.1 La démographie des sages femmes d'un point de vue national (24), (25)

Au 1^{er} janvier 2011, la DRESS recensait 18 800 sages femmes en France. Cela représente une densité de 125 sages femmes pour 10 000 femmes en âge de procréer c'est-à-dire de 15 à 49 ans. Ce chiffre est élaboré avec l'aide du RPPS, (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé) qui remplace le répertoire ADELI. Ce répertoire est une base de données nationale qui répertorie les professionnels de santé. Le RPPS est élaboré en collaboration avec les conseils de l'ordre et l'Assurance maladie.

Les effectifs de sages-femmes se sont accrus de façon régulière au cours de ces vingt dernières années. Leur nombre a augmenté de 3% par an entre 1991 et 2000. Actuellement, le taux de croissance se rapproche plus des 2%. La moitié de la population a moins de 40 ans. On peut donc dire que c'est une profession jeune et majoritairement féminine. Cette catégorie de professionnels de santé exerce majoritairement dans des établissements de santé. C'est essentiellement dans des établissements publics que les sages-femmes commencent leur carrière, avec un contrat à durée déterminée. (9)

Concernant le mode d'exercice, les sages-femmes exercent majoritairement en secteur hospitalier. Seulement 18% d'entre elles ont choisi le secteur libéral, il faut noter qu'il existe de grandes disparités en fonction des régions.(3)

4.1.2 La démographie des sages femmes appliquée à la région Haute-Normandie.

4.1.2.1 Approche quantitative

En Haute-Normandie, on recense 493 sages-femmes avec une forte disparité entre les départements de l'Eure, (88 sages-femmes) et de la Seine-Maritime, (405 sages-femmes). (24)

Les sages-femmes sont âgées de 23 à 72 ans : 34.3% d'entre elles ont moins de 35 ans. C'est la tranche d'âge majoritaire. On peut donc en déduire que les sages-femmes sont jeunes. Cela est encore plus visible dans la population des hommes sages-femmes où plus de 80% d'entre eux ont moins de 32 ans. Les sages-femmes âgées de plus de 62 ans sont très fortement minoritaires : environ 0.6%.

A l'instar de l'échelle nationale, la population de sages-femmes est à 98% féminine.

Annexe IV : Répartition des âges chez les sages-femmes en Haute Normandie

4.1.2.2 Approche qualitative : Mode d'exercice

En ce qui concerne le mode d'exercice, sur 493 sages-femmes, on constate qu'en 2011, 422 sages-femmes exerçaient dans un établissement de santé, privé ou public, et 44 sages-femmes étaient libérales. De plus, 5 sages-femmes avaient une activité mixte, (libérale et salariée). Les autres sages-femmes travaillaient dans les Protections Maternelle et Infantile, (PMI).

Annexe n°V : Forme d'exercice chez les sages-femmes Haut-Normandes

Si l'on étudie la mobilité des sages-femmes, on note que 65% d'entre elles en poste dans notre région sont diplômées de l'école de Rouen, ce qui laisse un pourcentage de 35 sages-femmes diplômées dans une autre région ou un autre pays. D'un point de vue national, la tendance serait plutôt de 57% exerçant dans la région même où elles ont obtenu leur diplôme et de 43% travaillant dans une autre région.

Les sages-femmes diplômées dans un autre pays viennent essentiellement de Belgique. En Haute-Normandie, c'est le cas de 15 sages-femmes. 85% d'entre elles sont âgées de moins de 32ans.

Annexe VI : Répartition des sages-femmes selon le lieu d'obtention du diplôme

4.2 Les médecins

4.2.1 *La démographie des médecins (6)*

Un mot revient régulièrement quand on parle de démographie médicale, c'est celui de pénurie. Cela pose de réelles difficultés pour le recours aux soins des usagers. Le nombre de médecins par habitant devrait être au plus bas en 2020. En effet, de nombreux médecins vont partir à la retraite d'ici les cinq prochaines années et ne pourront pas être remplacés.

Ce constat est paradoxal quand on sait que le nombre de médecins est en constante augmentation depuis plusieurs années.

Annexe VII : Nombre de médecins par année en fonction des entrées et des sorties

Le vieillissement global de la population amplifie la demande de soins et transforme les modes de prise en charge ce qui expliquerait en partie ce paradoxe.

On observe également un phénomène de féminisation. En 2025, selon une estimation de l'ONDPS, la part des femmes médecins serait de 52%. Or, on sait que le temps d'activité des femmes est inférieur à celui des hommes. Les femmes souhaitent consacrer plus de temps à leurs vies familiale et sociale. De plus, les femmes privilégient l'exercice salarié. L'augmentation de la proportion de femmes dans le corps médical va donc certainement modifier la répartition du mode d'exercice.

A cette féminisation de la profession, s'ajoute le vieillissement. L'âge moyen d'un médecin est de 51 ans, et comporte des variations si l'on prend en compte le fait qu'il s'agisse d'un médecin généraliste ou spécialiste. Cette moyenne va augmenter dans les prochaines années.

La répartition des médecins n'est pas du tout homogène sur le territoire. La Haute-Normandie occupe le 3ème rang des régions les moins dotées. La densité médicale est de 248 médecins pour 100 000 habitants, alors que la moyenne nationale est de 306.7. Les zones les plus touchées par le manque de médecins sont les zones rurales. L'Eure par exemple détient la densité de médecins la plus basse de France. En effet, les zones rurales sont peu attractives. L'isolement, la nécessité d'assurer la permanence et la continuité des soins sont des facteurs de contraintes importants ayant un retentissement sur le cadre de vie. Les jeunes médecins ne sont plus prêts à faire autant de sacrifices. On observe également une tendance à l'héliotropisme, ce qui explique que les régions du sud, en bordure de mer, bénéficient d'une offre de soins plus satisfaisante.

On observe plusieurs types d'activité : hospitalière, libérale ou mixte. En 2011, en Haute-Normandie 48.3% des professionnels étaient des libéraux et 10.8% avaient une activité mixte. Les médecins souhaitent de moins en moins s'installer dans le secteur libéral. Cela s'avère un problème pour accéder à des soins de proximité.

4.2.2 Cas particuliers des gynécologues (6)

Tout d'abord, on différencie la gynécologie médicale et la gynécologie chirurgicale, (gynécologie obstétricale). La gynécologie médicale s'occupe de la prise en charge de tous les problèmes gynécologiques dans la vie d'une femme. Cette catégorie de spécialiste exerce en majorité dans le domaine libéral, et 90% sont des femmes. Actuellement, de moins en moins de professionnels sont formés dans cette spécialité. Cette année, une seule place est ouverte à l'internat Rouen. Trente et une places sont réparties sur l'ensemble du territoire. A ce rythme, il ne restera plus en France que cinq cents gynécologues médicaux en 2020.

Les gynécologues obstétriciens possèdent, en plus des compétences chirurgicales, des compétences propres à l'accouchement. Ils exercent majoritairement avec un statut salarié. Six places sont ouvertes en 2012 à l'internat de Rouen. On recense environ trois mille sept cent gynécologues obstétriciens sur le territoire.

4.3 Démographie et extension du champ de compétences des sages-femmes (15),(16)

L'augmentation du champ de compétence des sages-femmes peut s'expliquer en partie par le fait que le nombre de gynécologues obstétriciens pour 100 000 femmes en âge de procréer stagne ou n'augmente pas alors que celui des sages-femmes augmente. On constate que le taux de croissance annuel dans cette profession est supérieur à 2%. Face à ces données démographiques le besoin des femmes en âge de procréer ne diminue pas. Il faut donc répondre à leurs besoins. Parallèlement à cela, la loi HPST de 2009 permet d'un point de vue réglementaire l'extension du champ de compétence des sages-femmes. Si on étudie le graphique suivant, on peut imaginer que le développement du champ de compétences des sages-femmes ne fait que commencer.

Annexe VIII : Evolution du nombre de sages femmes libérales,salariées et du nombre de gynécologues obstétriciens

4.4 Interférence entre les professionnels intervenants dans le champ de la femme enceinte.

Il existe une interférence dans les champs de compétences des différents professionnels qui peuvent intervenir auprès des femmes en âge de procréer.

En effet, plusieurs professionnels ont un même champ de compétences. Ainsi, une sage-femme, un médecin généraliste et un gynécologue peuvent suivre une grossesse au déroulement normal. Cette donnée est valable pour le suivi gynécologique. Rappelons que si les compétences sont identiques, actuellement, la rémunération pour un même acte est différente en fonction du professionnel qui réalise l'acte.

Annexe IX : Interférence dans le champs de compétence entre les médecins et les sages-femmes

En post partum, les masseurs kinésithérapeutes et les sages-femmes, surtout les libérales, se partagent le marché de la rééducation du périnée. Cette activité peut aussi bien être réalisée par les deux corps professionnels. Néanmoins, on sait que la démographie des kinésithérapeutes est déficitaire et que leur présence dans d'autres domaines de rééducation est prioritaire.

Il est intéressant d'évoquer la notion de concurrence entre les différents professionnels de santé. Le patient a le choix entre plusieurs intervenants. C'est une notion très importante pour le secteur libéral. Le futur professionnel qui envisage une installation dans ce secteur devra prendre en compte ce facteur.

Partie n°2 : L'étude

1 Présentation de l'étude

1.1 Constat

Le métier de sage-femme est la profession médicale qui s'exerce le moins en libéral. Même si ce mode d'exercice connaît une progression depuis quelques années, les sages-femmes libérales restent minoritaires, environ 18.2% des sages-femmes françaises exercent dans ce domaine, avec de fortes disparités d'une région à l'autre.

Durant nos études, nous effectuons des stages dans de nombreux établissements avec des méthodes, des techniques de soins et des populations très variées, mais nous approchons très peu le secteur libéral. Le faible nombre de sages-femmes libérales en Haute-Normandie n'est pas suffisant pour accueillir tous les étudiants et ainsi les initier à ce mode d'exercice particulier. Il existe donc une réelle méconnaissance du libéral chez les futurs professionnels surtout dans notre région.

Pourtant, depuis quelques années le métier de sage-femme est en pleine évolution. Le champ de compétences s'élargit considérablement. Les sages-femmes françaises ont le champ de compétence le plus étendu d'Europe. Elles interviennent en pré, per et post partum auprès du couple mère- enfant. La loi HPST de 2009 permet aux sages-femmes de pratiquer le suivi gynécologique et contraceptif des femmes en âge de procréer. Plusieurs autres lois sont venues compléter cette première loi.

1.2 Objectifs

L'exercice libéral semble être un secteur d'activité intéressant, mais peu choisi par les sages-femmes surtout les plus jeunes. Les pouvoirs publics encouragent de plus en plus cette forme d'exercice.

Notre recherche a pour objectif de comprendre pourquoi le secteur libéral est un secteur peu développé dans notre région.

La problématique qui en résulte: Promouvoir l'installation des sages-femmes en milieu libéral à t-il un intérêt dans notre région ?

1.3 Hypothèse

L'évolution de la démographie professionnelle, l'élargissement des champs de compétences, les restrictions budgétaires, sont des facteurs qui encouragent le développement de l'exercice en libéral.

Il y a de nombreux intérêts à cette forme d'exercice:

- Pour les sages-femmes : Revendiquer une certaine autonomie, mieux déployer ses champs de compétences.
- Pour les femmes : Possibilité d'un suivi personnalisé, pouvant être envisagé a domicile. Prise en charge du couple mère-enfant, mais également d'une femme en âge de procréer.
- Pour la communauté : Diminution du temps d'hospitalisation en pré et post partum donc diminution de coûts, coordination ville-hôpital.

Quels sont les moyens qui doivent être mis en place pour promouvoir l'installation des sages-femmes en milieu libéral ? Quels sont les acteurs de cette promotion ?

1.4 Population et outil

Un formulaire de 25 questions a été distribué auprès des sages-femmes hospitalières dans différents établissements de santé de Haute-Normandie.

Annexe X: Questionnaire

Nous avons ciblé notre étude sur cinq établissements :

- CHU de Rouen, niveau III
- Groupe Hospitalier du Havre, niveau III
- Centre Hospitalier du Belvédère, Mont Saint Aignan, niveau II
- Centre Hospitalier Eure-Seine, (Evreux), niveau II
- Centre Hospitalier d'Elbeuf, niveau II

Une autorisation a été demandée aux cadres d'unité pour la distribution de ces questionnaires entre fin octobre et début novembre 2012. L'enquête a été clôturée le 15 janvier 2013.

Nous avons préféré centrer notre étude sur cinq établissements plutôt que de distribuer nos questionnaires dans tous les établissements de Haute-Normandie.

Régulièrement, nous échangeons avec ces sages-femmes afin de les sensibiliser à l'avenir de ce métier en secteur libéral et donc nous donner leur avis à travers notre questionnaire.

1.5 Résultats obtenus

Sur 280 questionnaires déposés, 159 sages-femmes ont répondu, soit 58.8% de réponse.

Tableau représentant du taux de retour des questionnaires distribués.

	Nombre de réponses par établissement	Nombre de questionnaires distribués	Taux de réponse
CHU de Rouen	42	80	52,50%
Groupe Hospitalier du Havre	42	58	72,41%
Centre Hospitalier du Belvédère	44	73	60,27%
Centre Hospitalier Eure Seine	14	44	31,82%
Centre Hospitalier d'Elbeuf	17	25	68,00%

On observe de fortes disparités dans le taux de réponse selon les établissements. Le pourcentage de réponse a été le plus important au Groupe Hospitalier du Havre : un taux de réponse supérieur à 72%. A contrario, le pourcentage de réponse a été le moins important au Centre Hospitalier d'Evreux : 32% de réponse au questionnaire. Cela peut s'expliquer par des échanges physiques moins importants dans cet établissement.

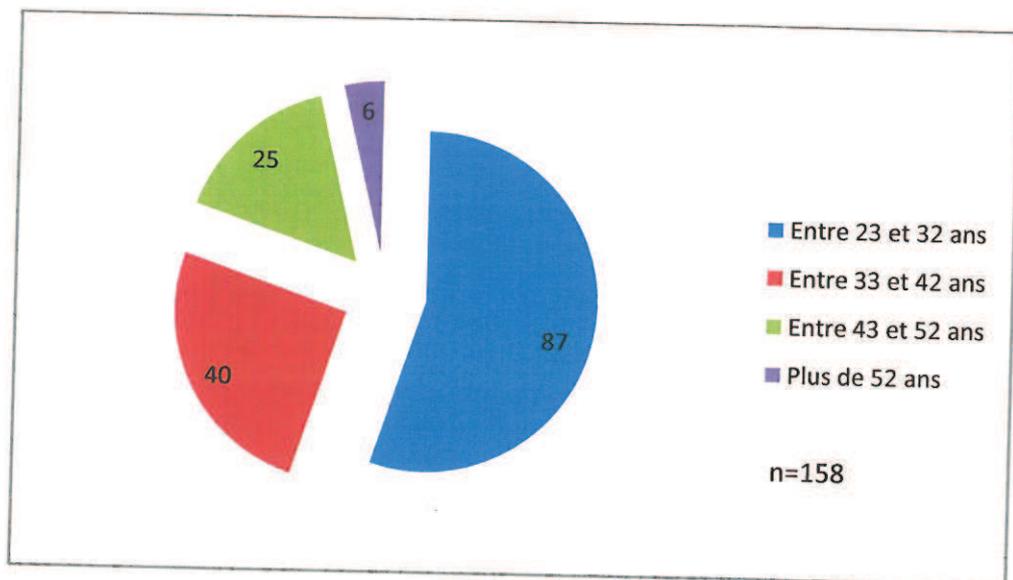
Un des points négatifs de cette enquête : elle présente certains biais, nous verrons dans notre étude que se sont surtout les jeunes sages-femmes qui ont répondu, (part importante des moins de 32 ans).

Nous avons utilisé le logiciel EXEL ainsi que le logiciel STATA pour analyser ces résultats. L'analyse a eu lieu en janvier 2013.

Nous avons également utilisé le test de Fisher lorsque la population étudiée est inférieure à 5 et un test de Chi2 lorsque celle-ci est supérieure à 5. Le test est dit significatif quand « p » est inférieur à 0.05, c'est-à-dire que l'on accepte un taux d'erreur de 5%.

2 Les résultats de l'enquête.

Figure n°1 : Répartition des âges des sages-femmes sondées



55% des sages-femmes qui ont répondu ont moins de 32 ans. Seulement 6 sages-femmes ont plus de 52 ans.

Nous avons cherché à savoir si notre échantillon pouvait être considéré comme représentatif de la population générale concernant l'âge.

Dans la revue de la littérature nous avons étudié la répartition des âges parmi les 493 sages-femmes qui exercent en Haute-Normandie. C'est notre population de départ.

Notre étude nous a permis d'étudier la répartition de l'âge chez 159 sages-femmes parmi ces 493 sages-femmes. C'est notre échantillon.

Nous avons effectué un test du Chi2 avec un degré de liberté égal à 3, pour cela nous avons posé deux hypothèses.

L'hypothèse H0 : La distribution de l'échantillon étudié est conforme à la distribution de la population des sages-femmes Haut-Normandes.

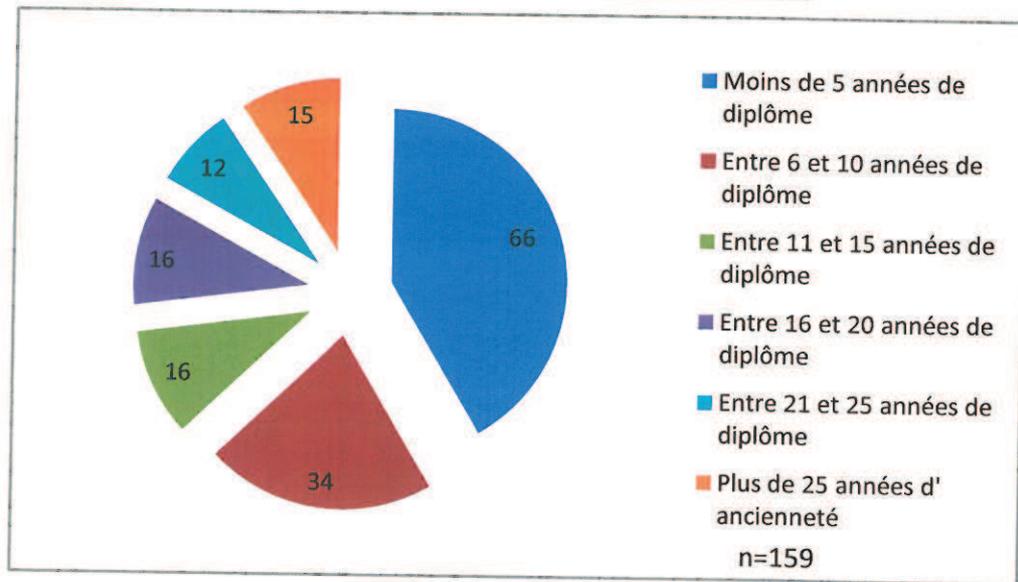
L'hypothèse H1 : La distribution de l'échantillon n'est pas conforme à la distribution de la population.

On a calculé le Chi2 de l'échantillon qui est égal à 37.042, que l'on compare à un Chi2 théorique 7.815.

Chi2 calculé > Chi2 théorique

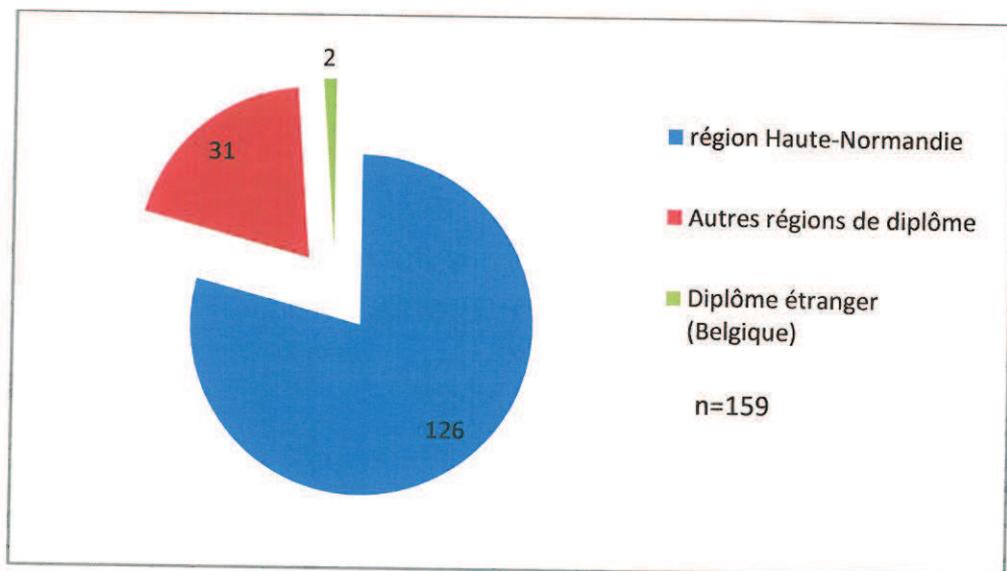
L'hypothèse H0 est donc rejetée au seuil de 0.05. La distribution de l'échantillon étudié n'est pas conforme à la distribution de la population

Figure n°2 : Expérience professionnelle.



On remarque que la majorité des sages-femmes sondées soit 66 ont moins de 5 années d'expérience. Ce constat est en lien avec le résultat précédent, les sages-femmes qui ont répondu sont jeunes. 63% ont moins de 10 années d'ancienneté.

Figure n°3 : Région d'obtention du diplôme



Comme pour la répartition de l'âge, nous avons cherché à savoir si la distribution de l'échantillon concernant la région de diplôme était conforme à la distribution de la population.

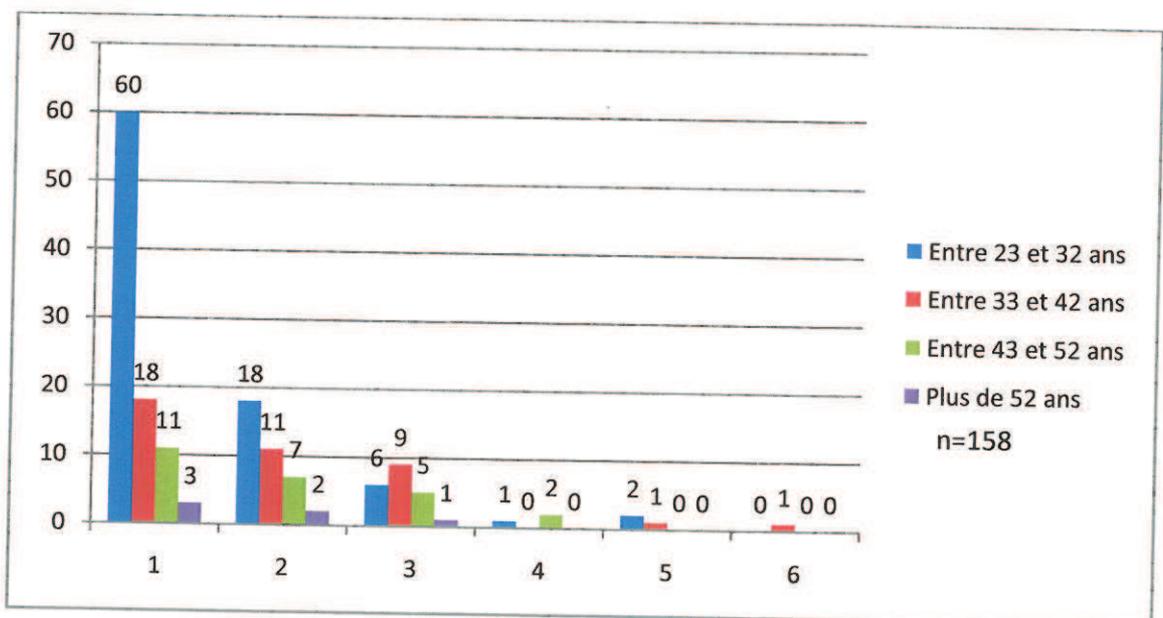
Chi2 calculé, (= 12.1) > Chi2 théorique, (=3.841) avec un degré de liberté égal à 1.

L'hypothèse H0 est donc rejetée au seuil 0.05. La distribution de l'échantillon étudié n'est pas conforme à la distribution de la population.

Nous avons regroupé les catégories « diplômé dans une autre région » et « diplômé dans un autre pays que la France », car dans notre échantillon, moins de 5 sages-femmes ont été diplômé dans un autre pays que la France telle que la Belgique.

Peu de sages-femmes diplômées d'une autre école que celle de Rouen exercent en Haute Normandie. Le Groupe Hospitalier du Havre, (GHH) est l'établissement qui accueille le plus de sages-femmes « étrangères » à la région Haute-Normandie. Au moins 13 sages-femmes diplômées dans une autre région travaillent au GHH. Les sages-femmes viennent pour majorité de régions limitrophes à la Haute-Normandie comme la Picardie, la Basse Normandie et Paris. Les sages-femmes diplômées à Rouen exercent en Haute-Normandie.

Figure n°4 : Parcours professionnel, (nombre d'établissement fréquentés)

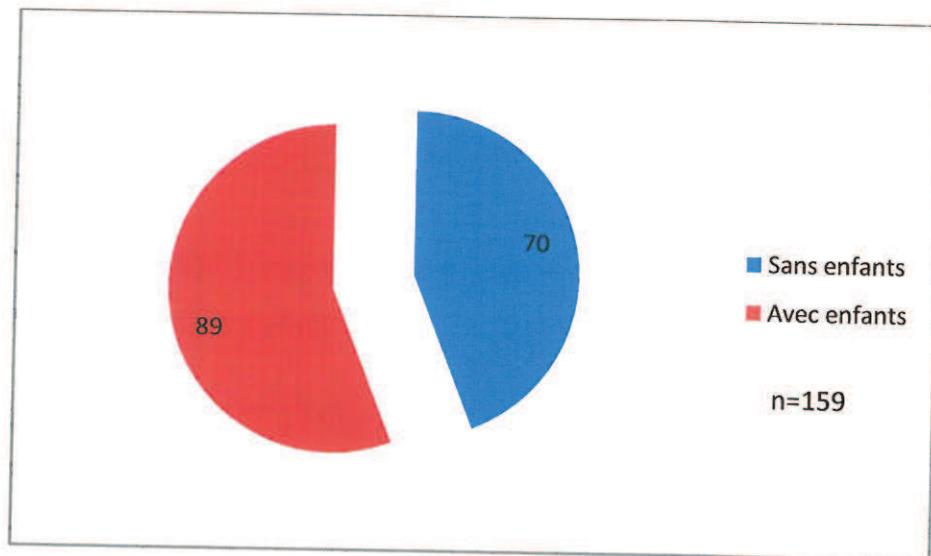


Ce graphique montre que les sages-femmes les plus âgées n'ont pas forcément travaillé dans beaucoup d'établissements différents. Une fois établies dans leurs fonctions, c'est-à-dire avec un contrat à durée indéterminée les sages-femmes sont

peu mobiles. En effet, l'entrée au sein du service public hospitalier, (nous avons choisi pour notre étude uniquement des établissements publics) présente de nombreux avantages comme la garantie d'un emploi et d'un salaire. Facteur non négligeable dans la mouvance économique actuelle.

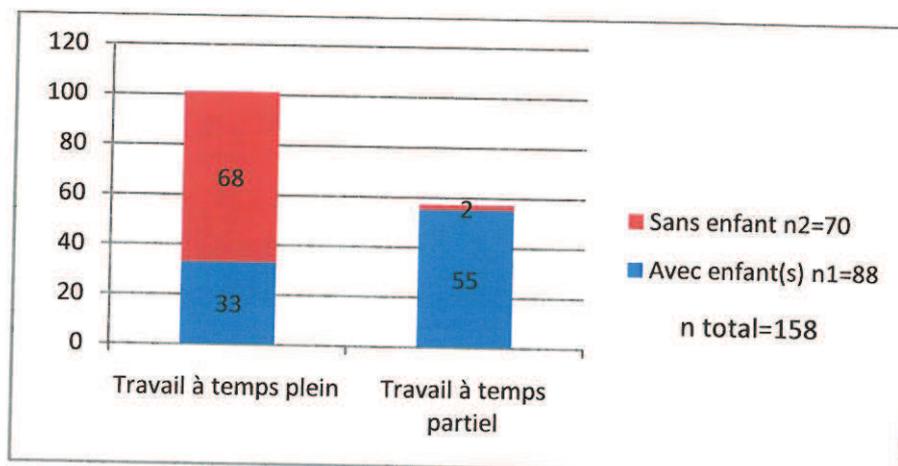
Les sages-femmes âgées de moins de 32 ans, qui ont travaillé dans plus de 2 établissements, ont souvent exercé peu de temps dans l'établissement, (contrats de 1 à 2 mois).

Figure n°5 : Statut familial des sages-femmes



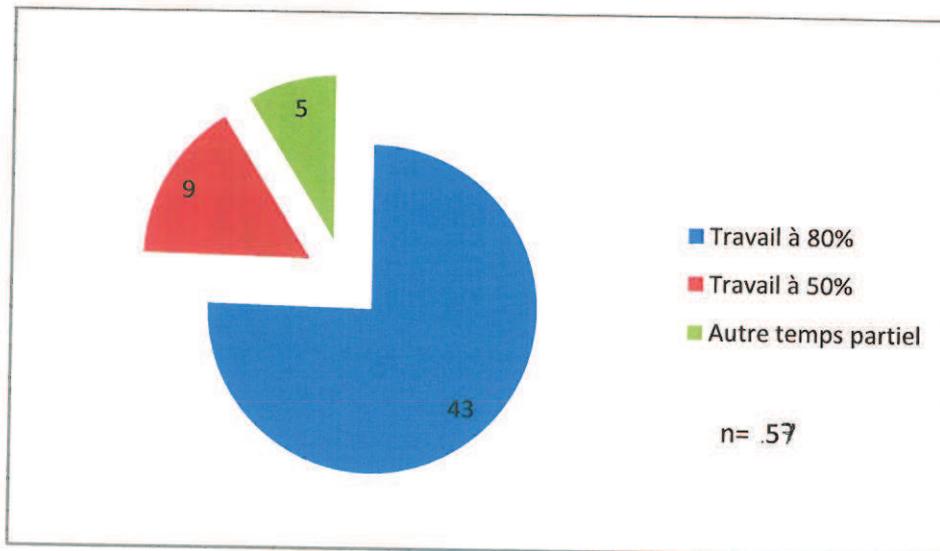
Les sages-femmes qui ont des enfants ont en moyenne 2,10 enfants.

Figure n°6 : Répartition du temps de travail en fonction du statut familial



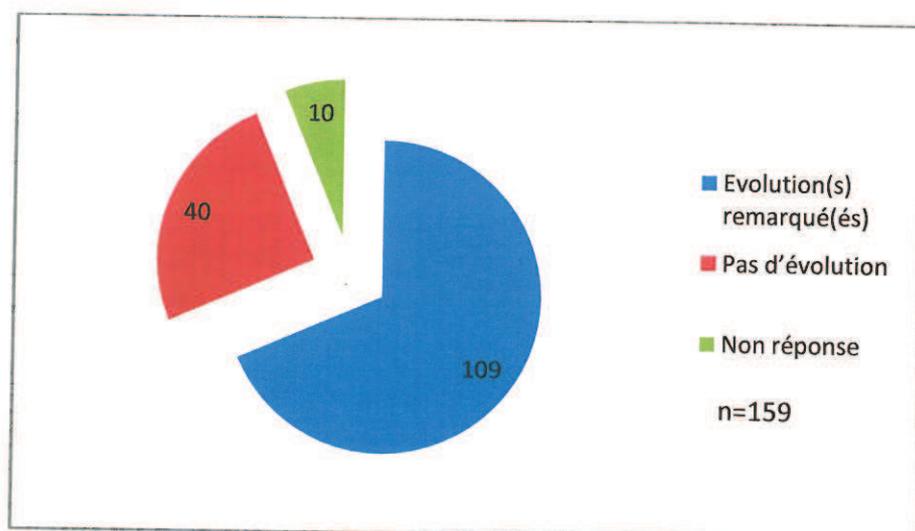
La majorité des sages-femmes travaillent à temps plein. Hormis, 2 sages-femmes qui n'ont pas d'enfant, le travail à temps partiel concerne essentiellement les mères.

Figure n°7 : Quotité de travail chez les sages-femmes exerçant à temps partiel



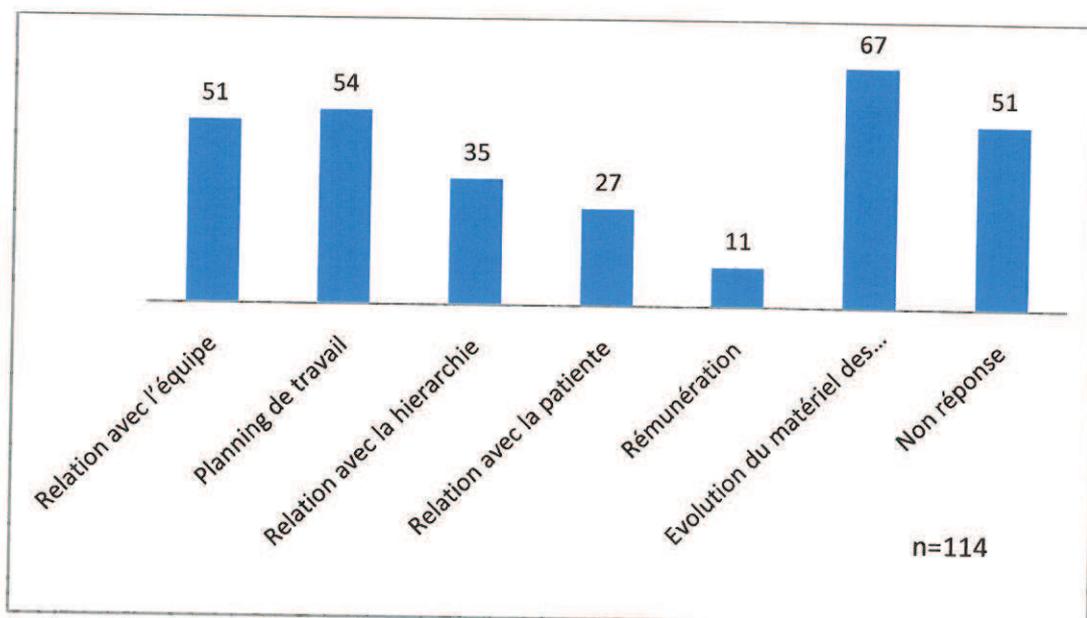
Concernant les conditions de travail, les sages-femmes devaient se situer sur une échelle allant de 1 à 10. Sachant que 0 représente des mauvaises conditions de travail et 10 symbolise des conditions excellentes de travail. Les sages-femmes sont globalement satisfaites de leurs conditions de travail puisque la note moyenne attribuée est de 6,59.

Figure n°8 : Evolution dans les conditions de travail



Pour cette question on remarque qu'une majorité de sages-femmes évoque une évolution dans leurs conditions de travail. Néanmoins, le taux de non réponse reste important. En effet, on peut se poser la question si les sages-femmes n'avaient pas d'avis sur le sujet ou bien si le peu d'ancienneté dans leurs fonctions ne leur donnait pas assez de recul pour juger d'une éventuelle évolution.

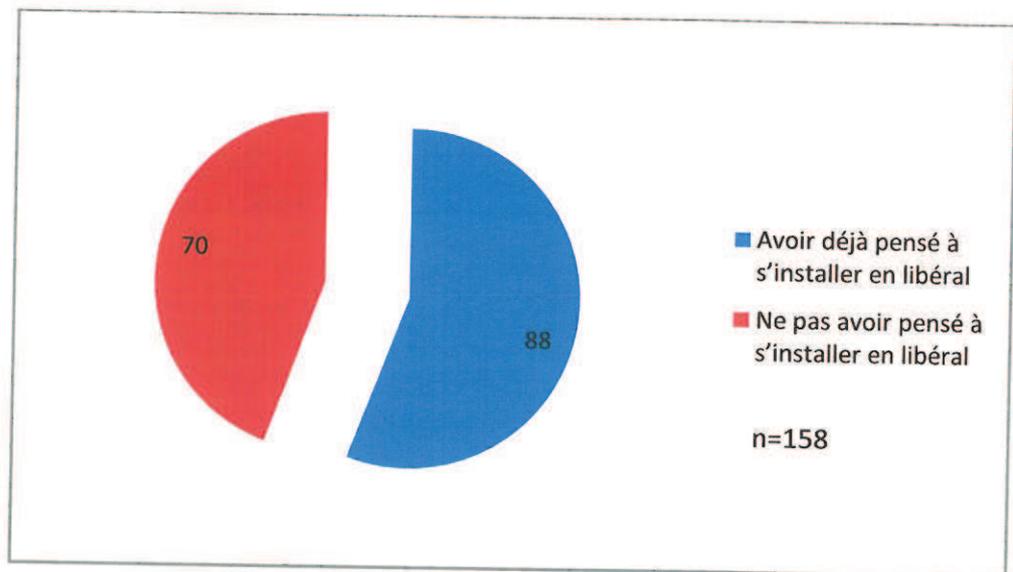
Figure n°9 : Sur quoi ont porté les évolutions.



Cette question à choix multiples montre que l'évolution des conditions de travail porte principalement sur le matériel et les locaux, cela peut être en lien avec l'augmentation de la médicalisation de la naissance.

D'autres évolutions ont été constatées concernant plutôt les conditions de travail et le management : il s'agit des plannings de travail, des relations avec l'équipe et la hiérarchie. Il aurait pu être intéressant de faire remarquer si ces évolutions avaient été positives ou négatives. Ainsi nous aurions pu déterminer les motivations en lien avec l'installation en libéral.

Figure n°10 : S'installer en libéral y ont-elles déjà pensé ?

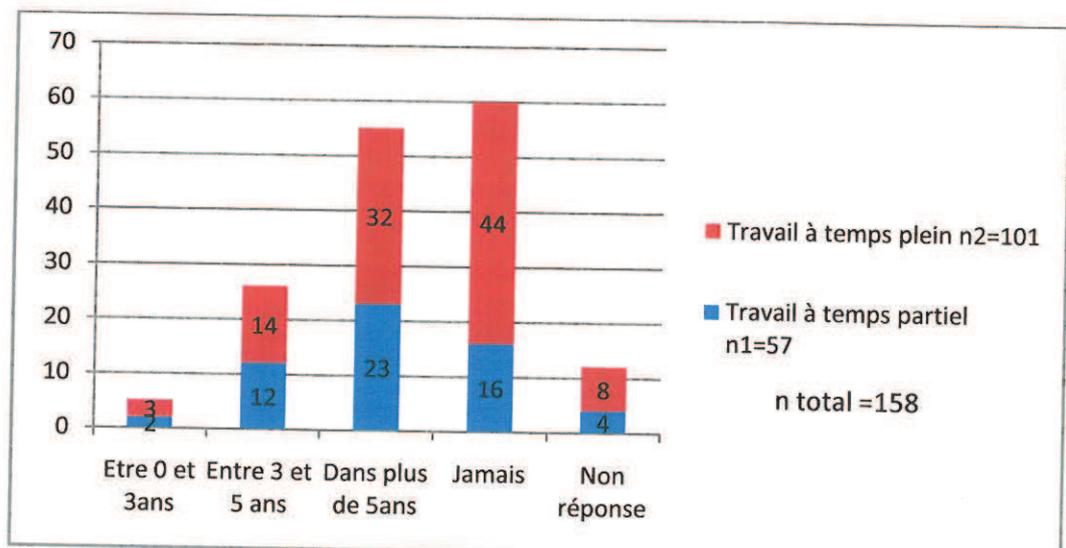


88 sages-femmes de notre échantillon, (n=158) ont déjà pensé à s'installer en libéral

Après un test du Chi², nous constatons que l'âge n'est pas un facteur qui influence le fait d'avoir déjà pensé à s'installer en libéral, ($p=0.751$). La conclusion est la même avec la région de diplôme, après un test de Fisher, ($p=0.920$).

Avec l'hypothèse que les sages-femmes diplômées dans une région dotée d'une forte proportion de sages-femmes libérales auraient davantage penser à s'installer dans ce secteur.

Figure n°11 : Réalisation du projet d'installation



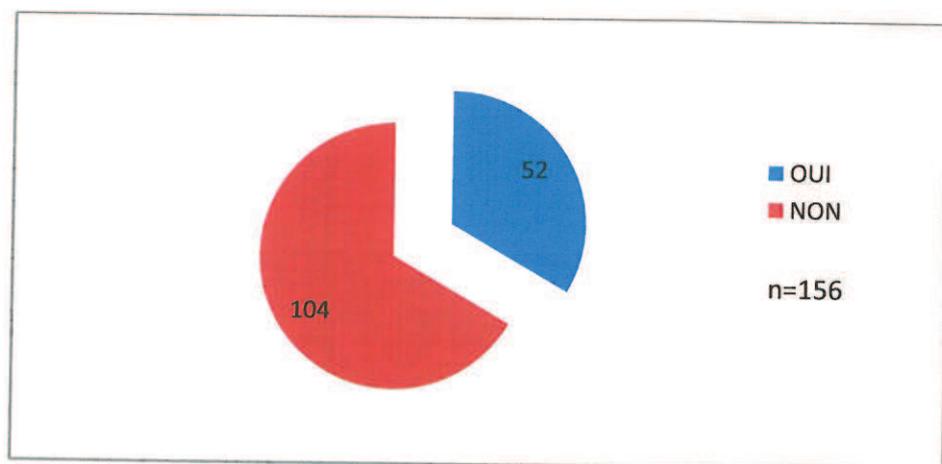
Le dépouillement de cette question montre que les propositions de réponse étaient trop restreintes. En effet, des sages-femmes envisagent de s'installer en secteur libéral dans plus de 5 ans, elles l'ont spontanément signalé en ajoutant un commentaire. On s'aperçoit alors que 35% des sages-femmes envisagent de s'installer en libéral dans plus de 5 ans. Mais peu de sages-femmes souhaitent se diriger vers le secteur libéral dans 3 ans à venir.

Nous avons cherché à savoir si le temps de travail avait une influence sur la réalisation d'un projet d'installation en libéral. On peut penser que le choix du travail à temps partiel permet d'accéder à un confort de vie, (augmentation du temps de loisir, augmentation du temps accordé à la famille). Une installation en cabinet libéral pourrait venir changer ce cadre de vie.

Notre étude nous montre que le fait de travailler à temps partiel n'exclut pas une éventuelle installation en secteur libéral.

Même s'il n'existe pas un lien significatif entre le fait d'avoir des enfants et de réaliser un projet d'installation en secteur libéral, nous constatons une réelle orientation avec $p=0.060$. Avoir des enfants ne serait donc pas un frein à l'installation des sages-femmes en libéral.

Figure n°12 : Connaissance de la nomenclature générale d'actes professionnels, (NGAP) pour les sages-femmes

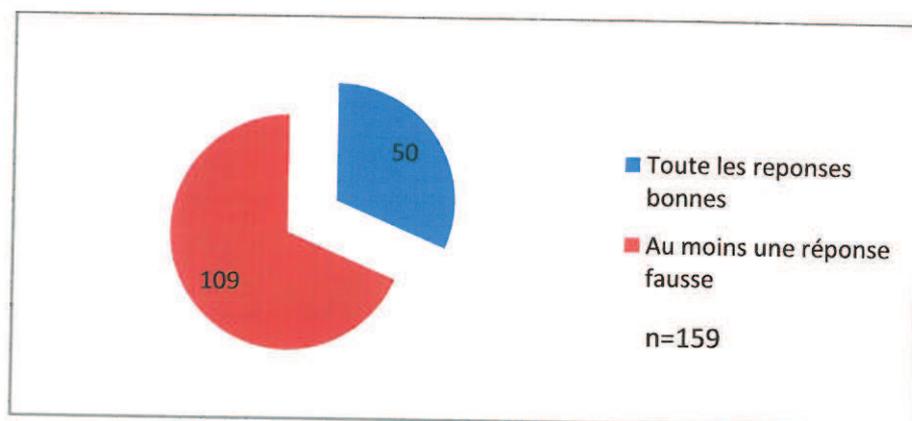


La majorité des sages-femmes interrogées n'a pas connaissance de cette nomenclature.

On note une orientation avec $p=0.084$ entre les sages-femmes qui ont le souhait de s'installer en secteur libéral et celles qui connaissent la NGAP.

Il n'y a pas de lien significatif entre la région du diplôme et la connaissance de la NGAP, ($p=0.925$). L'âge n'influence pas non plus la connaissance de la NGAP, ($p=0.228$)

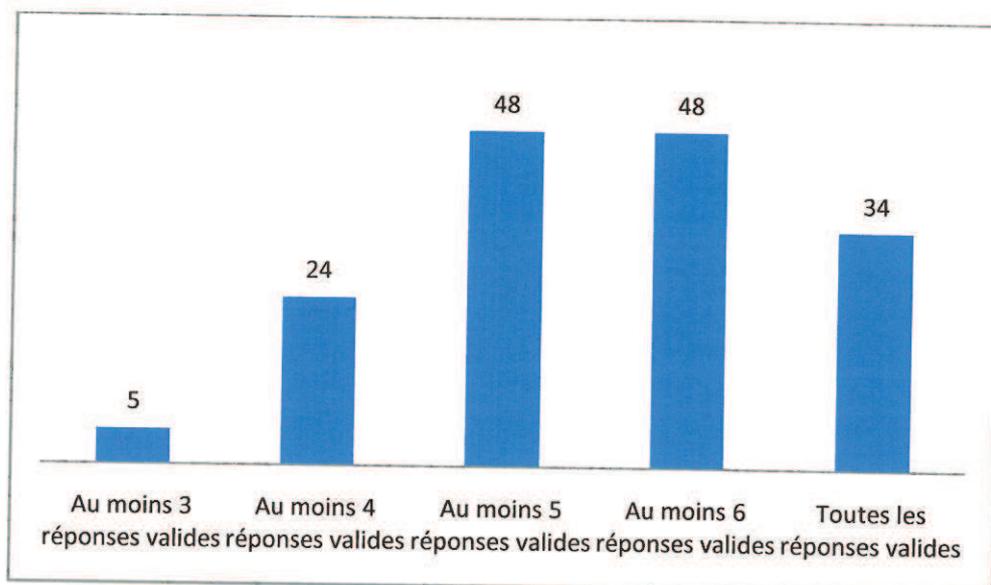
Figure n°13 : Quiz sur la connaissance des compétences des sages femmes



Dans ce quiz, 3 réponses étaient fausses sur les 10 proposées. Seulement 31% des personnes sondées ont bien répondu et ont bien trouvé les 7 bonnes réponses. Toutefois, cela est à pondérer avec la figure n°14 qui montre que 81,8% d'entre elles ont plus de 5 bonnes réponses sur les 10 proposées.

On a observé un lien significatif avec $p=0.013$ entre l'âge et les connaissances des sages-femmes sur leurs compétences. Les sages-femmes les plus jeunes sont celles qui ont bien répondu au quiz, puisque 72% d'entre elles ont moins de 32 ans.

Figure n°14 : Nombre de bonnes réponses

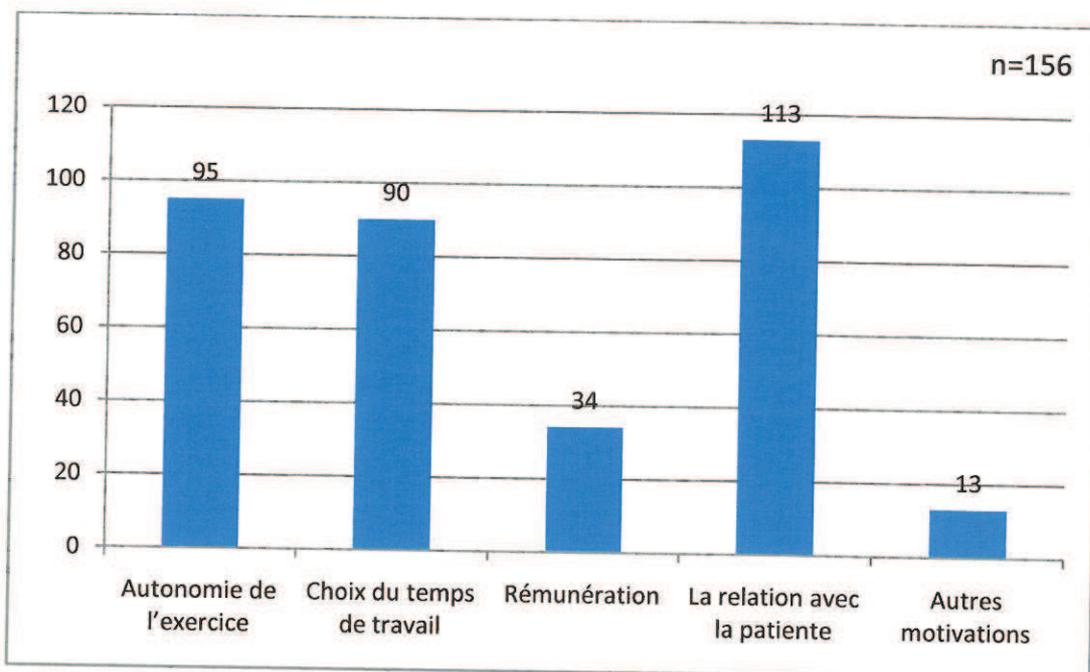


Parmi les erreurs les plus souvent rencontrées : les sages-femmes pensent que l'on peut réaliser les examens obligatoires du nouveau né prévu par l'article R21 132-1. Or ces examens doivent être pratiqués par des médecins.

Les limites du suivi d'un nouveau né ne sont pas encore bien identifiées. Les sages-femmes ne peuvent pas suivre un nouveau-né de plus de 30 jours.

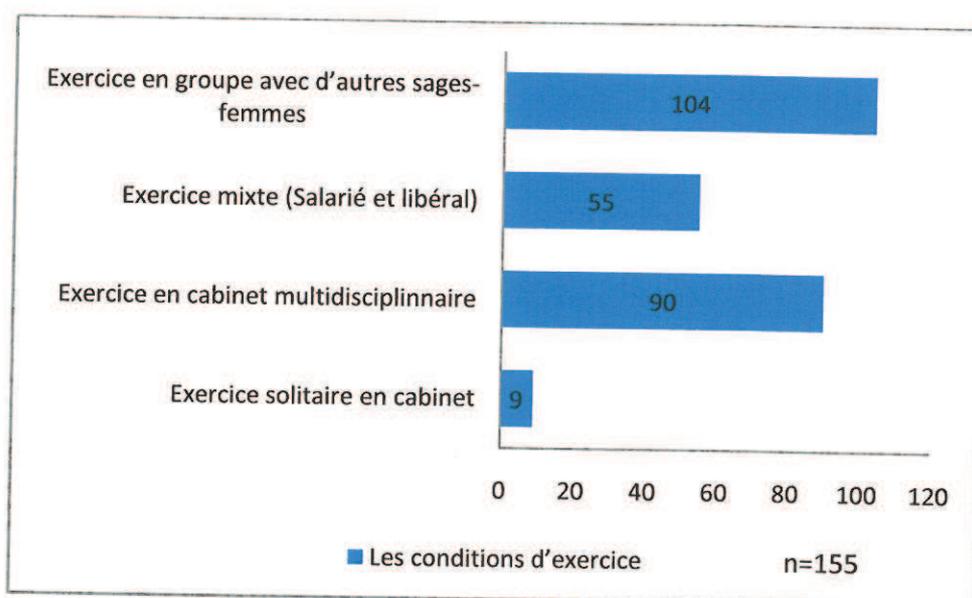
Une grande majorité de sage-femme a su répondre que le suivi échographique d'une grossesse et l'examen du 4ème mois font partis de leur champ de compétence.

Figure n°15 : Description des motivations de l'installation en secteur libéral



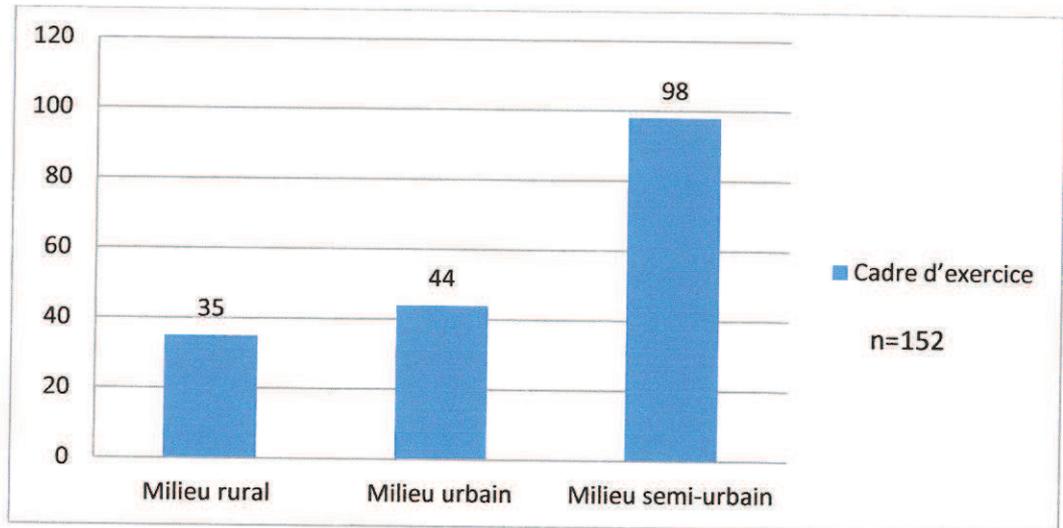
Ce graphique montre que les trois motivations principales sont : la relation avec la patiente, l'autonomie d'exercice et enfin le choix du temps de travail. La rémunération n'est pas un facteur dominant pour l'installation en libéral.

Figure n°16 : Dans l'éventualité d'une installation en secteur libéral, quelle sont les conditions d'exercice ?



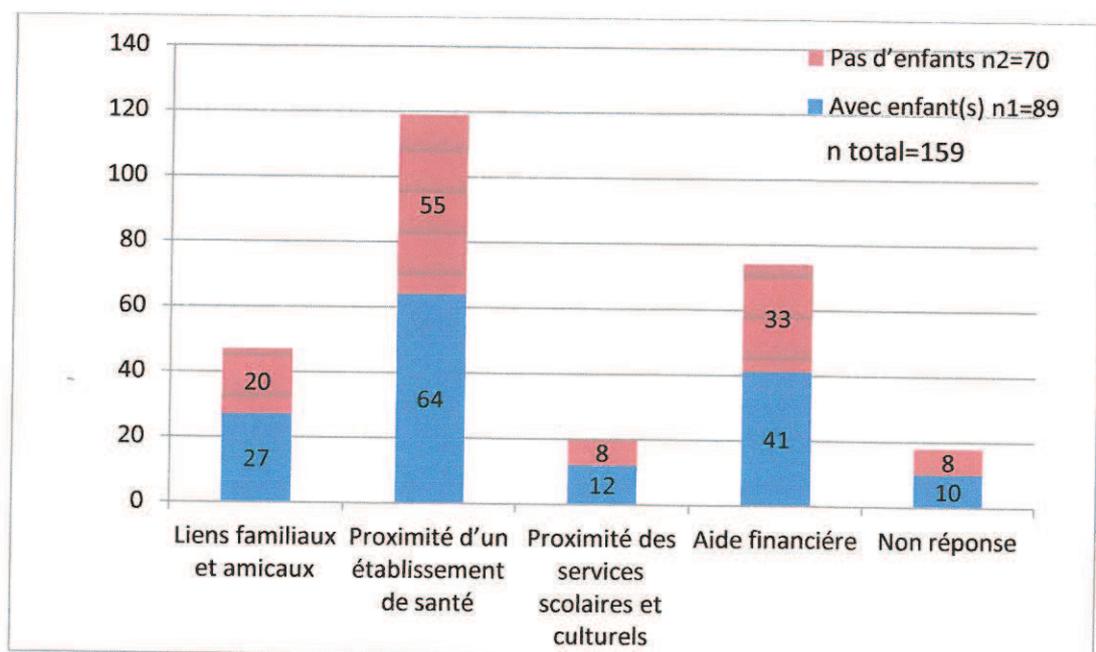
Un constat est certain : l'exercice solitaire ne séduit pas les sages-femmes. Elles se voient davantage partager leur cabinet avec une autre sage-femme. Le cabinet multidisciplinaire c'est-à-dire avec d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux serait susceptible d'attirer les sages-femmes.

Figure n°17 : Le choix du cadre environnemental



La plupart des personnes sondées pensent que l'environnement propice à une éventuelle installation en libéral est le milieu semi urbain.

Figure n°18a : Quels sont les facteurs environnementaux susceptibles d'orienter une installation en libéral ?



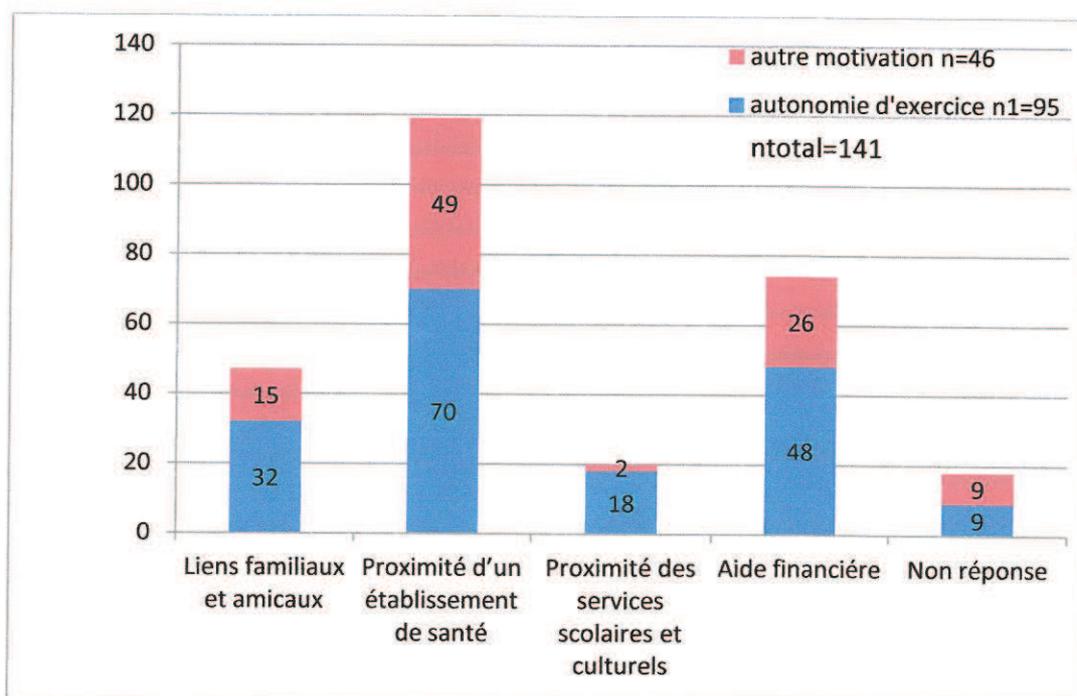
43% des sages-femmes accordent une importance à la proximité d'un établissement de santé.

Une aide financière éventuelle est le deuxième facteur important qui pourrait orienter une installation en libéral.

La proximité des services scolaires et culturels n'est pas un facteur déterminant, néanmoins, il est un peu plus cité par les sages-femmes qui ont des enfants.

Enfin, seulement 17% des sages-femmes sont attachées à des liens familiaux et amicaux cela peut laisser supposer une certaine mobilité des sages-femmes.

Figure n°18b : Relation entre autonomie d'exercice et critères environnementaux importants à l'installation en libéral

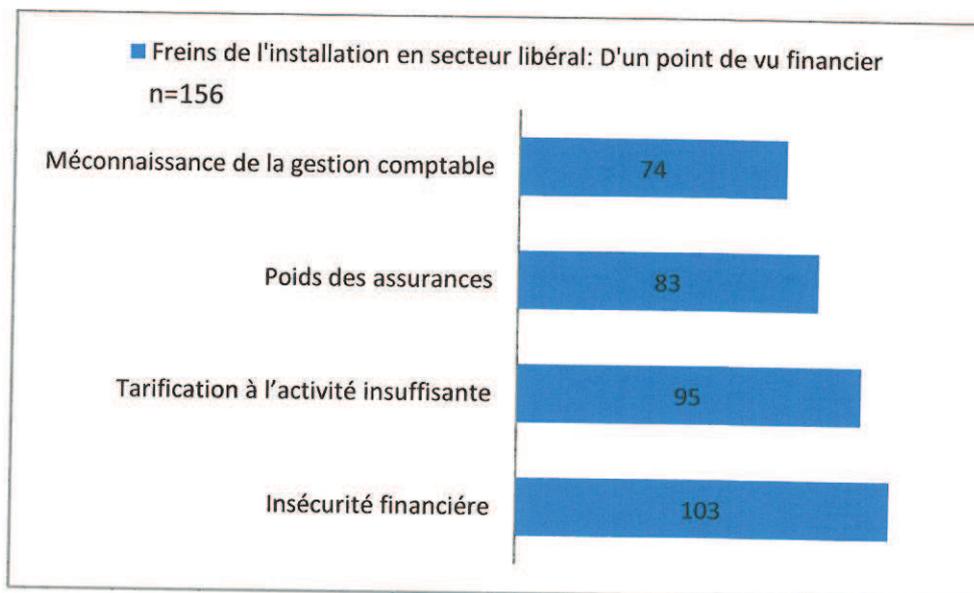


Il est surprenant de découvrir que sur 95 sages-femmes qui pensent que l'autonomie d'exercice est une motivation à l'installation en libéral, 70 souhaitent travailler à proximité d'un établissement de santé.

On observe une discordance dans cette réponse, la sage-femme veut être autonome mais elle n'est pas prête à s'éloigner d'un établissement de santé.

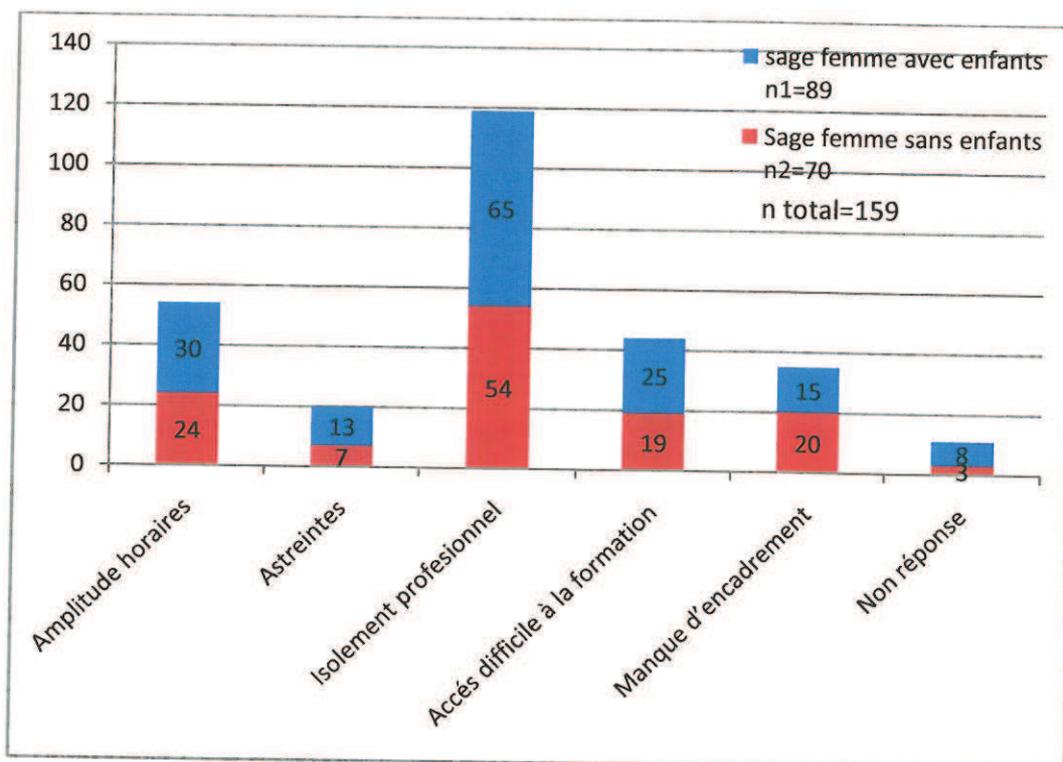
Les deux prochaines figures s'intéressent aux différents freins d'une installation en secteur libéral.

Figure n°19 : Les freins financiers



On voit que les réponses sont assez équivalentes. Il n'y a pas de réelle dominance sur les freins financiers.

Figure n°20: Les freins en lien avec le travail solitaire

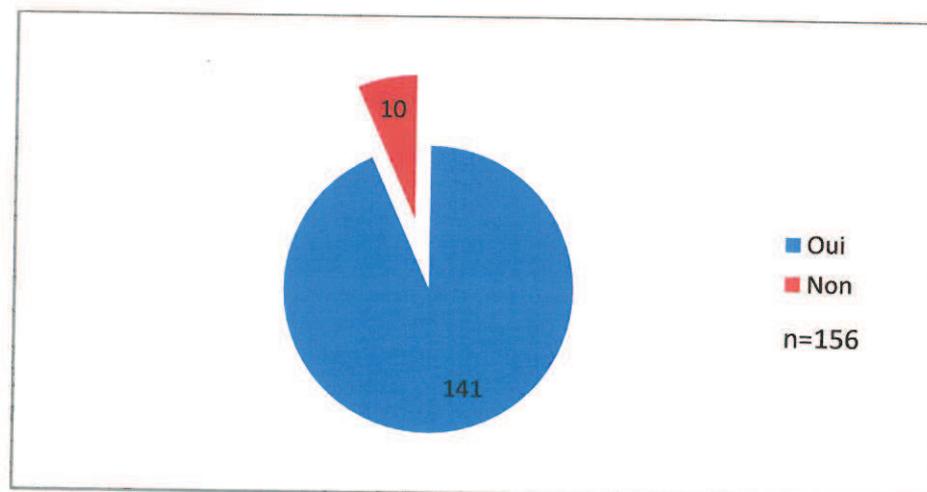


L'isolement professionnel représente le frein le plus important selon les sages-femmes sondées. On a vu sur la figure n°16 que si elles s'installaient en libéral, 74% d'entre elles choisiraient un exercice de groupe.

L'amplitude horaire semble être un frein important, néanmoins, il n'est pas en corrélation direct avec le fait d'avoir des enfants. On est amené à se poser la question si le cadre de vie ne prime t-il pas sur le choix d'une activité professionnelle ?

Les astreintes ne semblent pas être un frein majeur.

Figure n°21a : Y a-t-il un avenir à l'installation des sages-femmes en secteurs libéral ?

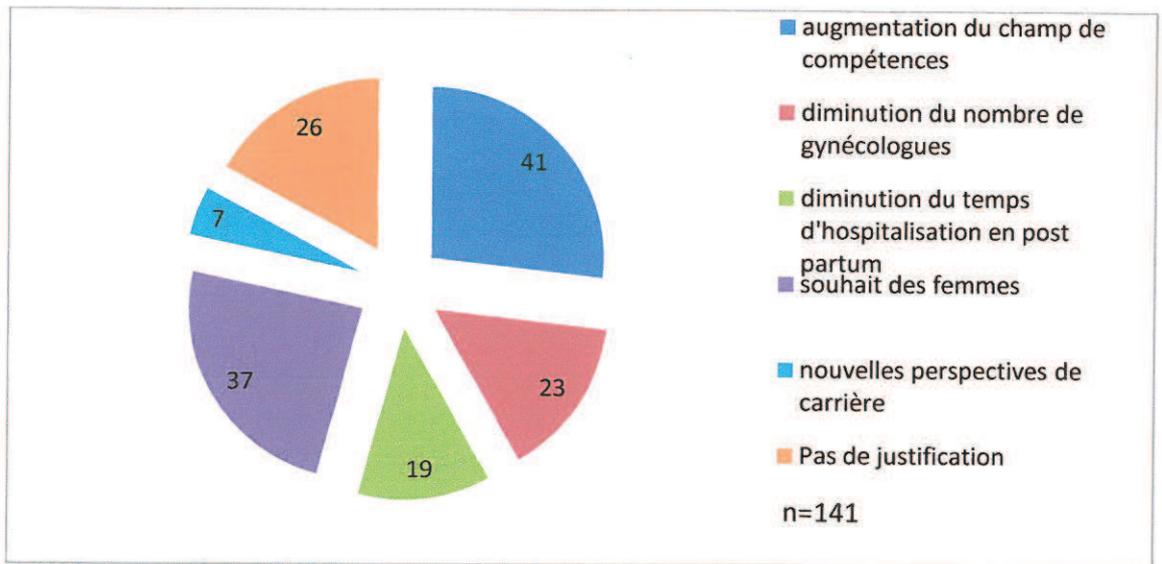


Ce graphique est très significatif 89% des sages-femmes pensent que le secteur libéral est un secteur d'avenir pour les sages-femmes, cependant, seulement 55% envisagent de s'installer en libéral.

Nous avons posé l'hypothèse qu'il existe un lien entre le fait d'avoir déjà pensé à s'installer en secteur libéral et le fait de penser qu'il existe un avenir à l'installation des sages-femmes en secteur libéral. L'hypothèse a été vérifiée au risque 5%, ($p=0.020$)

Il existe également un lien entre la réalisation du projet d'installation en libéral et penser que le secteur libéral est un avenir pour les sages-femmes, ($p=0.019$).

Figure n°21b : Argument en faveur de l'avenir des sages-femmes en secteur libéral

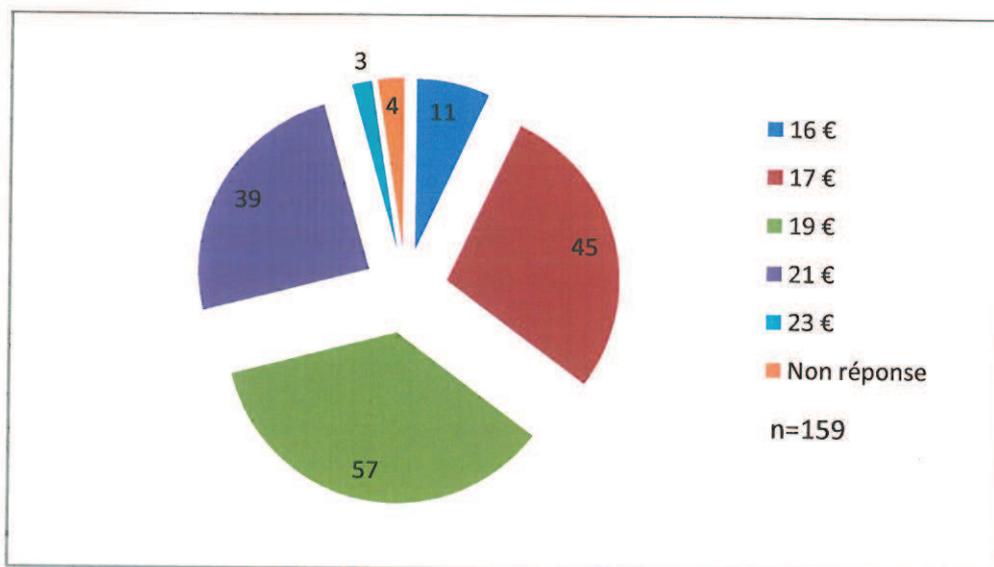


Les sages-femmes ont souvent justifié leurs réponses, elles ont parfois même donné plusieurs justifications. L'augmentation du champ de compétences ainsi que le souhait des femmes sont les principaux facteurs en faveur d'une installation en libéral.

Les sages-femmes qui pensent que le secteur libéral n'est pas un secteur d'avenir n'ont pas justifié leur réponses.

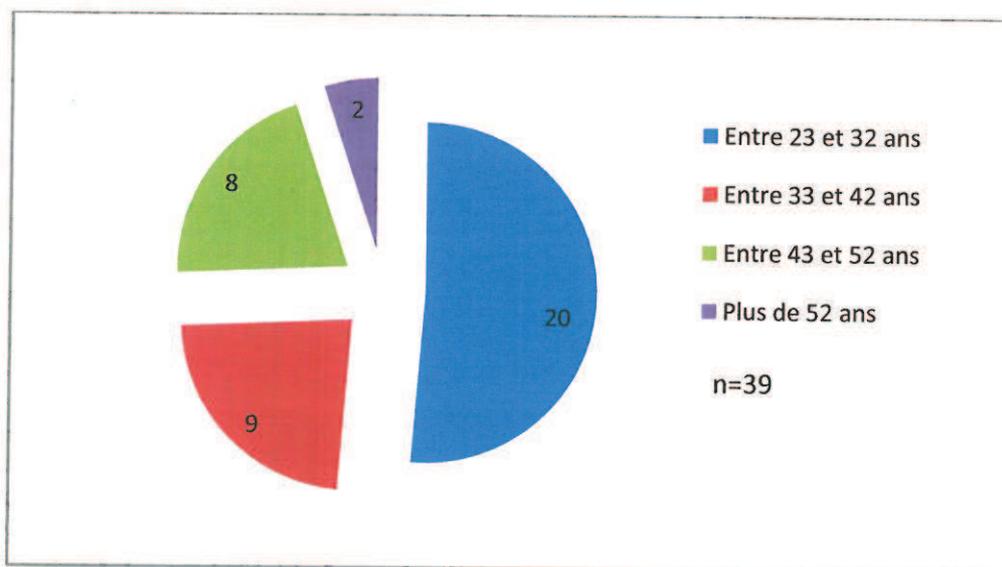
Quiz sur les tarifs de l'activité :

Figure n°22a : Tarif actuel d'une consultation de grossesse effectuée par une sage-femme



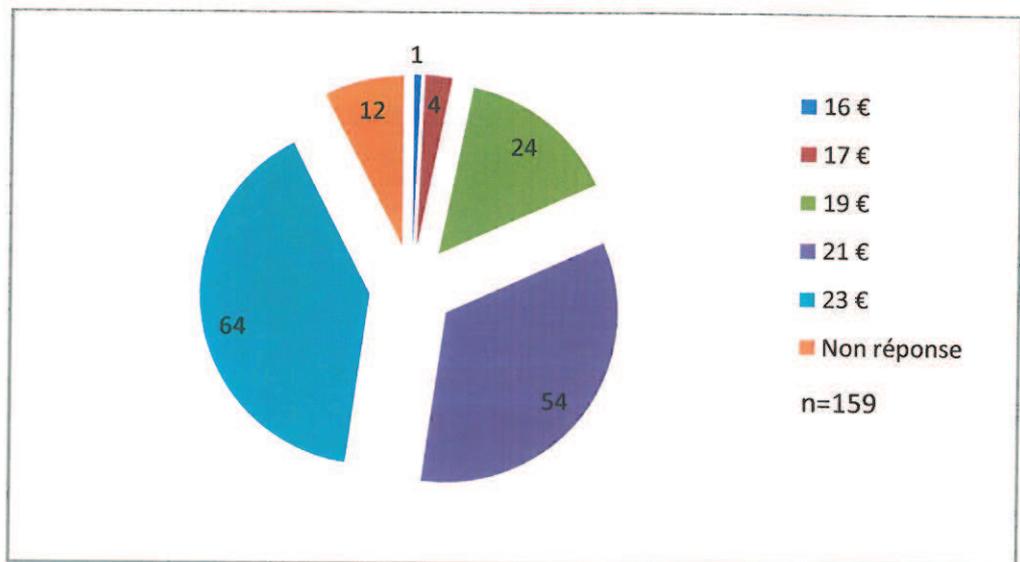
Depuis le 15 septembre 2012, le prix d'une consultation de grossesse pour une sage-femme est de 21 €, seulement un quart des personnes interrogées ont bien répondu à cette question. 36% pensent que le tarif d'une consultation de grossesse est de 19 €.

Figure n°22b : Connaissance du tarif de consultation actuel en fonction de l'âge



A un peu plus de 50%, ce sont les sages-femmes âgées de moins de 32 ans qui connaissent les tarifs d'une consultation grossesse.

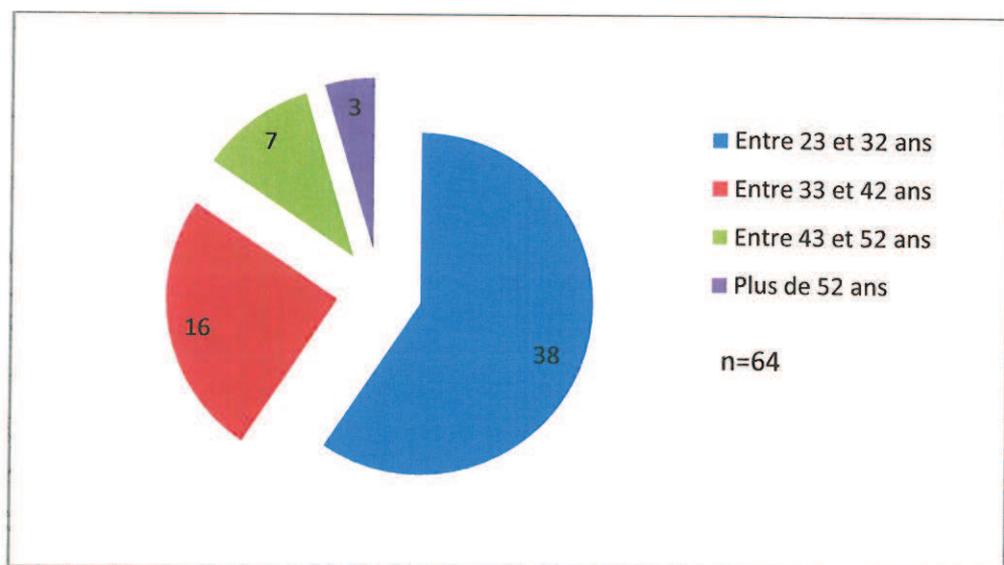
Figure n°23a : Tarif d'une consultation de grossesse à partir de septembre 2013



Les sages-femmes connaissent plus le tarif des consultations en septembre 2013 que le tarif actuel, (40% de bonnes réponses contre 25% pour la question précédente).

Le tarif sera de 23 € à partir de septembre 2013. Ce tarif vient donc s'aligner avec celui des médecins traitants.

Figure n°23b : Connaissance des futurs tarifs de consultation en fonction de l'âge.



De nouveau, on remarque que ce sont les sages-femmes de moins de 32 ans qui connaissent les futurs tarifs de consultation.

On remarque de façon significative qu'il y a un lien entre connaître la NGAP et connaître le tarif d'une consultation de grossesse actuellement pour une sage-femme libérale et le tarif d'une consultation à partir de septembre 2013, ($p=0.001$ et $p=0.013$).

Par contre, aucun lien significatif a été démontré entre réaliser un projet d'installation en libéral et connaître les tarifs d'une consultation de grossesse actuellement et à partir de septembre 2013, ($p=0.427$ et $p=0.106$).

Partie n° 3 : Analyse et discussion

Dans un premier temps, nous avons choisi d'analyser ce questionnaire en trois thèmes principaux :

- Profil de l'échantillon
- Avis sur le secteur libéral
- Compétence et connaissance du secteur libéral

Dans un second temps nous effectuerons une synthèse plus globale sur l'avenir du métier de sage-femme en libéral.

Profil de la sage femme

La répartition de l'âge des sages-femmes n'est pas du tout homogène. En effet, 55% des sages-femmes sondées ont moins de 32 ans. Après un test du Chi 2, nous avons conclu que l'échantillon n'est pas représentatif de la population Haut-Normande, puisque la part des moins de 32 ans n'est que de 34.3%. Celle-ci reste néanmoins la tranche d'âge majoritaire.

L'âge des sages-femmes est en corrélation avec leur expérience professionnelle. Il n'est donc pas surprenant que la majorité d'entre elles, (41.5%) ait moins de cinq années d'expérience.

Il se peut que le choix de l'échantillon ait influencé ce résultat, dans la mesure où les questionnaires ont été distribués uniquement dans des structures de niveaux II et III.

Un constat est assez franc, en majorité, les sages-femmes qui exercent en Haute-Normandie ont fait leurs études à l'école de Rouen.

Une fois établies dans un établissement les sages-femmes en changent très peu. Ce résultat a probablement un lien avec le statut de la fonction publique hospitalière qui offre, contrairement au statut libéral, une sécurité de l'emploi et du salaire. Après le diplôme, le parcours classique d'une sage-femme serait d'intégrer un établissement de santé. Une fois qu'elle a accédé à un poste sein du service public hospitalier, il semble difficile d'envisager d'autres carrières.

Les sages-femmes âgées de moins de 32 ans, qui ont travaillé dans plus de deux établissements, ont souvent exercé peu de temps au sein d'un même établissement, (contrats de 1 à 2 mois).

En ce qui concerne le statut familial, 56% des sages-femmes interrogées ont des enfants. Le nombre d'enfants moyen est de 2.10. Il est légèrement supérieur à la moyenne nationale qui est de 2.01 enfants par femme.

La majorité travaille à temps plein. Elles ne sont que 36% à travailler à temps partiel et ont majoritairement des enfants. Parmi les sages-femmes interrogées, seulement 2 exerçant à temps partiel n'ont pas d'enfant. De plus, parmi celles qui travaillent à temps partiel, on observe que la quotité de travail est de 80%. Cela résulte du fait que la Caisse d'Allocation Familiale offre aux femmes qui viennent d'avoir un enfant la possibilité de travailler à 80% tout en étant rémunérées sur la base d'un temps plein. La durée de cet avantage est variable selon le nombre d'enfants.

A propos des conditions de travail, la note moyenne attribuée est de 6.59. Les sages-femmes sont donc globalement satisfaites de leurs conditions de travail en tant que salariées, ce qui n'amène pas à un réel engouement vers l'installation en secteur libéral.

Nous avons ensuite cherché à savoir si depuis les cinq dernières années les sages-femmes ont remarqué une évolution dans leurs conditions de travail. Nous avons posé l'hypothèse qu'il y avait un lien entre remarquer une ou plusieurs évolutions dans les conditions de travail et avoir déjà pensé à s'installer en secteur libéral. Cette hypothèse n'a pas été vérifiée, ($p=0.197$). Néanmoins, il existe une orientation qui pousserait à dire que celles qui ont remarqué des évolutions dans leurs conditions de travail ont déjà pensé à s'installer en libéral.

Les changements constatés par les sages-femmes portent en majorité sur les matériels et les locaux. En effet, la médicalisation importante autour de la naissance, d'ailleurs remise en cause aujourd'hui, avec notamment l'émergence des projets de maisons de naissance, pousse les sages-femmes à devenir de réelles techniciennes.

Les sages-femmes ont également été sensibles à l'augmentation de la charge de travail, notamment la maternité du Belvédère qui réalise plus de 3 600 accouchements par an.

La rémunération quant à elle semble peu évoluer.

Avis sur le secteur libéral

Plus de 50% des sages-femmes sondées semblent attirées par le secteur libéral. On pourrait penser qu'il existe un avenir certain à cette forme d'exercice. Il y a un lien significatif entre le fait d'envisager de s'installer en libéral et considérer qu'il existe un avenir pour les sages-femmes dans ce secteur, ($p=0.019$). Cela n'est pas étonnant on se dirige rarement vers un domaine que l'on juge sans avenir.

La région d'obtention du diplôme n'est pas un facteur qui influence le projet d'installation en secteur libéral.

On observe que 35% des sages-femmes souhaitent réaliser le projet d'installation en libéral dans plus de 5 ans. Ce résultat n'est pas surprenant car les sages-femmes qui ont répondu à ce questionnaire sont âgées de moins de 32 ans et on a vu que l'âge moyen d'une installation en libéral est de 35 ans. Les sages-femmes ne sont pas encore prêtes à s'installer dans ce secteur à la sortie de leur diplôme.

Une orientation se dessine néanmoins, les sages-femmes ayant un ou plusieurs enfants seraient plus tournées vers le secteur libéral, ($p=0.060$). Avoir des enfants ne serait donc pas un frein à l'installation en libéral.

Pour les motivations de l'installation en secteur libéral, les sages-femmes ont eu plusieurs choix de réponse. Cette analyse est uniquement descriptive. La relation avec la patiente est un facteur important dans le choix de l'installation en libéral. En effet, que cela soit lors d'une grossesse ou bien lors d'un suivi gynécologique, une femme sera amenée à voir plusieurs fois la sage-femme, cela peut favoriser un meilleur climat de confiance. Mais attention une notion ne doit pas être oubliée : celle de la rentabilité. Pour pouvoir vivre de l'exercice de son métier en libéral, la sage-femme

doit réaliser un chiffre d'affaires minimum donc doit voir un certain nombre de patientes par jour.

Pour un quart d'entre elles, l'autonomie d'exercice et le libre choix des horaires sont des facteurs importants. En effet, cela permet une meilleure organisation de sa vie familiale et personnelle. La rémunération, quant à elle, n'est pas source de motivation à l'installation en secteur libéral. La faible valorisation des actes pourrait expliquer cela. Bien que les tarifs soient actuellement en cours de revalorisation, de nombreuses sages-femmes estiment que le tarif de certains actes n'est pas représentatif du temps passé auprès de la patiente. (12)

Un constat est marquant: l'exercice solitaire ne séduit pas les sages-femmes. L'exercice en groupe serait donc l'avenir pour les sages-femmes libérales

Le travail en équipe peut être rassurant. En effet, on peut partager ses doutes, ses connaissances, ses difficultés avec d'autres personnes. De plus, dès le début de sa formation, l'étudiant sage-femme apprend à travailler au sein d'une équipe, cela peut donc faire office de référence. Les sages-femmes se voient davantage partager leur cabinet avec une autre sage-femme. Le cabinet multidisciplinaire, c'est-à-dire avec d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux, serait susceptible d'attirer les sages-femmes. L'exercice de groupe permet également de partager les frais de gestion d'un cabinet.

Ce cabinet de groupe se trouverait dans un milieu semi-urbain. Cela est compatible avec le zonage des sages-femmes libérales effectué par l'ARS. Des zones semi-urbaines sont classées en zone sous dotées en sages-femmes libérales et permettent ainsi de bénéficier d'une aide à l'installation.

Nous avons fait le constat suivant : dans l'éventualité d'une installation en secteur libéral, les sages-femmes souhaitent exercer près d'un établissement de santé. Ce critère environnemental est important. La notion d'isolement professionnel n'est donc pas à négliger.

La sage-femme est garante de la physiologie, cependant lorsqu'une pathologie apparaît elle doit adresser la patiente vers un médecin. Il peut donc être intéressant d'avoir accès facilement et rapidement à des médecins référents. (15)

Il est surprenant de découvrir que les sages-femmes qui pensent que le secteur libéral leur offrirait de l'autonomie souhaitent majoritairement exercer à proximité d'un établissement de santé.

Il aurait pu être pertinent d'étudier la question de l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales en Haute-Normandie, ainsi nous aurions vu si elles étaient favorables à ce dispositif. En 2013, dans notre région, aucune sage-femme libérale n'a accès à un plateau technique. Le choix de l'exercice en secteur libéral détourne peut-être l'origine du métier qui est la pratique des accouchements. Actes qui en fonction du service font partie du quotidien en secteur hospitalier. (12)

Sans pour autant arriver à l'ouverture des plateaux techniques une coopération ville/hôpital paraît souhaitable.

Peu de sages-femmes semblent accorder une importance aux liens familiaux et amicaux. Ce qui laisse penser qu'elles sont mobiles. Ce constat vient à l'encontre d'un autre fait précédemment énoncé : une fois implanté dans un établissement, elles en changent peu. Elles ne seraient pas contre s'éloigner de leurs famille ou amis, mais lorsqu'elles obtiennent un poste stable, elles y restent.

La proximité des services scolaires et culturels ne semble pas avoir d'influence sur une éventuelle installation en libéral, même chez les sages-femmes avec enfants

Après avoir étudié les motivations des sages-femmes, nous allons analyser les limites de l'installation en libéral.

L'un des freins financier important concerne l'incertitude du montant de la rémunération. En effet, un cabinet libéral fonctionne comme une entreprise, le salaire mensuel dépend de l'activité. Celle-ci est intimement liée à la fréquentation du cabinet, donc à la patientelle, le salaire peut donc être variable d'un mois à l'autre, voire nul en début d'activité, (frais fixes, impôts...). Cela est totalement différent du secteur hospitalier où le salaire est fixe quelque soit l'activité. La création d'un cabinet libéral présente de nombreux risques.

La tarification des actes est insuffisante selon 95 sages-femmes hospitalières. Depuis 2012, la tarification à l'activité à été remise en cause et progressivement

revalorisée. Au 15 septembre 2013, le tarif d'une consultation de grossesse va venir s'aligner sur celui d'une consultation d'un médecin généraliste : 23 €.

La méconnaissance de la gestion comptable est aussi un frein non négligeable. Lors de ses études, une sage-femme est peu confrontée à ces notions. Il serait donc intéressant pour une sage-femme qui souhaite s'installer en libéral, d'élargir ses connaissances à ce sujet par des formations complémentaires.

L'isolement professionnel est un obstacle à l'installation en libéral pour 119 sages-femmes sondées. Ce résultat vient confirmer les données précédentes qui montrent qu'un des critères important à l'installation en libéral est la proximité d'un établissement de santé, ou encore le choix d'un travail en groupe. Le travail en équipe est un facteur très important.

Encore une fois cette question soulève la notion de coopération entre les établissements de santé et les sages-femmes libérales. Il serait intéressant de créer un réseau hôpital/sages-femmes libérales pour une prise en charge optimale de la patiente. Les sages-femmes veulent garder une relation avec l'hôpital mais elles ne sont pas séduites par l'exercice mixte.

Les astreintes ne représentent pas une contrainte majeure en secteur libéral.

Une forte majorité des sages-femmes interrogées pense qu'il existe un réel avenir à l'installation des sages-femmes en libéral. Ce constat est très encourageant. Elles constatent que de nos jours, les femmes souhaitent une prise en charge globale de leur grossesse. Nous pouvons donc voir que l'une de nos hypothèses a été vérifiée.(12)

Les sages-femmes sont également conscientes que le nombre de gynécologues diminue et que cette situation va s'accentuer. Elles ont donc un rôle à jouer dans le suivi gynécologique et la contraception. (6), (15)

Certaines évoquent également, le manque de postes disponibles dans les établissements de santé, et pensent que le secteur libéral serait une nouvelle perspective de carrière.

Les 6% de sages-femmes qui ne sont pas convaincues par l'avenir du secteur libéral n'ont pas justifié leur réponse.

Connaissance et compétence du secteur libéral

Une question a été posée sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, (NGAP). La connaissance de cette nomenclature est importante pour les sages-femmes libérales, car elle renseigne sur les actes qui seront pris en charge par l'Assurance maladie. En majorité, les sages-femmes ne maîtrisent pas bien cette nomenclature. Il est intéressant de noter que les sages-femmes qui la connaissent sont celles qui ont la notion du tarif d'une consultation de grossesse pour une sage-femme. Ce sont ces mêmes sages-femmes qui ont déjà songé à s'installer en secteur libéral, ($p=0.084$).

La région de formation au métier de sage-femme est un facteur qui n'intervient pas dans la connaissance de cette nomenclature, ($p=0.87$). On peut dire que même si la région est bien dotée en sages-femmes libérales cela n'influence pas la connaissance des outils utilisés dans la pratique libérale. On retrouvera cette notion avec le quiz sur le tarif des consultations de grossesse.

Notre étude nous a permis de mesurer la maîtrise du champ de compétences attribué aux sages-femmes. Seulement 31% des sages-femmes ont correctement répondu à toutes les questions. Cependant, plus de 85% ont sélectionné au moins 5 bonnes réponses parmi les 10 questions posées. Les questions en lien avec le nouveau-né sont moins bien connues.

L'âge des sages-femmes influe directement sur la connaissance des compétences, ($p=0.013$). Car selon l'étude, 72% des sages-femmes qui ont bien répondu ont moins de 32 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que l'augmentation du champ de compétences de sages-femmes est assez récente. Mais cela voudrait-il dire que les sages-femmes « plus âgés » ou avec plus d'expérience ne se tiennent plus au courant de l'évolution de leur profession ?

Dans la dernière partie du questionnaire, nous avons voulu savoir si les sages-femmes sondées connaissaient le tarif, (actuel et à venir) des consultations de grossesse.

Seulement 25% d'entre elles connaissent le tarif pratiqué pour une consultation de grossesse, 36% d'entre elles pensent que le tarif d'une consultation est de 19 €, cela peut s'expliquer par le fait que les tarifs ont changé peu de temps avant la distribution des questionnaires, (septembre 2012). En effet, ils ont été revalorisés, de 19 € à 21 €.

Les sages-femmes hospitalières connaissent davantage le tarif des futures consultations de grossesse. En effet, 40% d'entre elles savent que le tarif sera de 23 € à partir du 15 septembre prochain. Même si ce constat est moins flagrant, ce sont les sages-femmes de moins de 32 ans qui connaissent le tarif des consultations.

On a pu voir qu'il existe un lien significatif entre connaître le tarif des consultations et vouloir s'installer en libéral. Les sages-femmes qui connaissent les tarifs des consultations sont celles qui envisagent de s'installer en libéral.

Point de vue plus global

Cette enquête avait pour but d'établir un profil d'installation en libéral des sages-femmes. Celle-ci manque un peu de puissance, en effet, la majorité des sages-femmes ont moins de 32 ans et exercent dans le secteur hospitalier.

Il est vrai que le travail salarié offre de réels avantages, il apporte surtout la sécurité de l'emploi et de la rémunération, (élément non négligeable dans une économie où le taux de chômage avoisine des 11% en 2013). Il permet également d'exercer plus facilement à temps partiel. Il ne faut pas oublier que la profession de sage-femme est à 98% féminine et qu'actuellement se sont encore les femmes qui s'occupent davantage des enfants.

Néanmoins, les sages-femmes sont conscientes du réel potentiel du statut libéral, (augmentation des compétences, diminutions du nombre de gynécologues...).

Plusieurs sages-femmes envisagent une installation en secteur libéral avec le souhait d'évolution sur certains critères :

- une coopération entre professionnels,

- une collaboration entre les établissements de santé et les sages-femmes libérales,

- une meilleure communication pour faciliter les échanges d'informations.

Aujourd'hui, il existe déjà ce concept d'échange d'informations médicales : c'est le Dossier Médical Personnel, (DMP), qui se met progressivement en place. On pourrait également organiser, des réunions annuelles entre les professionnels libéraux et hospitaliers où chacun exposerait ses objectifs afin d'établir des conduites à tenir communes. De plus, cela permettrait aux sages-femmes libérales d'être informées sur les nouvelles pratiques des établissements. Les professionnels libéraux, mais également tous les autres professionnels de santé, doivent constamment mettre à jour leurs connaissances ; c'est d'ailleurs une des obligations inscrites dans le code de déontologie des sages-femmes, (article R4127-304).

L'établissement de santé pourrait servir de référence et influencerait la pratique de la profession de la sage-femme en cabinet. Il aurait pu être intéressant de connaître la position des sages-femmes sur les maisons de naissance. Le travail dans ces structures serait-il un bon compromis entre secteur libéral et secteur hospitalier?

Les sages-femmes souhaitent exercer en groupe, soit avec d'autres sages-femmes, soit au sein d'une maison de santé.

Les sages-femmes de Haute-Normandie pensent qu'il existe un véritable avenir pour exercer en libéral. Cela laisse penser que cette forme d'exercice peut se développer dans un avenir proche.

Dans un premier temps, nous avons choisi d'analyser ce questionnaire en trois thèmes principaux :

- Profil de l'échantillon
- Avis sur le secteur libéral
- Compétence et connaissance du secteur libéral

Dans un second temps nous effectuerons une synthèse plus globale sur l'avenir du métier de sage-femme en libéral.

Profil de la sage femme

La répartition de l'âge des sages-femmes n'est pas du tout homogène. En effet, 55% des sages-femmes sondées ont moins de 32 ans. Après un test du Chi 2, nous avons conclu que l'échantillon n'est pas représentatif de la population Haut-Normande, puisque la part des moins de 32 ans n'est que de 34.3%. Celle-ci reste néanmoins la tranche d'âge majoritaire.

L'âge des sages-femmes est en corrélation avec leur expérience professionnelle. Il n'est donc pas surprenant que la majorité d'entre elles, (41.5%) ait moins de cinq années d'expérience.

Il se peut que le choix de l'échantillon ait influencé ce résultat, dans la mesure où les questionnaires ont été distribués uniquement dans des structures de niveaux II et III.

Un constat est assez franc, en majorité, les sages-femmes qui exercent en Haute-Normandie ont fait leurs études à l'école de Rouen.

Une fois établies dans un établissement les sages-femmes en changent très peu. Ce résultat a probablement un lien avec le statut de la fonction publique hospitalière qui offre, contrairement au statut libéral, une sécurité de l'emploi et du salaire. Après le diplôme, le parcours classique d'une sage-femme serait d'intégrer un établissement de santé. Une fois qu'elle a accédé à un poste sein du service public hospitalier, il semble difficile d'envisager d'autres carrières.

Les sages-femmes âgées de moins de 32 ans, qui ont travaillé dans plus de deux établissements, ont souvent exercé peu de temps au sein d'un même établissement, (contrats de 1 à 2 mois).

En ce qui concerne le statut familial, 56% des sages-femmes interrogées ont des enfants. Le nombre d'enfants moyen est de 2.10. Il est légèrement supérieur à la moyenne nationale qui est de 2.01 enfants par femme.

La majorité travaille à temps plein. Elles ne sont que 36% à travailler à temps partiel et ont majoritairement des enfants. Parmi les sages-femmes interrogées, seulement 2 exerçant à temps partiel n'ont pas d'enfant. De plus, parmi celles qui travaillent à temps partiel, on observe que la quotité de travail est de 80%. Cela résulte du fait que la Caisse d'Allocation Familiale offre aux femmes qui viennent d'avoir un enfant la possibilité de travailler à 80% tout en étant rémunérées sur la base d'un temps plein. La durée de cet avantage est variable selon le nombre d'enfants.

A propos des conditions de travail, la note moyenne attribuée est de 6.59. Les sages-femmes sont donc globalement satisfaites de leurs conditions de travail en tant que salariées, ce qui n'amène pas à un réel engouement vers l'installation en secteur libéral.

Nous avons ensuite cherché à savoir si depuis les cinq dernières années les sages-femmes ont remarqué une évolution dans leurs conditions de travail. Nous avons posé l'hypothèse qu'il y avait un lien entre remarquer une ou plusieurs évolutions dans les conditions de travail et avoir déjà pensé à s'installer en secteur libéral. Cette hypothèse n'a pas été vérifiée, ($p=0.197$). Néanmoins, il existe une orientation qui pousserait à dire que celles qui ont remarqué des évolutions dans leurs conditions de travail ont déjà pensé à s'installer en libéral.

Les changements constatés par les sages-femmes portent en majorité sur les matériels et les locaux. En effet, la médicalisation importante autour de la naissance, d'ailleurs remise en cause aujourd'hui, avec notamment l'émergence des projets de maisons de naissance, pousse les sages-femmes à devenir de réelles techniciennes.

Les sages-femmes ont également été sensibles à l'augmentation de la charge de travail, notamment la maternité du Belvédère qui réalise plus de 3 600 accouchements par an.

La rémunération quant à elle semble peu évoluer.

Avis sur le secteur libéral

Plus de 50% des sages-femmes sondées semblent attirées par le secteur libéral. On pourrait penser qu'il existe un avenir certain à cette forme d'exercice. Il y a un lien significatif entre le fait d'envisager de s'installer en libéral et considérer qu'il existe un avenir pour les sages-femmes dans ce secteur, ($p=0.019$). Cela n'est pas étonnant on se dirige rarement vers un domaine que l'on juge sans avenir.

La région d'obtention du diplôme n'est pas un facteur qui influence le projet d'installation en secteur libéral.

On observe que 35% des sages-femmes souhaitent réaliser le projet d'installation en libéral dans plus de 5 ans. Ce résultat n'est pas surprenant car les sages-femmes qui ont répondu à ce questionnaire sont âgées de moins de 32 ans et on a vu que l'âge moyen d'une installation en libéral est de 35 ans. Les sages-femmes ne sont pas encore prêtes à s'installer dans ce secteur à la sortie de leur diplôme.

Une orientation se dessine néanmoins, les sages-femmes ayant un ou plusieurs enfants seraient plus tournées vers le secteur libéral, ($p=0.060$). Avoir des enfants ne serait donc pas un frein à l'installation en libéral.

Pour les motivations de l'installation en secteur libéral, les sages-femmes ont eu plusieurs choix de réponse. Cette analyse est uniquement descriptive. La relation avec la patiente est un facteur important dans le choix de l'installation en libéral. En effet, que cela soit lors d'une grossesse ou bien lors d'un suivi gynécologique, une femme sera amenée à voir plusieurs fois la sage-femme, cela peut favoriser un meilleur climat de confiance. Mais attention une notion ne doit pas être oubliée : celle de la rentabilité. Pour pouvoir vivre de l'exercice de son métier en libéral, la sage-femme

doit réaliser un chiffre d'affaires minimum donc doit voir un certain nombre de patientes par jour.

Pour un quart d'entre elles, l'autonomie d'exercice et le libre choix des horaires sont des facteurs importants. En effet, cela permet une meilleure organisation de sa vie familiale et personnelle. La rémunération, quant à elle, n'est pas source de motivation à l'installation en secteur libéral. La faible valorisation des actes pourrait expliquer cela. Bien que les tarifs soient actuellement en cours de revalorisation, de nombreuses sages-femmes estiment que le tarif de certains actes n'est pas représentatif du temps passé auprès de la patiente. (12)

Un constat est marquant: l'exercice solitaire ne séduit pas les sages-femmes. L'exercice en groupe serait donc l'avenir pour les sages-femmes libérales

Le travail en équipe peut être rassurant. En effet, on peut partager ses doutes, ses connaissances, ses difficultés avec d'autres personnes. De plus, dès le début de sa formation, l'étudiant sage-femme apprend à travailler au sein d'une équipe, cela peut donc faire office de référence. Les sages-femmes se voient davantage partager leur cabinet avec une autre sage-femme. Le cabinet multidisciplinaire, c'est-à-dire avec d'autres professionnels médicaux ou paramédicaux, serait susceptible d'attirer les sages-femmes. L'exercice de groupe permet également de partager les frais de gestion d'un cabinet.

Ce cabinet de groupe se trouverait dans un milieu semi-urbain. Cela est compatible avec le zonage des sages-femmes libérales effectué par l'ARS. Des zones semi-urbaines sont classées en zone sous dotées en sages-femmes libérales et permettent ainsi de bénéficier d'une aide à l'installation.

Nous avons fait le constat suivant : dans l'éventualité d'une installation en secteur libéral, les sages-femmes souhaitent exercer près d'un établissement de santé. Ce critère environnemental est important. La notion d'isolement professionnel n'est donc pas à négliger.

La sage-femme est garante de la physiologie, cependant lorsqu'une pathologie apparaît elle doit adresser la patiente vers un médecin. Il peut donc être intéressant d'avoir accès facilement et rapidement à des médecins référents. (15)

Il est surprenant de découvrir que les sages-femmes qui pensent que le secteur libéral leur offrirait de l'autonomie souhaitent majoritairement exercer à proximité d'un établissement de santé.

Il aurait pu être pertinent d'étudier la question de l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales en Haute-Normandie, ainsi nous aurions vu si elles étaient favorables à ce dispositif. En 2013, dans notre région, aucune sage-femme libérale n'a accès à un plateau technique. Le choix de l'exercice en secteur libéral détourne peut-être l'origine du métier qui est la pratique des accouchements. Actes qui en fonction du service font partie du quotidien en secteur hospitalier. (12)

Sans pour autant arriver à l'ouverture des plateaux techniques une coopération ville/hôpital paraît souhaitable.

Peu de sages-femmes semblent accorder une importance aux liens familiaux et amicaux. Ce qui laisse penser qu'elles sont mobiles. Ce constat vient à l'encontre d'un autre fait précédemment énoncé : une fois implanté dans un établissement, elles en changent peu. Elles ne seraient pas contre s'éloigner de leurs famille ou amis, mais lorsqu'elles obtiennent un poste stable, elles y restent.

La proximité des services scolaires et culturels ne semble pas avoir d'influence sur une éventuelle installation en libéral, même chez les sages-femmes avec enfants

Après avoir étudié les motivations des sages-femmes, nous allons analyser les limites de l'installation en libéral.

L'un des freins financier important concerne l'incertitude du montant de la rémunération. En effet, un cabinet libéral fonctionne comme une entreprise, le salaire mensuel dépend de l'activité. Celle-ci est intimement liée à la fréquentation du cabinet, donc à la patientelle, le salaire peut donc être variable d'un mois à l'autre, voire nul en début d'activité, (frais fixes, impôts...). Cela est totalement différent du secteur hospitalier où le salaire est fixe quelque soit l'activité. La création d'un cabinet libéral présente de nombreux risques.

La tarification des actes est insuffisante selon 95 sages-femmes hospitalières. Depuis 2012, la tarification à l'activité à été remise en cause et progressivement

revalorisée. Au 15 septembre 2013, le tarif d'une consultation de grossesse va venir s'aligner sur celui d'une consultation d'un médecin généraliste : 23 €.

La méconnaissance de la gestion comptable est aussi un frein non négligeable. Lors de ses études, une sage-femme est peu confrontée à ces notions. Il serait donc intéressant pour une sage-femme qui souhaite s'installer en libéral, d'élargir ses connaissances à ce sujet par des formations complémentaires.

L'isolement professionnel est un obstacle à l'installation en libéral pour 119 sages-femmes sondées. Ce résultat vient confirmer les données précédentes qui montrent qu'un des critères important à l'installation en libéral est la proximité d'un établissement de santé, ou encore le choix d'un travail en groupe. Le travail en équipe est un facteur très important.

Encore une fois cette question soulève la notion de coopération entre les établissements de santé et les sages-femmes libérales. Il serait intéressant de créer un réseau hôpital/sages-femmes libérales pour une prise en charge optimale de la patiente. Les sages-femmes veulent garder une relation avec l'hôpital mais elles ne sont pas séduites par l'exercice mixte.

Les astreintes ne représentent pas une contrainte majeure en secteur libéral.

Une forte majorité des sages-femmes interrogées pense qu'il existe un réel avenir à l'installation des sages-femmes en libéral. Ce constat est très encourageant. Elles constatent que de nos jours, les femmes souhaitent une prise en charge globale de leur grossesse. Nous pouvons donc voir que l'une de nos hypothèses a été vérifiée.(12)

Les sages-femmes sont également conscientes que le nombre de gynécologues diminue et que cette situation va s'accentuer. Elles ont donc un rôle à jouer dans le suivi gynécologique et la contraception. (6), (15)

Certaines évoquent également, le manque de postes disponibles dans les établissements de santé, et pensent que le secteur libéral serait une nouvelle perspective de carrière.

Les 6% de sages-femmes qui ne sont pas convaincues par l'avenir du secteur libéral n'ont pas justifié leur réponse.

Connaissance et compétence du secteur libéral

Une question a été posée sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, (NGAP). La connaissance de cette nomenclature est importante pour les sages-femmes libérales, car elle renseigne sur les actes qui seront pris en charge par l'Assurance maladie. En majorité, les sages-femmes ne maîtrisent pas bien cette nomenclature. Il est intéressant de noter que les sages-femmes qui la connaissent sont celles qui ont la notion du tarif d'une consultation de grossesse pour une sage-femme. Ce sont ces même sages-femmes qui ont déjà songé à s'installer en secteur libéral, ($p=0.084$).

La région de formation au métier de sage-femme est un facteur qui n'intervient pas dans la connaissance de cette nomenclature, ($p=0.87$). On peut dire que même si la région est bien dotée en sages-femmes libérales cela n'influence pas la connaissance des outils utilisés dans la pratique libérale. On retrouvera cette notion avec le quiz sur le tarif des consultations de grossesse.

Notre étude nous a permis de mesurer la maîtrise du champ de compétences attribué aux sages-femmes. Seulement 31% des sages-femmes ont correctement répondu à toutes les questions. Cependant, plus de 85% ont sélectionné au moins 5 bonnes réponses parmi les 10 questions posées. Les questions en lien avec le nouveau-né sont moins bien connues.

L'âge des sages-femmes influe directement sur la connaissance des compétences, ($p=0.013$). Car selon l'étude, 72% des sages-femmes qui ont bien répondu ont moins de 32 ans. Cela peut s'expliquer par le fait que l'augmentation du champ de compétences de sages-femmes est assez récente. Mais cela voudrait-il dire que les sages-femmes « plus âgés » ou avec plus d'expérience ne se tiennent plus au courant de l'évolution de leur profession ?

Dans la dernière partie du questionnaire, nous avons voulu savoir si les sages-femmes sondées connaissaient le tarif, (actuel et à venir) des consultations de grossesse.

Seulement 25% d'entre elles connaissent le tarif pratiqué pour une consultation de grossesse, 36% d'entre elles pensent que le tarif d'une consultation est de 19 €, cela peut s'expliquer par le fait que les tarifs ont changé peu de temps avant la distribution des questionnaires, (septembre 2012). En effet, ils ont été revalorisés, de 19 € à 21 €.

Les sages-femmes hospitalières connaissent davantage le tarif des futures consultations de grossesse. En effet, 40% d'entre elles savent que le tarif sera de 23 € à partir du 15 septembre prochain. Même si ce constat est moins flagrant, ce sont les sages-femmes de moins de 32 ans qui connaissent le tarif des consultations.

On a pu voir qu'il existe un lien significatif entre connaître le tarif des consultations et vouloir s'installer en libéral. Les sages-femmes qui connaissent les tarifs des consultations sont celles qui envisagent de s'installer en libéral.

Point de vue plus global

Cette enquête avait pour but d'établir un profil d'installation en libéral des sages-femmes. Celle-ci manque un peu de puissance, en effet, la majorité des sages-femmes ont moins de 32 ans et exercent dans le secteur hospitalier.

Il est vrai que le travail salarié offre de réels avantages, il apporte surtout la sécurité de l'emploi et de la rémunération, (élément non négligeable dans une économie où le taux de chômage avoisine des 11% en 2013). Il permet également d'exercer plus facilement à temps partiel. Il ne faut pas oublier que la profession de sage-femme est à 98% féminine et qu'actuellement se sont encore les femmes qui s'occupent davantage des enfants.

Néanmoins, les sages-femmes sont conscientes du réel potentiel du statut libéral, (augmentation des compétences, diminutions du nombre de gynécologues...).

Plusieurs sages-femmes envisagent une installation en secteur libéral avec le souhait d'évolution sur certains critères :

- une coopération entre professionnels,

- une collaboration entre les établissements de santé et les sages-femmes libérales,

- une meilleure communication pour faciliter les échanges d'informations.

Aujourd'hui, il existe déjà ce concept d'échange d'informations médicales : c'est le Dossier Médical Personnel, (DMP), qui se met progressivement en place. On pourrait également organiser, des réunions annuelles entre les professionnels libéraux et hospitaliers où chacun exposerait ses objectifs afin d'établir des conduites à tenir communes. De plus, cela permettrait aux sages-femmes libérales d'être informées sur les nouvelles pratiques des établissements. Les professionnels libéraux, mais également tous les autres professionnels de santé, doivent constamment mettre à jour leurs connaissances ; c'est d'ailleurs une des obligations inscrites dans le code de déontologie des sages-femmes, (article R4127-304).

L'établissement de santé pourrait servir de référence et influencerait la pratique de la profession de la sage-femme en cabinet. Il aurait pu être intéressant de connaître la position des sages-femmes sur les maisons de naissance. Le travail dans ces structures serait-il un bon compromis entre secteur libéral et secteur hospitalier?

Les sages-femmes souhaitent exercer en groupe, soit avec d'autres sages-femmes, soit au sein d'une maison de santé.

Les sages-femmes de Haute-Normandie pensent qu'il existe un véritable avenir pour exercer en libéral. Cela laisse penser que cette forme d'exercice peut se développer dans un avenir proche.

Conclusion

La région Haute-Normandie présente un taux de natalité supérieur à la moyenne nationale. C'est aussi une région sous dotée en sages-femmes libérales. Cela offre donc de réelles potentialités pour les sages-femmes qui sont prêtes à franchir le pas.

Les sages-femmes sont conscientes de l'avenir du secteur libéral. Elles imaginent le développement de ce secteur en y intégrant quelques modifications.

Tout d'abord cela passe par un changement des mentalités, la sage-femme ne doit pas être uniquement assimilée à l'acte d'accouchement. L'élargissement du champ de compétences, la diminution du nombre de gynécologues sont des facteurs qui permettent de faire évoluer encore plus la profession en libéral.

Quelques freins financiers demeurent dans la gestion et la rémunération. Il faut toutefois savoir que certaines régions comme la notre mettent en place des aides à l'installation. Il n'en reste pas moins que la création d'un cabinet présente des risques, comme toute création d'entreprise, mais procure aussi une autonomie d'exercice et un suivi plus global des femmes. La question serait de savoir si la sage-femme est prête à prendre des risques, à affirmer sa place centrale auprès des femmes en âge de procréer, en s'installant en libéral.

Ensuite, il est important de démystifier l'isolement professionnel. La création d'un réel réseau ville/hôpital serait intéressante à développer. On pourrait inviter les médecins, les sages-femmes et autres professionnels intervenant auprès des femmes en âge de procréer en secteur hospitalier, à collaborer avec les sages-femmes libérales.

La sage-femme doit devenir un acteur à part entière dans le secteur libéral. Les professionnels de santé, ainsi que les femmes elles-mêmes, doivent reconnaître et promouvoir cette profession en spécialiste des femmes en âge de procréer. Il est nécessaire de faire évoluer la vision identitaire de la profession.

Bibliographie

Ouvrages :

- (1) BONNICI B. – La politique de santé en France – 2011 – Editions Médicales et Universitaires – Paris.
- (2) BOURDILLON F., BRUSCHER G., TABUTEAU D., Traité de santé public, 2004, édition médecine, science Flammarion.
- (3) Observatoire national de la démographie des professions de santé - (ONDPS) – 2004 - « La profession de sage-femme », Analyse de trois professions. Sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale, - la documentation française - tome 3 – pages 9-50.
- (4) SIWEK P., Gouvernance de la santé, les acteurs institutionnels, 2011, édition Le coudrier.
- (5) BRAS P.L., DE POUVOURVILLE G., TABUTEAU D. - Traité d'économie et de gestion de la santé – 2009 – Paris - Editions de santé.
- (6) ROMESTAING P., LE BRETON-LEROUVILLOIS G., La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie. Situation au 1^{ER} juin 2011 - 2011

Articles :

- (7) AKOUKA C. - Projet de loi HPST : Les enjeux pour les sages-femmes - Contact Sages-femmes – 2009 - n° 19 - pages 16 – 18.
- (8) AKOUKA C - HPST : où en est-on ? - Contact Sages-femme - juillet 2009 - n°20 - page 12.
- (9) BROCAS A.M. - Le parcours des étudiants en école de sages-femmes, Etudes et résultats - juillet 2011 - n°768
- (10) MIDY F., LEGAL R., TISSERAND F. - La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins - Questions d'économie de la santé - décembre 2005 – IRDES - n°101.

- (11) MIDY F., LEGAL R., TISSERAND F. - La profession de sage-femme : trajectoires, activités et condition de travail - Question d'économie de la santé - décembre 2005 - IDRES - n°102.
- (12) RICHARD-GUERROUDJ N. - Le choix d'exercer en libéral - Profession sage-femme - janvier 2006 - n°121 - pages 36-38.

Textes officiels :

- (13) Arrêté : méthodologie de classification des zones relatives aux sages-femmes libérales – Code de la santé publique – 2012.
- (14) Arrêté fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes – Code de la santé publique – 2005.
- (15) Compétences des sages-femmes - Code de déontologie – 2012
- (16) Loi Hôpital Patient Santé Territoire - n° 2009_879 – 21 juillet 2009
- (17) Schéma régional de l'organisation des soins 2012-2017 - ARS Haute - Normandie

Document non publié :

- (18) Accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation post partum – Assurance Maladie – décembre 2010
- (19) DESCHAMPS A. - Exercice libéral : enquête auprès des sages-femmes salariées – mémoire de sage-femme - 2005

Sites internet :

- (20) @www.ars.haute-normandie.santé.fr – consulté le 14/06/2012
- (21) @Rôle des sages femmes dans le système de soin – Sécurité Sociale - http://www.comptes.fr/fr/CC/document/RELPSS/Rapport_securite_sociale_2011_role_sages_femmes-systeme_de_soin_6.pdf – consulté le 5/02/2012
- (22) @<http://www.genethique.org/revues/revues/2011/juillet/20110722.1.asp> consulté le 7/02/2012
- (23) @http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id consulté le 8/12/2011

(24) @http://www.ordre_sages_femmes.fr consulté le 6/12/2011

(25) @[Compte rendu de l'audition des sages femmes](http://www.sante.gouv.fr/.../)http://www.sante.gouv.fr/.../ - consulté le 13/11/2011

SOMMAIRE ANNEXES

Annexe I : Schéma synthétique du SROS

Annexe II : Zones déficitaires des sages-femmes en 2012

Annexe III : Adaptation des zones déficitaires en sages-femmes par l'ARS

Annexe IV : Répartition des âges chez les sages-femmes en Haute Normandie

Annexe V : Forme d'exercice chez les sages-femmes Haut-Normandes

Annexe VI : Répartition des sages-femmes selon le lieu d'obtention du diplôme.

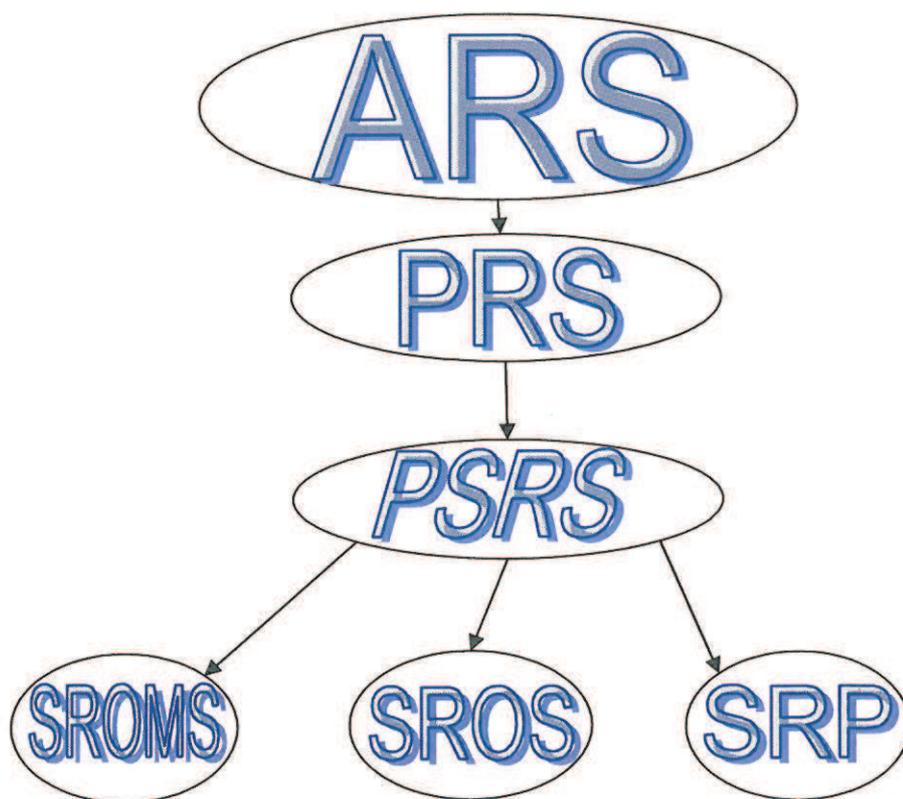
Annexe VII : Nombre de médecins par année en fonction des entrées et des sorties.

Annexe VIII : Evolution du nombre de sages femmes libérales, salariées et du nombre de gynécologues obstétriciens.

Annexe IX : Interférence dans le champ de compétence des médecins et des sages-femmes

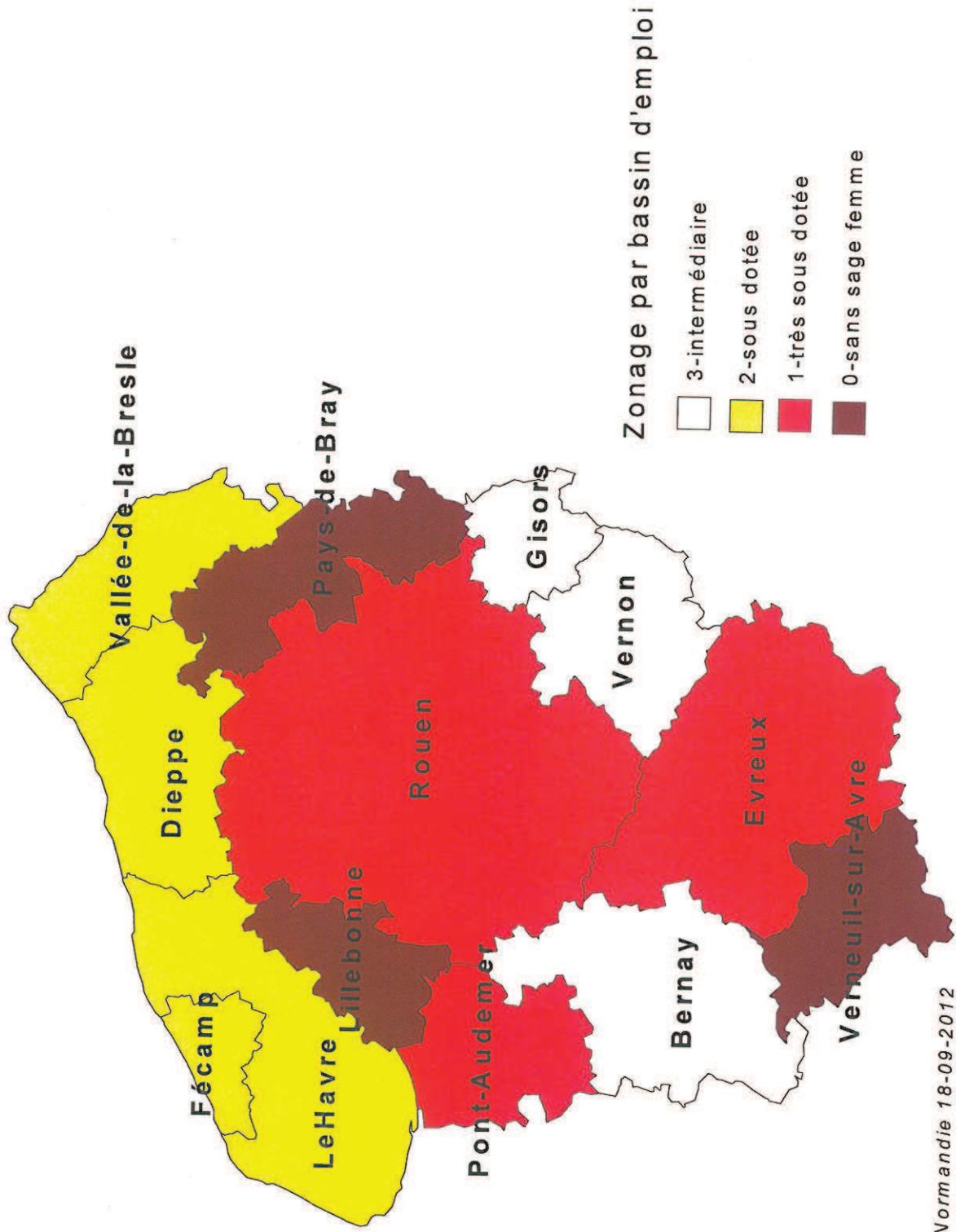
Annexe X : Questionnaire et lettre de présentation du questionnaire

Annexe I Schéma synthétique du SROS



Annexe II : Zones déficitaires des sages-femmes en 2012

Zones déficitaires des sages femmes 2012



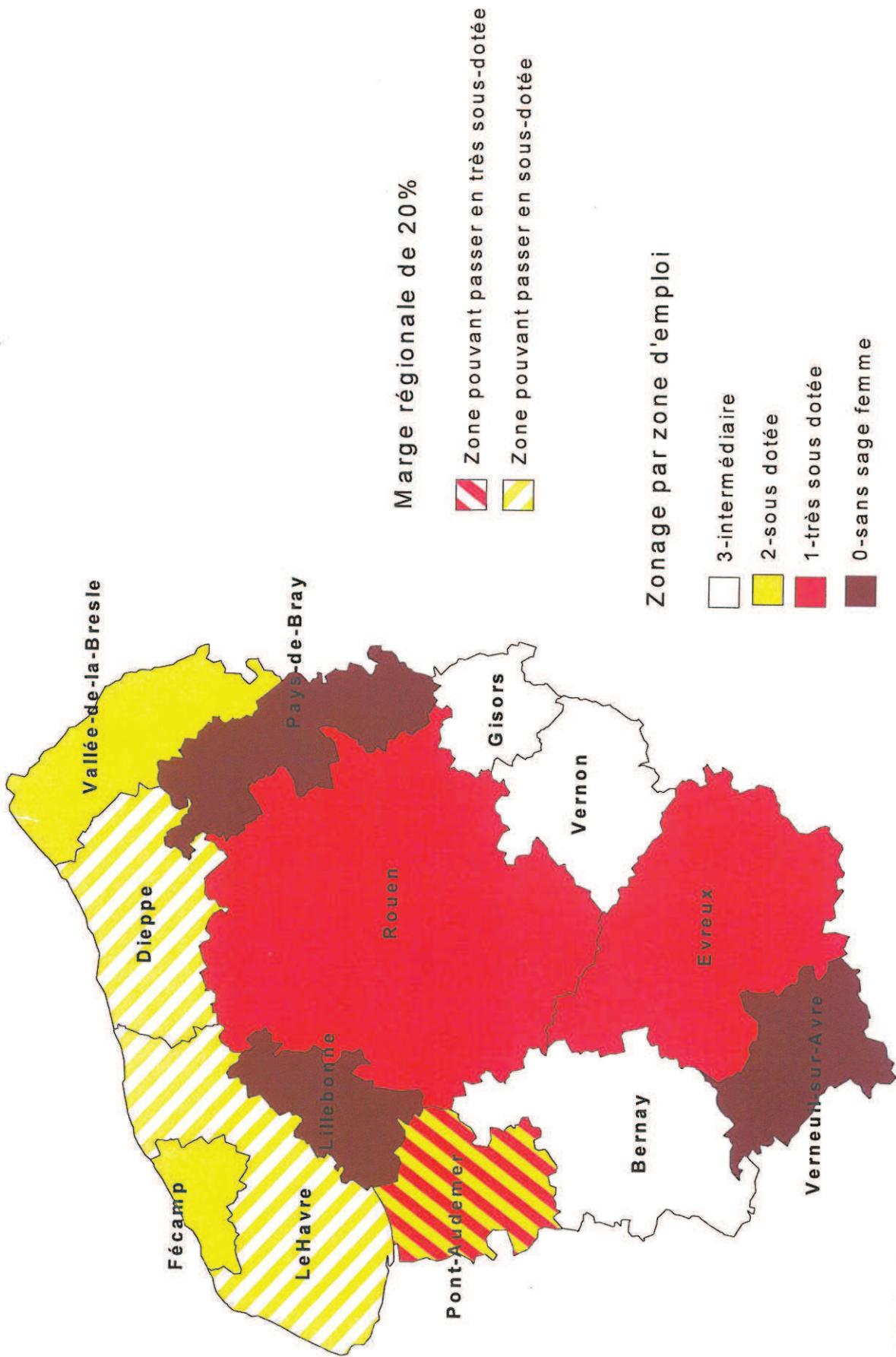
Zonage par bassin d'emploi

- 3-intermédiaire
- 2-sous dotée
- 1-très sous dotée
- 0-sans sage femme

Sources : ARS Haute Normandie 18-09-2012

Annexe III : Adaptation des zones déficitaires en sages-
femmes par l'ARS

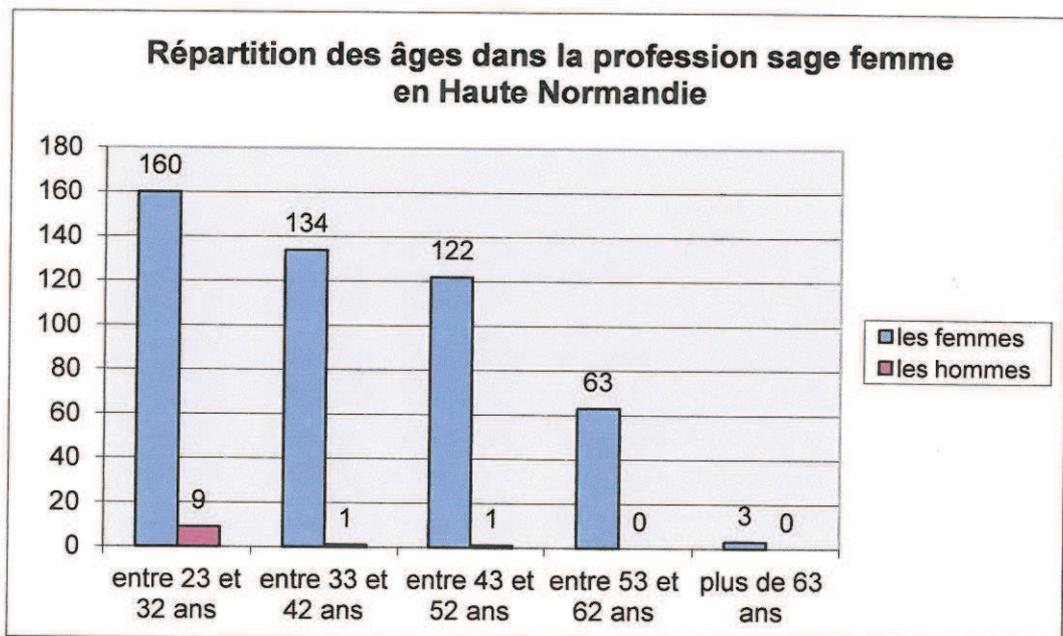
Zones déficitaires sages femmes (Adaptation du 11-09-2012)



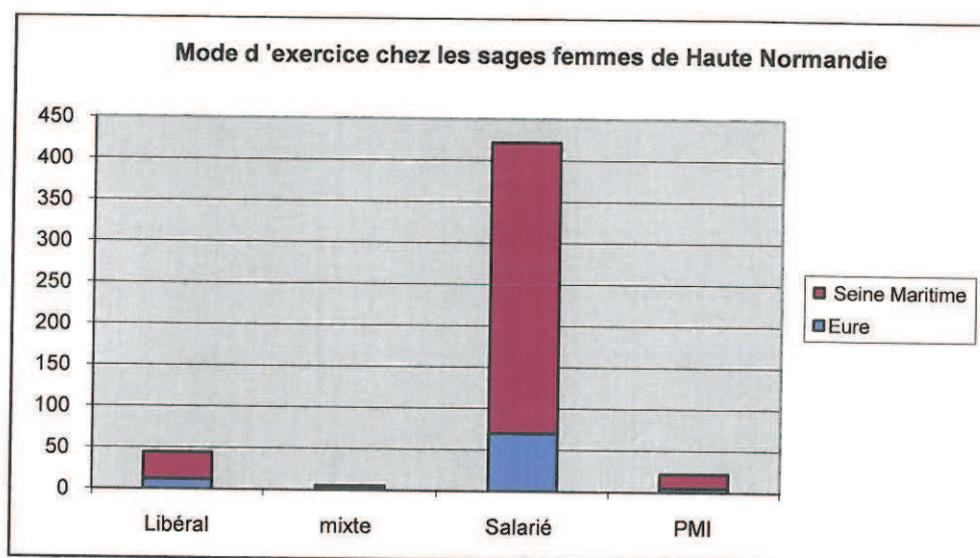
Sources : ARS Haute Normandie 18-09-2012

Annexe IV : Répartition des âges chez les sages-femmes en

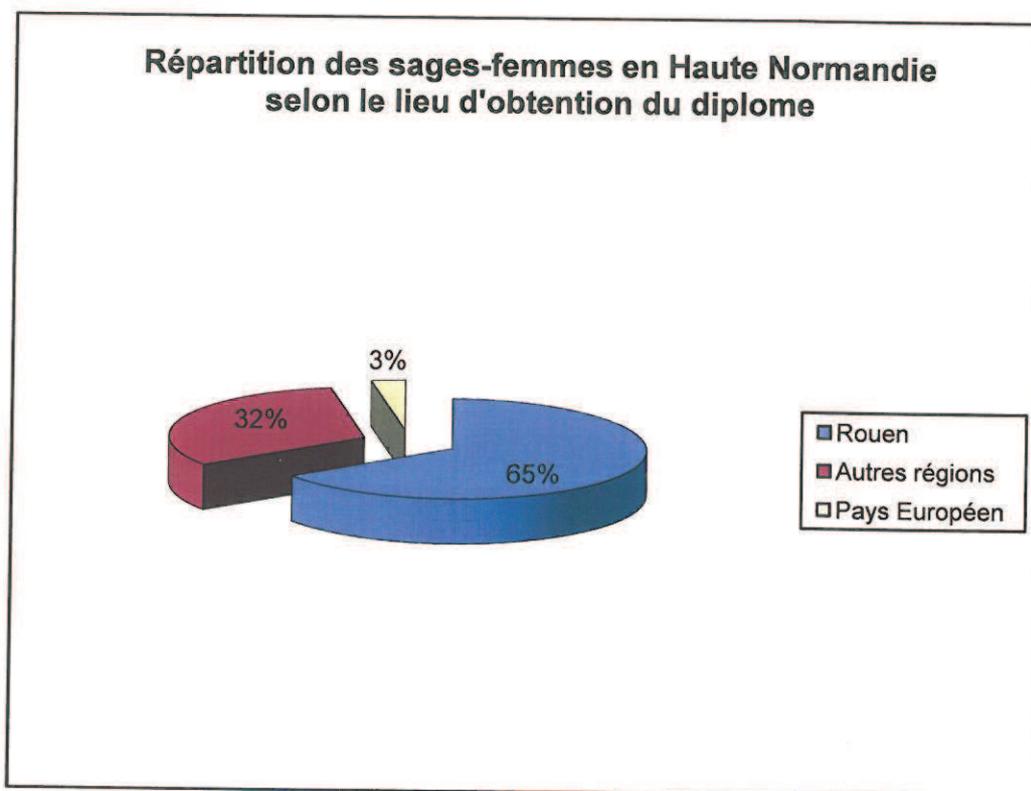
Haute Normandie



Annexe V : Forme d'exercice chez les sages-femmes Haut-
Normandes

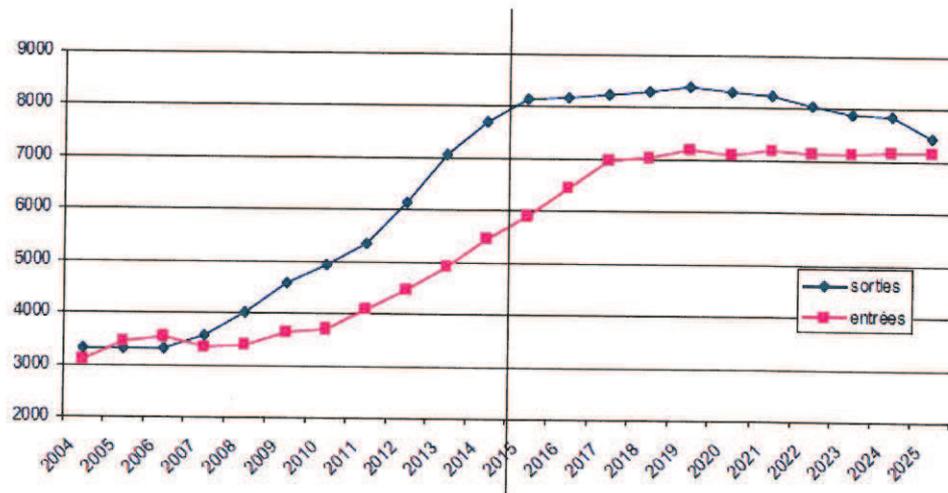


Annexe VI : Répartition des sages-femmes selon le lieu d'obtention du diplôme.



Annexe VII : Nombre de médecins par année en fonction des entrées et des sorties.

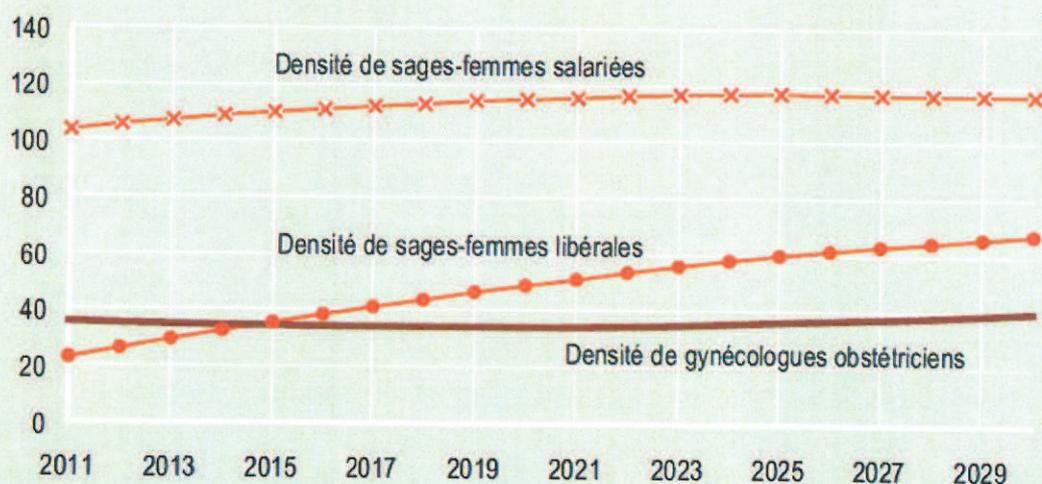
Entrées et sorties par année projetée



Source : ONDPS

Annexe VIII : Evolution du nombre de sages femmes libérales, salariées et du nombre de gynécologues obstétriciens.

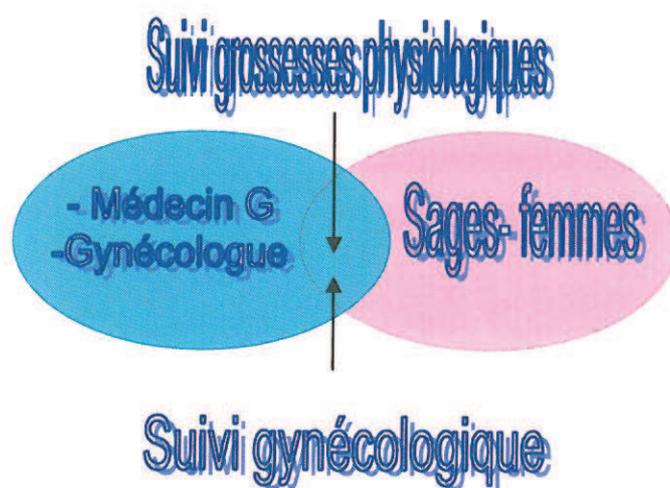
Évolution du nombre de sages-femmes libérales, salariées et du nombre de gynécologues obstétriciens



Champ • Sages-femmes âgées de 18 à 65 ans en activité en France, gynécologues obstétriciens, en activité en France, pour 100 000 femmes en âge de procréer.

Sources • Répertoire des professionnels de santé ; Projections de population, INSEE 2011 ; Projections de sages-femmes, DREES ; Projections du nombre de gynécologues obstétriciens, DREES 2008.

Annexe IX : Interférence dans le champ de compétence des médecins et
des sages femmes



Annexe X : Questionnaire et lettre de présentation

Lettre jointe au questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Camille Bréard, je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année à l'école de Rouen.

Dans le cadre de mon mémoire, je vais étudier s'il existe un avenir dans l'installation des sages-femmes en secteur libéral au sein de notre région.

Je souhaiterais connaître votre avis sur la question.

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire, (entre 7 et 10 minutes).

Ce questionnaire est totalement anonyme.

Si vous avez des questions ou des remarques je vous laisse mon adresse mail :
camilleb76130@hotmail.fr

Je vous remercie par avance de votre collaboration.

Camille Bréard

Questionnaire

I/Informations personnelles

1° Quel est votre année de naissance ?

2° En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de sage-femme ?

3° Quelle est votre région de diplôme ?

4° Votre parcours professionnel

Région d'exercice	Type d'établissement	Temps d'exercice

5° Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

- Niveau I
- Niveau II A
- Niveau IIB
- Niveau III

6° Votre région d'exercice est t-elle la même que votre région d'obtention du diplôme ?

- Oui
- Non

7° Votre temps de travail

- Temps plein
- Temps partiel

8° Si travail à temps partiel

- 80%
- 50%
- Autre

9° Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

Si oui combien ?.....

II/ Activités professionnelles

1° Comment jugez-vous vos conditions de travail ? (Situez vous à l'aide d'une croix)



2° Avez-vous vu une évolution dans ces conditions de travail depuis les 5 dernières années ?

- Oui
- Non

3° Si vous avez répondu oui sur quoi on eu lieu ces changements ?

- Relation avec l'équipe
- Planning de travail
- Relation avec la hiérarchie
- Relation avec la patiente
- Rémunération
- Matériel, (locaux)

4° Avez-vous déjà pensé à vous installer en secteur libéral

- Oui
- Non

5° Envisagez vous de réaliser ce projet ?

- Entre 0 et 3 ans
- Entre 3 et 5 ans
- Jamais

6° Connaissez-vous la nomenclature générale d'actes professionnels pour une sage femme libérale, (NGAP)

- Oui
- Non

7° Selon vous qu'est ce qui est du ressort de la sage femme libérale ? (Cocher les bonnes réponses)

- Poser un implant contraceptif
- Effectuer un frottis cervico-vaginal
- Suivre un nouveau né de 40 jours
- Réaliser toutes les échographies d'un suivi de grossesse
- Surveillance des grossesses pathologiques
- Prescrire pour la 1ere fois une contraception
- Prescrire un arrêt de travail de 1 mois
- Réaliser les examens obligatoires du nouveau né prévu par l'article R2132-1
- L'entretien du 4ème mois
- Effectuer la visite post natale après un accouchement physiologique

8° Quelles pourraient être vos motivations d'une installation en libéral ?

- Autonomie, (Absence de hiérarchie)
- Souplesse de l'emploi du temps, (Choix des horaires, vacances)
- Rémunération
- La relation avec les patients
- Autre (s)

9° Dans quelles conditions souhaiteriez-vous exercer ?

- Seul(e)
- Cabinet multidisciplinaire, (Maison de santé)
- Activité mixte, (Salarié/libéral)
- Cabinet de groupe avec d'autres sages-femmes

10° Dans quel cadre souhaiteriez vous vous installer ?

- Milieu rural
- Milieu urbain
- Milieu semi-urbain

11° Selon vous quelles sont les critères environnementaux nécessaires pour valider une installation en libéral ?

- Liens familiaux /amicaux
- Proximité d'un établissement de santé, (plateau technique)
- Proximité de centres culturels, des services scolaires
- Aides financières éventuelles

12° Quelles seraient les différents freins d'une installation en secteur libéral ?

D'un point de vue financier :

- Insécurité financière, (Irrégularité du salaire)
- Tarification à l'activité insuffisante
- Poids des assurances
- Méconnaissance de la gestion comptable

D'un point de vue du travail « solitaire »

- Amplitudes horaires
- Astreintes
- Isolement professionnel
- Accès plus difficile à la formation
- Manque d'encadrement

13° Pensez vous que le secteur libéral est un secteur d'avenir pour la sage femme ?

- Oui
- Non

Pourquoi ?

QUIZZ :

Quel est le cout d'une consultation de suivie de grossesse fait par une sage-femme actuellement ?

- 16 €
- 17 €
- 19 €
- 21 €
- 23 €

Quel sera le cout d'une consultation de suivi de grossesse fait par une sage-femme le à partir de septembre 2013 ?

- 16 €
- 17 €
- 19 €
- 21 €
- 23 €