

URPS Sages-femmes d'Ile de France

Démographie et activité des
sages-femmes en Ile de France

Rapport d'étude

5 rue Jules Vallès
75011 Paris
Tel : 01.53.01.84.40
Fax : 01.43.48.20.53

Julie MICHEAU
Sophie HAVETTE

Version du 22.04.2014

Sommaire

Introduction.....	3
1. Qui sollicite les sages-femmes libérales et pour quoi faire ?	5
• Un exercice en mutation.....	5
• un champ d'activité entre complémentarité et concurrence.....	6
• Les maternités : du modèle autarcique au modèle ville-hôpital	7
• La consultation de suivi de grossesse.....	9
• La préparation à l'accouchement : un monopole partagé.....	10
• Le suivi à domicile des grossesses pathologiques	11
• Le suivi post-partum et la révolution du Prado	13
• La rééducation périnéale	14
• Le suivi gynécologique	15
• L'échographie	15
• L'accompagnement global ou presque	16
• Conclusion.....	17
2. Combien de libérales pour quelle pratique ?	18
• Le développement très rapide de l'exercice libéral	18
• S'installer en libéral : motivations et hasards.....	20
3. Zones et territoires.....	37
4. Quel dispositif de régulation quantitatif ?	54
• Mesures et indicateurs de l'offre et de la demande	54
• Vers une qualification des territoires représentative de l'offre réelle sur un territoire et d'une norme de dotation	60
5. Conclusion.....	63

Introduction

L'avenant n°1 à la convention de 2007 liant les syndicats de sages-femmes à l'assurance maladie a introduit en 2012 un dispositif de régulation des installations des sages-femmes libérales. Chaque ARS a ainsi publié un arrêté un découpage de son territoire selon les frontières des zones d'emploi de l'Insee de 1999, classant chaque zone en fonction de la densité de sages-femmes libérales (nombre de sages-femmes libérales pour 10000 naissances) selon une catégorisation en 5 profils : zone sans sage-femme, très sous-dotée, sous-dotée, intermédiaire, sur-dotée et très sur-dotée. Dans les zones sur-dotées, il est possible de remplacer un départ mais pas de créer de nouveaux cabinets, dans les autres zones, la liberté d'installation est maintenue. Il y a un dispositif d'aide financière à l'installation dans les zones sous-dotée ou sans sage-femme et comptant plus de 350 naissances.

Ces principes conventionnels, s'ils paraissent logiques au regard des objectifs poursuivis de régulation de l'offre de soins, soulèvent néanmoins de nombreuses questions : La zone d'emploi est-elle la bonne zone pour définir l'offre de soins en sages-femmes libérales ? L'indicateur de densité est-il pertinent ? L'appréciation de la densité ne devrait-elle pas tenir compte des offres de soins complémentaires du territoire, qu'il s'agisse de l'offre de soins de ville en gynécologie ou médecine générale, ou de l'offre de soins en maternités mais aussi en PMI ?

Plus fondamentalement : comment savoir si une zone est vraiment sur-dotée ? est-il pertinent d'interdire toute installation en tous les points de la zone ? A l'inverse, en incitant à l'installation dans des zones sous-dotée, est-on sûr qu'une sage-femme libérale y trouvera suffisamment de travail pour vivre ?

Toutes ces questions/critiques pourraient remettre en cause la démarche de régulation telle que définie en l'état. Mais pour en proposer une alternative plus performante, il faudrait disposer d'une meilleure connaissance de la réalité du recours et des besoins en offre de soins libérale. C'est dans cette optique que l'Union Régionale des Professionnels de Santé Sages-femmes d'Ile de France a souhaité voir réaliser une étude d'état des lieux pour analyser la pertinence de ce zonage et vérifier que les territoires sur lesquels sont prévus des dispositifs incitatifs sont effectivement des territoires viables pour un exercice libéral, et plus généralement pour mieux décrire ce que sont les bonnes conditions de l'exercice libéral sur un territoire.

Pour étayer cette réflexion, deux types d'investigations ont été mises en œuvre. Un premier travail a consisté à analyser les données statistiques permettant de raisonner la densité de sages-femmes libérales mais aussi l'activité des sages-femmes et leurs revenus. Un second travail, qualitatif cette fois-ci, a consisté à interroger des sages-femmes libérales en exercice sur des territoires choisis pour représenter des niveaux de dotation variables. Les entretiens, réalisés par téléphone ont porté sur leur motivation à exercer en libéral, sur leur stratégie d'installation et sur la nature et l'intensité de leur activité actuelle. Pour comprendre leur contexte d'intervention, des cadres de maternité et des responsables ou sages-femmes de PMI ont également été interrogées, de même que des coordinatrices d'HAD. Cette approche à visée compréhensive permet de dresser un panorama des transformations à l'œuvre dans l'exercice libéral. Sans pouvoir, ni prétendre, fournir une évaluation quantitative de la demande et de l'offre de soins libérale, cela permet d'étayer un raisonnement possible pour un futur dispositif de régulation.

Le présent rapport restitue l'ensemble de ces travaux et met en perspectives constats quantitatifs et qualitatifs. La première partie concerne l'offre de soins des sages-femmes en libéral, quels sont les actes réalisés et qu'est-ce qui détermine le recours aux sages-femmes libérales pour ces actes. Elle fournit un panorama des transformations de la demande de soins. La seconde partie concerne les façons pour les sages-femmes d'exercer en libéral : combien sont-elles mais surtout que font-elles ? Sans prétendre à une typologie, cette partie propose de distinguer des figures d'exercice. Elle s'appuie sur des données d'activité et d'honoraire pour analyser les déterminants des niveaux de revenus.

La troisième partie concerne les territoires. Elle analyse le découpage tel que retenu par l'ARS et partant des entretiens réalisés à des échelles très locales, elle propose une analyse qualitative de la densité. Enfin, la dernière partie est un travail critique sur les indicateurs et cherche à proposer des pistes pour un dispositif de pilotage quantitatif des installations.

Ce travail avait une visée exploratoire, il a une dimension évidente de recherche sur une question peu étudiée parce que relativement nouvelle. Il méritera des approfondissements et des prolongements mais il permet de poser de premiers constats.

1. Qui sollicite les sages-femmes libérales et pour quoi faire ?

Dans cette première partie, nous nous proposons de réfléchir à ce qui fonde la demande de soins adressée aux sages-femmes libérales. Nous rappellerons la nature des actes réalisés par les sages-femmes libérales pour examiner pour chaque catégorie d'acte comment s'organise la demande de soins et comment elle parvient à la sage-femme libérale.

■ Un exercice en mutation

Les plus anciennement installées en libéral insistent : le métier n'est plus le même. Il est « mieux » car il s'est enrichi en contenu, il ouvre à des activités plus diversifiées, à des responsabilités plus affirmées : si l'on schématise, là où le métier consistait à préparer à l'accouchement ou à réparer certains de ses effets (la rééducation périnéale), il consiste aujourd'hui - ou peut consister - en une prise en charge globale de la grossesse physiologique jusqu'au post-partum et à la rééducation, mobilisant une expertise médicale importante de bout en bout dans une pratique de soins autonome, l'accouchement lui-même pouvant faire partie du suivi, et le post-partum pouvant se poursuivre par une prise en charge gynécologique au long cours.

Le propos n'est pas ici de décider de ce que le métier doit être, mais de ce qu'il est, tel que pratiqué aujourd'hui. Il est bien évident que toute réforme du statut pourrait transformer plus encore, et peut être autrement le métier. Nous en restons à ce qui est.

Ce qui est n'est pas figé, et ce qui traverse tous les entretiens réalisés c'est l'extrême rapidité des transformations qui ont cours : le changement apportant à la fois son lot d'opportunités et son lot d'incertitudes.

Les opportunités ce sont donc les possibilités de diversification des activités, mais aussi le développement quantitatif de l'emploi libéral. Corollaire de ce développement, l'incertitude porte essentiellement sur les limites à prévoir à cette croissance : y aura-t-il du travail pour tout le monde ?

Pour l'instant, les choses sont – au moins en Ile de France – assez majoritairement vécues par les sages-femmes libérales comme un processus vertueux : les sages-femmes font plus de choses, et ce faisant, elles font valoir leur savoir-faire et leurs compétences, et le déficit de reconnaissance qui les pénalise tendrait ainsi à s'estomper avec le temps. Comme le recours aux sages-femmes est plus fréquent il gagne en légitimité.

Ce processus vertueux procède de deux mouvements intrinsèquement liés. Du point de vue de la profession libérale, on peut ainsi distinguer un facteur exogène et un facteur endogène.

- Le facteur exogène c'est l'appel à la ville des maternités qui va croissant. L'intérêt bien compris des établissements de santé agis par des préoccupations de rentabilité les pousse à avoir de plus en plus recours à la ville pour assurer tout une partie du suivi ante- partum comme post-partum. Tenus à se centrer sur les actes les plus rentables, disposant de moins en moins de personnel en proportion du nombre d'accouchements réalisés, pilotant leur DMS, ils se dirigent à des vitesses variées vers un modèle requérant plus systématiquement les soins de ville et particulièrement ceux des sages-femmes.

- Le facteur endogène est lié au processus d'auto-promotion qu'induit le développement du nombre de sages-femmes dans un contexte d'élargissement (récent) de leurs compétences. C'est en effet le développement du nombre de sages-femmes libérales qui rend possible ce recours à la ville de la part des maternités. Là aussi cela varie selon les territoires, mais la présence en nombre de sages-femmes en ville est une condition du changement de modèle des établissements de santé. Simultanément, la montée en visibilité de sages-femmes assurant des soins de gynécologie induit lui aussi le recours.

Les transformations sont récentes et non achevées. Cela rend la définition mathématique de ce que serait l'optimum d'une offre de soins équilibrée tout à fait illusoire. Récent et non

achevé, le changement dans la répartition des soins internes ou externes dans les maternités. Récent et inachevé la définition de la bonne prise en charge du post-partum. On fait plus qu'avant depuis la mise en place du Prado, mais cela appelle de nouvelles régulations selon les filières et donc des modalités de recours à la ville mieux définies. Récent et non achevé, la prise en charge par les sages-femmes du suivi gynécologique des femmes, jusqu'à quel âge ?...

Raisonné un équilibre offre/demande dans ce contexte on ne peut plus mouvant est une gageure. Nous nous efforcerons donc de mettre surtout au jour le détail des processus jusqu'ici évoqués et de voir comment cela conduit à faire évoluer les pratiques, et surtout d'analyser les phénomènes tels qu'ils se déroulent localement.

■ un champ d'activité entre complémentarité et concurrence

Commençons par rappeler très schématiquement ce que peut faire une sage-femme libérale :

- Elle réalise, sans prescription, le suivi anténatal des grossesses non pathologiques :
 - o La consultation de déclaration de grossesse,
 - o Les 7 examens médicaux prénataux obligatoires
 - o Les 3 échographies trimestrielles (si elle a les compétences d'échographie)
 - o La préparation à la naissance et à la parentalité :
 - Entretien prénatal précoce
 - Séances individuelles ou collectives de préparation
 - o Le monitoring du dernier mois (2 maximum sans prescription)
- Elle contribue sur prescription au suivi des grossesses pathologiques : avec ou sans monitoring.
- Si elle est échographe, elle réalise les actes d'échographie obstétricale (avec ou sans prescription selon les actes).
- Elle réalise des accouchements simples par voie basse naturelle simples ou gémellaires ainsi que les actes de surveillance afférents.
- Elle assure la surveillance quotidienne du suivi de couche à domicile de la sortie de la maternité à J7, qui peut se prolonger par de la surveillance postnatale, à raison de deux séances entre le 8ème jour et la consultation dite post-natale.
- Elle fait la consultation postnatale dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement obligatoire si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique.
- Elle réalise sur prescription des séances de rééducation périnéale et abdominale.
- Elle réalise des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique. Dans le cadre de ces consultations, elle met en œuvre un certain nombre d'actes techniques (frottis, pose d'implant, stérilet...).

La sage-femme libérale n'a pas de compétences spécifiques ni de restriction d'activité ayant trait à son statut. En toute rigueur, elle pourrait tout autant réaliser auprès d'un médecin l'ensemble des actes techniques prévus dans son décret de compétences (article L 4151.2 et L 4151.3 du code de la santé publique) dans le cadre de la surveillance ou de l'anesthésie des accouchements non eutociques. Néanmoins, nous n'avons jamais rencontré ce cas de figure. Nous en resterons donc à une représentation du métier libéral « limité » à l'ensemble des actes que la sage-femme réalise de façon autonome hors la présence d'un médecin.

Les sages-femmes libérales partagent la charge de tout ou partie de ces actes avec leurs consœurs salariées, qu'elles travaillent en maternité ou en PMI, mais également avec les médecins puisque par principe il revient aux sages-femmes la possibilité mais non l'exclusivité de la prise en charge de la grossesse physiologique et du post-partum normal. L'exercice libéral se trouve ainsi placé dans un champ relativement contraint que nous définirons de deux manières :

- D'une part, **la SF libérale intervient en complémentarité de ce que prend en charge la maternité.**

- D'autre part, **la SF libérale intervient en concurrence avec les acteurs de la ville avec qui elle partage un champ d'intervention.**

On peut, très schématiquement visualiser ce double champ de contraintes à travers le tableau résumé suivant (tableau 1) qui indique quels sont les acteurs qui réalisent également les actes que peuvent réaliser les sages-femmes libérales. Nous avons volontairement exclu de ce tableau l'accouchement et l'échographie qui demeurent, en l'état des pratiques, des activités peu répandues pour les libérales.

TABLEAU 1 : ACTEURS REALISANT LES MEMES ACTES QUE LES SAGES-FEMMES LIBERALES

	acte SF sur prescription	SF DE PMI	MATERNITE		KINE VILLE	MEDECINS VILLE
			SF SALARIEES	MEDECINS		
Consultation de déclaration de grossesse		oui				oui
7 examens médicaux prénataux obligatoires		oui	oui	oui		oui
Entretien prénatal précoce		oui	oui	oui		oui
Séances individuelles ou collectives de préparation		oui	oui			
Monitoring du dernier mois	au-delà du 2ème	oui	oui			oui
Suivi des grossesses pathologiques : avec ou sans monitoring.	oui	oui	oui			oui
Surveillance quotidienne du suivi de couche à domicile						
Consultation postnatale (si grossesse et accouchement normal)		oui		oui		oui
Séances de rééducation périnéale	oui				oui	
Consultations de contraception/gynécologie		oui				oui

On comprend d'ores et déjà la difficulté à séparer la demande de soins adressée spécifiquement aux sages-femmes libérales mais nous allons examiner ces deux aspects de complémentarité et de concurrence.

■ Les maternités : du modèle autarcique au modèle ville-hôpital

Nous nous appuyons ici sur une série d'entretiens réalisés avec des cadres supérieurs de maternité ou des responsables de sages-femmes en clinique pour proposer une typologie des prises en charge de la grossesse en maternité. L'étude et plus généralement tout travail prospectif sur le secteur libéral des sages-femmes mériterait un recensement plus précis de ces modèles pour comprendre les transformations à l'œuvre dans la prise en charge de la grossesse et de la naissance.

Schématiquement nous proposons de distinguer principalement 4 idéaux-types :

- Le modèle autarcique
- Le modèle flou
- Le modèle ville/hôpital
- Le modèle privé faux autarcique

L'idéal type est une notion empruntée à la sociologie de Max Weber, qui propose une représentation typifiée d'un phénomène, dans lequel chaque type n'a pas forcément d'existence réelle puisqu'il s'agit d'une représentation conceptuelle, l'objectif étant de présenter un « tableau homogène de pensée » pour un phénomène donné. On pourrait parler ainsi de figures, elles ont un caractère simplifié en apparence mais permettent de comprendre les logiques à l'œuvre.

Le modèle autarcique est le modèle dans lequel la maternité prend en charge tôt et pour la totalité de ses patientes le suivi de la grossesse. Les consultations de suivi ont lieu à la maternité, l'établissement propose de la préparation à l'accouchement, les épisodes pathologiques donnent lieu à des hospitalisations longues. Le suivi post-partum ne se prolonge pas au-delà de la maternité.

Ce modèle s'explique par plusieurs facteurs : la force de l'habitude, le manque de recours possible en ville (pas de sages-femmes, pas de médecins) ou aussi, le défaut de confiance dans la ville, en particulier vis-à-vis des sages-femmes libérales (à qui l'on concèdera tout au plus une part des préparations). Il est pour tout ou partie de ces raisons considéré que la femme enceinte ne sera bien suivie qu'à l'hôpital.

Il est possible que ce modèle demeure dans de petits établissements, mais rarement dans les plus gros. Les grands établissements sont souvent dans une dynamique d'augmentation de leur nombre d'accouchements sans avoir les effectifs suffisants pour prendre en charge tout le monde. Il faut donc faire des arbitrages, et la logique financière au moins, mais aussi la contrainte des lits et les normes d'effectifs en salle de naissance, suffisent à renvoyer vers la ville les femmes qui vont bien mais aussi celles qui peuvent être suivies en HAD. Ce modèle serait donc un modèle du passé.

Le modèle ville/hôpital est celui des établissements qui pensent et organisent la répartition claire des prises en charge entre la ville et l'hôpital. Conformément à sa vocation en termes de recours, l'hôpital centre ses prises en charge sur les patientes dont le profil pathologique le requiert effectivement. La maternité reçoit en début de grossesse la patiente pour une consultation dite d'orientation : le profil pathologique ou non est déterminé et il est ainsi décidé que la patiente sera suivie en ville ou à l'hôpital. De même la durée des séjours d'hospitalisation en ante-partum est réduite au minimum en s'appuyant sur des ressources d'hospitalisation à domicile. On entend, « au-delà de 20 jours, le séjour n'est plus rentable ». Un chef de service aurait déclaré à ses équipes soignantes « si vous voulez sauver la maternité, il faut laisser sortir vos patientes ». Ainsi, le séjour post-partum est réduit, les sorties précoces sont organisées de telle sorte qu'une sage-femme libérale prenne la suite au domicile, et ce, avant même la mise en place du Prado. Ce modèle a pu être présenté comme un modèle de pratique avancée, il serait de plus en plus fréquent. Il traduit tout à la fois un changement de méthode et un changement de culture, il n'est possible que sur des territoires où il y a des ressources de ville suffisantes. La possibilité d'un suivi par une sage-femme libérale est plus souvent présentée aux patientes comme une possibilité, elles se voient remettre une liste de libérales pour le territoire à l'issue de la consultation d'orientation.

Le modèle flou est un modèle intermédiaire qui semble agi plus par des contraintes de ressources (de lits ou de sages-femmes salariées) mais sans que ces contraintes ne donnent lieu à un modèle véritablement organisé de suivi en continu. L'hôpital se centre sur l'accouchement et « récupère » les patients au 6ème, 7ème ou 8ème mois : selon ses capacités. Il n'a pas forcément de vrai service organisé pour prendre en charge la pathologie à domicile, il revient aux sages-femmes des services de trouver une solution. Les durées de séjour en suite de couche diminuent et c'est le Prado qui est venu assurer un suivi à domicile, et non l'initiative de l'hôpital à proprement parler. Cette organisation floue est critiquée par les libérales « ils pensent à nous quand ils sont surbookés » « ils ne nous envoient du monde que si ça déborde », une cadre reconnaît que le système est médiocre « on ne peut pas donner que ce qu'on ne peut pas faire ».

Ces trois premiers types concernent plutôt les maternités publiques.

Le dernier type concerne des établissements privés. Nous l'appelons modèle privé faux autarcique car c'est une figure de prise en charge dans laquelle la clinique ou la maternité privée s'adjoint les services de sages-femmes libérales pour réaliser dans les locaux de l'établissement des consultations, de la préparation, des actes de monitoring de fin de grossesse mais aussi de la rééducation. Il s'agit de proposer à la patiente une prise en charge intégrée en apparence. Les sages-femmes libérales qui ont leur cabinet dans l'établissement peuvent également être salariées de l'établissement. La motivation de l'établissement à internaliser est présentée comme un service offert à la patiente. Les sages-femmes libérales concernées nous expliquent aussi qu'en assurant des consultations à faible coût, sans dépassement, elles sont un levier pour attirer à la clinique des patientes à faible ressource.

Certains établissements parviennent ainsi à lutter en partie contre l'érosion de leur patientèle et leurs difficultés financières.

Le sens de l'histoire irait du modèle autarcique au modèle ville-hôpital. C'est une évolution qui concourt à mieux utiliser les compétences des sages-femmes qui sont davantage impliquées dans les consultations de suivi de grossesse, que ce soit en ville mais aussi au sein des établissements, c'est également un modèle qui soutient le développement et la viabilité de l'activité libérale par le recours aux consultations par les sages-femmes mais aussi en raison d'un plus grand recours aux actes de surveillance à domicile.

Il nous est dit que les choses sont « chefs de service dépendantes ». On peut cependant penser que des effets plus structurels et en particulier des contraintes financières et budgétaires sont tout aussi déterminantes pour justifier de ces changements de modèles. Compte tenu de ces modèles, nous allons analyser ce qu'il en est de la demande de soins effectivement adressées aux sages-femmes libérales pour chaque catégorie d'actes.

■ La consultation de suivi de grossesse

Les entretiens avec les cadres de maternité confirment que l'hôpital s'en remet de plus en plus à la ville pour suivre les grossesses physiologiques. La situation reste néanmoins très variable d'un établissement à l'autre, mais les données de l'enquête périnatalité comparées entre l'édition 2003 et 2010 rendent visibles ces évolutions quant aux consultations de suivi : si la part des établissements qui assurent des consultations prénatales est relativement stable (et croissante avec le niveau), en revanche, la part de ceux où ces consultations sont proposées à toutes les femmes pour toute la grossesse est en très net recul. Dans le même temps, on note que les sages-femmes salariées sont davantage impliquées dans la mise en œuvre de ces consultations pour la part qui demeure en interne.

TABEAU 2 : PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES PAR LES MATERNITES

	niv 1	niv IIA	niv IIB	niv III	Total
% établissement réalisant des consultations prénatales					
2003	85%	95%	96%	100%	90%
2010	88%	89%	95%	100%	91%
% des étab. où les consultations proposées à toutes les femmes pour toute la grossesse					
2003	77%	70%	75%	58%	73%
2010	58%	46%	43%	40%	50%
% des étab. Où des consultations sont réalisées par des sages-femmes de la maternité					
2003	62%	76%	81%	91%	71%
2010	75%	85%	90%	98%	82%

Source : Drees, *Enquête périnatales des établissements – France métropolitaine, 2003 et 2010*

Lecture : les pourcentages représentent la part des établissements (et non des patientes) concernées

L'activité de consultation augmente, la plupart des sages-femmes libérales interrogées le ressentent même si elles sont encore nombreuses à dire que cela représente une très faible part de leur activité. C'est néanmoins un signe très encourageant de ce que la profession gagne en reconnaissance et en légitimité, et cela permet surtout d'évoluer pour celles qui le souhaitent, et elles sont nombreuses, vers la prise en charge globale des patientes.

« La consultation c'est particulièrement intéressant et gratifiant. C'est exactement les responsabilités médicales qui sont les nôtres ». sage-femme libérale

Le phénomène n'est cependant qu'émergent, et si ces consultations montent en flèche dans les territoires où les recommandations sont nombreuses pour consulter une sage-femme, il reste des territoires où l'accès à ces consultations est faible, car les médecins et les gynécologues surtout en réalisent la plupart. Ce qui se dit, c'est que dès lors qu'ils sont peu nombreux, ils se recentrent sur les situations plus pathologiques et deviennent eux-mêmes

acteurs de la recommandation à consulter une sage-femme. De même pour les médecins traitants, quand ils sont débordés, ils seraient prompts à adresser. Ainsi, l'impression que la demande s'accroît est très variable selon les territoires et certaines s'étonnent même d'être dans un environnement aussi favorable, là où ailleurs, les consultations sont exceptionnelles.

« on est contente de l'endroit car les médecins adressent, les généralistes et les gynécos, les pharmaciens aussi, c'est sympa. J'en reviens pas. L'autre jour un médecin généraliste m'a appelée pour me demander mon avis, il m'a envoyé sa patiente. »

Ailleurs c'est tout l'inverse et des sages-femmes libérales ressentent que leur activité n'est pas soutenue et ne fait l'objet d'aucune recommandation de la part des acteurs de santé du territoire.

Il semble ensuite que la consultation appelle la consultation : le bouche à oreille, la prise en charge des grossesses suivantes. Lentement, le recours à la sage-femme se banalise et se normalise.

Il faut enfin souligner la possibilité bien réelle d'une « concurrence » des sages-femmes de PMI. La plupart ne se reconnaissent pas dans ce terme, pas plus que les libérales dans les zones où il y a beaucoup de travail. Reste que la PMI assure ces consultations pour nombre de patientes jusqu'au terme où la maternité locale les prend en charge. Elles soulignent toutes leur recentrage inéluctable vers une population défavorisée et en difficulté psycho-sociale. Le modèle d'une PMI universelle ne tient pas quand les moyens de la PMI sont très restreints voire en baisse et quand les difficultés sociales augmentent.

En tout état de cause, les sages-femmes libérales ne peuvent prendre en charge des patientes sans droits à sécurité sociale et elles orientent très facilement vers la PMI dans le cas de situations sociales lourdes. En l'état, le système paraît plus fonctionner selon le principe de la complémentarité, et certaines PMI observent qu'elles ont moins de demande quand le nombre de sages-femmes libérales augmentent (et en particulier quand elles passent d'une situation où il n'y en avait aucune à la présence d'une ou deux).

«le tri PMI/libéral se fait sur les droits. Comme on est submergées, pour désengorger, celles qui ont des droits on les envoie vers les libérales ou à l'hôpital. Nous les trois quarts de nos patientes sont sans droits » une SF de PMI / zone défavorisée

Néanmoins, il y a très localement, quand la concurrence entre libérale augmente au point de faire émerger des frictions ou des insatisfactions, des plaintes contre le rôle de la PMI jugée « captatrice » d'une part du travail, cette récrimination est somme toute exceptionnelle.

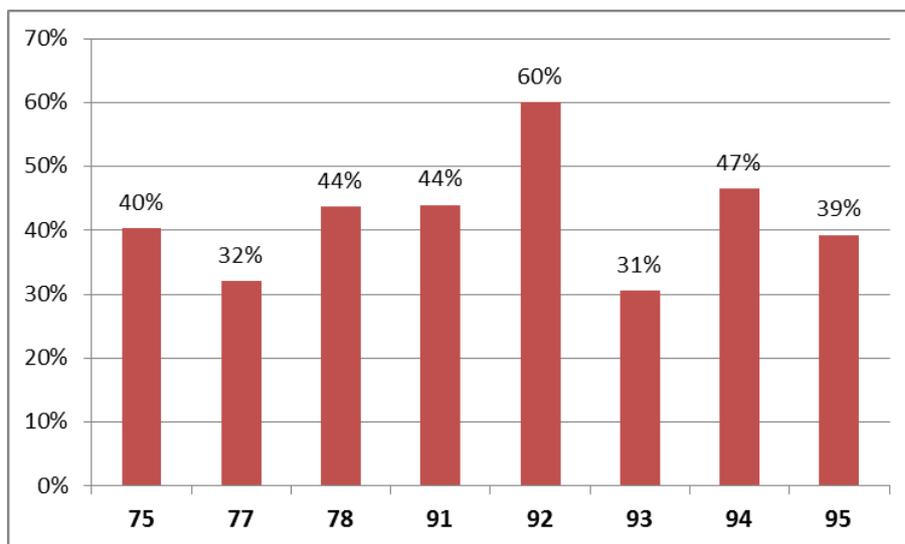
■ La préparation à l'accouchement : un monopole partagé

Les séances de préparation sont l'apanage des sages-femmes mais salariées et libérales se partagent ces actes. Dans l'enquête de la Drees auprès des maternités, une très large majorité d'établissements déclarent organiser la préparation (89% des établissements en 2010), et être en capacité d'en faire bénéficier la totalité des femmes qui le demandent (74% des établissements).

Pourtant, les entretiens réalisés avec les cadres de maternités dressent un constat bien différent. Si les maternités déclarent en organiser : en réalité, il s'agit dans un certain nombre de cas de séances d'informations collectives (avec jusqu'à 12 à 15 participantes), il est difficile de les comparer aux séances en groupes très restreint (2 ou 3, parfois 4 à 6) mises en œuvres par les sages-femmes libérales.

Dans les faits, les maternités n'ont pas de suivi statistique pour savoir qui en bénéficie ou pas. Elles pourraient le savoir via le traitement par établissement des certificats de santé au 8^{em} jour, mais il n'est pas organisé de remontée par établissement (d'après ceux que nous avons interrogés). Les données publiées par la Drees par département font cependant état de taux relativement moyens (Graphique 1) : c'est dans les Hauts de Seine que ce taux est le plus haut (60%), ailleurs il est partout inférieur à 50% et n'est que de moins d'une femme sur trois en Seine et Marne et Seine Saint Denis.

GRAPHIQUE 1 : TAUX DE NAISSANCES AYANT BÉNÉFICIE D'UNE PRÉPARATION A L'ACCOUCHEMENT



Sources : DREES, remontées des services de PMI – Certificat de santé au 8ème jour – Validité 2010.

Il n'est pas possible de quantifier les raisons de ces faibles scores : se cumulent nécessairement un effet d'offre et un effet de recours. Dans certaines maternités situées en zones défavorisées, il nous a été dit que le recours était faible parmi certaines populations étrangères, sans papier...Il est également plus faible pour les multipares.

Aucune des sages-femmes libérales rencontrées ne nous a dit refuser des cours de préparation. Il est donc en l'état très difficile de considérer que le « marché » est saturé compte tenu du faible taux de participation, mais il est tout aussi difficile de savoir de quelles marges réelles disposent les sages-femmes en particulier si le système de recommandation était plus insistant. En outre, comme les maternités, les PMI organisent le plus souvent une ou deux séances hebdomadaires de préparation qui sont en larges groupes (8 à 12).

Les cours de préparation sont recommandés, mais ni prescrits, ni obligatoires. L'ensemble des actes réalisés sont très en deçà d'un maximum prévu : le taux d'accès est faible et le nombre de séances sans doute très en deçà en moyenne des 7 possibles. L'offre de soins est composée de séances non tarifées organisées en grands effectifs par les établissements, et parfois par les PMI, et d'une offre libérale dispensée soit au sein des maternités dans le cadre de conventionnement avec des sages-femmes libérales, soit par des sages-femmes libérales indépendantes en leur cabinet.

Si les sages-femmes assurent le suivi de grossesse, il leur est aisé d'inciter les patientes à assister aux cours, mais dans le cas contraire, elles dépendent beaucoup du recours spontané des patientes. Elles ont des leviers d'incitation dans les zones les plus favorisées en proposant des approches spécifiques : yoga, sophrologie, piscine, ...Elle ont peu de levier et peu de place dans des zones isolées où la maternité locale réalise effectivement un grand nombre de séances de préparations ou dans le cas de maternités privées où les sages-femmes conventionnées « captent » la patientèle.

■ Le suivi à domicile des grossesses pathologiques

Le recours à la sage-femme libérale pour le suivi des grossesses pathologiques à domicile augmente avec la diminution des durées de séjour hospitalier, mais aussi parce qu'il y a des ressources en ville pour assurer le suivi. On peut distinguer deux modes de sollicitation de la sage-femme libérale pour ces actes : le recours à un service d'HAD ou la sollicitation directe par le service de soins.

Le service d'HAD est en Ile de France soit un des trois services multi-établissements d'HAD : celui de l'APHP, Santé Services ou la Croix Saint Simon¹, soit un service d'HAD propre à l'établissement avec une intervention en obstétrique (1 établissement privé et 5 centres

¹ A eux trois, ces trois services réalisent 90% des autorisations et 90% des journées d'HAD en Ile de France, toutes spécialités confondues.

hospitaliers en Ile de France). Le service de la Croix Saint Simon intervient peu sur l'ante-partum. Celui de l'APHP a pour particularité d'employer des sages-femmes salariées (14 actuellement).

Le recours à l'HAD est en théorie soumis à des règles précises (circulaire DHOS de 2004 et recommandations HAS de 2011). S'il est décidé d'une prise en charge d'HAD : le coordonnateur du service reçoit la demande et a 72heures pour mettre en œuvre la prise en charge à domicile. Il arrive qu'ils refusent s'ils n'ont pas de sages-femmes libérale pour assurer le suivi.

La sage-femme libérale qui le souhaite doit passer une convention avec le service d'HAD. Les coordonnateurs interrogés ont indiqué ne mettre aucune condition au conventionnement d'une sage-femme (hormis bien sûr la régularité de la situation de la sage-femme). Le concours à l'HAD pour les 3 services inter-établissements est donc ouvert. En revanche, ce qui est déterminant, c'est le fait d'être appelée ou non. En ce domaine pour l'ante-partum comme pour le post nous avons entendu nombre de récriminations : le système d'attribution des journées paraît opaque et, à tout le moins, est perçu comme trop irrégulier.

Quand la sollicitation est rare, les sages-femmes ont l'impression qu'elles ne sont contactées que quand cela rend service, mais qu'en aucun cas elles ne sont un partenaire permanent de soins. Si elles ont beaucoup de travail par ailleurs, elles peuvent finir par refuser des prises en charge de l'HAD, préférant des demandes de travail plus fiables et plus régulières. A l'inverse, certaines se disent très disponibles et très souvent appelées, ce que confirment les coordonnateurs qui recherchent avant tout une solution et n'ont pas beaucoup de considération pour les questions de répartition des journées. C'est l'efficacité qui prime et qui conduit à sur-sélectionner celles qui se sont révélées disponibles.

« Certaines ont du travail en permanence. On a tendance à appeler celle en qui on a confiance. On appelle toujours les mêmes, on les fidélise » coordinatrice HAD

Pour des prises en charge moins lourde, ou quand il n'y a pas d'HAD, ou quand la patiente réside sur un secteur où l'HAD n'est pas autorisée, ce sont les sages-femmes du service qui recherchent une solution. Elles ont de la même manière un réseau informel mais actif de ressources « utiles » qu'elles sollicitent régulièrement. La relation entre la sage-femme libérale et la maternité est née parfois de ce que la sage-femme de ville est une ancienne du service ou de l'établissement. Il peut d'ailleurs arriver qu'elle se soit installée en libéral justement parce qu'en interne elle constatait le manque de professionnelles en proximité. Quand il n'y a pas de lien de coopération privilégié de ce type, le recours va obéir aux mêmes principes de sélection que pour l'HAD : la sage-femme de maternité doit d'abord trouver une solution. Il y a donc une « prime » à celle qui répond au téléphone, et qui a l'habitude de dire oui.

D'après ce que l'on a entendu en entretiens, il semble que ces relations privilégiées puissent être mises à mal : une jeune consœur qui se met en libéral et qui est plus en proximité de fait avec les équipes en place, une ou deux sages-femmes en interne qui ont des amies qu'elles souhaitent faire travailler, la création de cabinets de sages-femmes au sein de la maternité qui font de ces sages-femmes presque internes des partenaires privilégiées. Le système ne donne aucune garantie à la stabilité et à la justice de la répartition de la charge.

Pour ces raisons mêmes, certains cadres ne souhaitent pas favoriser le temps partagé entre le libéral et le salarié. Il semble que le conseil de l'Ordre ait été alerté sur certaines pratiques qui pourraient être qualifiées de « détournement de patientèle ».

Pour la sage-femme libérale selon qu'il y a HAD ou pas : son éventuelle « stratégie » de placement pour être sollicitée est différente. Il faut construire une relation locale sur un ou deux établissements déterminants pour intervenir hors HAD et il faut surtout répondre positivement aux premières sollicitations dans le cas d'une HAD. Il existe une autre différence notable : malgré des conditions financières moins favorables dans le cadre de l'HAD (les kilomètres ne sont plus payés par l'APHP et la Croix Saint Simon), le paiement est différé, l'intervention dans ce cadre donne des garanties de sécurité bien plus importantes. Un simple appel en cas de problème et l'HAD prend le relais pour organiser les urgences.

Généralement, les fréquences de visite requises (particulièrement en HAD) sont assez élevées : elles sont un critère de refus important pour nombre de sages-femmes libérales qui ne travaillent pas tous les jours, ou qui sont à temps partiel salarié. La charge est parfois partagée : avec l'hôpital, avec les salariées de l'HAD ou avec la PMI. Ce dernier acteur a des positions

très variables selon les départements : si certains en réfèrent aux textes pour faire valoir un rôle strict de prévention qui induit de ne prendre en charge aucun des actes de suivi dans le cadre des grossesses pathologiques. D'autres font des surveillances de MAP qui ne requièrent pas de monitoring, pour des femmes sans droits. D'autres encore ont du matériel de monitoring et sont assez impliquées dans les suivis à domicile (mais aussi parce qu'il n'y avait jusqu'à peu, aucune autre sage-femme en ville hors la PMI). Dans tous les cas, les capacités de visites à domicile des PMI sont limitées et la prise de rendez-vous urgente peu praticable. Donc la PMI reste un acteur minoritaire dans le suivi des pathologies au domicile, minoritaire mais sans doute clé sur certains territoires.

■ Le suivi post-partum et la révolution du Prado

De façon plus générale, il n'existe pas de données détaillées sur les modalités de sortie et de suivi post-partum mises en œuvre par les maternités. Comme pour les consultations ou la préparation, il existe pourtant des modèles selon les durées de séjour privilégiées par profil (accouchement normal, césarienne, sortie précoce...) et selon ce qui est mis en œuvre au domicile pour les patientes.

Mis en place très récemment, expérimenté en 2010 et généralisé en 2011, le Programme de retour à domicile maternité (que nous appellerons Prado dans la suite) s'est progressivement étendu sans toutefois concerner tous les établissements. Nous ne disposons pas de statistiques pour l'Île de France. Dans son principe, il n'apporte rien de nouveau car il était tout à fait possible avant le Prado d'avoir recours à une sage-femme libérale au retour à domicile, mais la pratique en était peu répandue. Le Prado a permis une révolution quantitative.

L'accompagnement à domicile est proposé à certaines femmes sur critères d'éligibilité :

- femme de plus de 18 ans,
- enfant unique,
- voie basse,
- nouveau-né à terme dont le poids est en rapport avec l'âge et qui ne présente pas de problème d'alimentation
- hors sorties précoces

S'agissant d'un programme organisé par l'assurance maladie, il ne concerne également que des femmes qui ont des droits ouverts.

Les professionnels déterminent la date de sortie sur les critères d'éligibilité. Un conseiller de l'Assurance maladie qui « passe » dans la maternité tous les jours ou presque (selon la taille) informe les femmes avant la sortie sur les conditions de recours à une sage-femme libérale et leur propose une liste de sages-femmes participant au PRADO, si la femme n'en connaît pas.

Si la patiente est déjà « la patiente » d'une sage-femme, c'est bien cette libérale qui est contactée par la conseillère. Les témoignages des sages-femmes libérales rencontrées confirment que ce principe est respecté. En outre, dans certains cas, la patiente a d'ores et déjà contacté sa sage-femme et la prise de rendez-vous pour le retour à domicile se fait hors Prado c'est-à-dire sans la médiation de la conseillère CPAM.

Si la patiente ne connaît personne en particulier, la conseillère se fonde sur la liste des libérales du territoire et sollicite les plus en proximité. Nous aurions souhaité pouvoir interroger des conseillères sur ce travail de recherche, mais l'assurance maladie n'a pas souhaité participer à nos travaux. Ce qui nous est dit par les sages-femmes libérales c'est qu'elles appliquent les mêmes critères d'acceptation pour le Prado que pour toutes les visites à domicile : selon leur mode de pratique et leur organisation, certaines répondent favorablement à toutes les sollicitations ou presque, d'autres ont des réserves selon le jour où doit commencer le suivi, d'autres ne font des suites de couches que pour leurs patientes.

Parmi les réserves les plus souvent évoquées : le week-end et surtout les dimanches. En théorie, le Prado impose de passer pour la première visite le lendemain de la sortie. Semble jouer dans ces cas-là la souplesse permise par la conseillère CPAM. Dans deux zones bien distinctes, des

sages-femmes libérales nous ont dit qu'il était possible de négocier un passage le surlendemain.

Le Prado fonctionne bien entend-on, et les libérales se réjouissent de ses effets sur leur activité. Une en particulier qui avait vu son chiffre d'affaires baisser de 25% suite à l'installation concomitante de deux consœurs, a pu grâce au Prado retrouver en un an son niveau d'honoraires antérieur.

Il est cependant souvent déploré que certaines femmes réputées avoir accepté le Prado avec la conseillère CPAM, finalement ne prennent pas rendez-vous ou refusent la visite. Il ne semble finalement pas y avoir de données sur l'effectivité de l'accompagnement à domicile. Les établissements ont de la part de la CPAM des statistiques sur l'acceptation mais elle est théorique, il faudrait des données sur les visites. En particulier, certaines sages-femmes disent ne pas toujours faire les deux visites, elles apprécient l'opportunité de la deuxième mais aussi la demande de la patiente.

Enfin, le Prado ne concerne pas tout le monde, loin s'en faut. Il reste donc à l'initiative de l'établissement d'organiser comme bon lui semble l'accompagnement des autres patientes. Comme pour l'ante-partum pathologique, il y a deux organisations possibles : le recours à l'HAD ou la prise de RDV directe avec des SF libérales.

Il semble que le Prado ait conduit dans certaines maternités où l'HAD était très utilisée, à faire baisser les journées d'HAD révélant un recours sans doute inadéquat à l'HAD. Cependant, certaines sages-femmes libérales observent qu'elles ont parfois des Prado pour des sorties précoces et que l'accompagnement est alors insuffisamment sécurisé (informations sur la patiente, tests effectués ou non...). Là aussi, il serait utile de mieux comprendre les critères d'HAD retenus localement.

Mais ce qui nous intéresse ici c'est l'incidence qu'à la prise en charge (Prado, HAD ou rendez-vous direct par les sages-femmes du service) sur la sollicitation des libérales. En post comme en ante : l'HAD fonctionne avec des critères d'efficacité de la prise de RDV et il leur est parfois reproché de ne pas respecter le recours à la sage-femme personnelle des patientes. Là où le Prado le fait, et l'hôpital aussi sauf dans des cas (rares) de détournement de patientèle au profit d'un réseau de sages-femmes auquel l'équipe soignante est liée.

Au total, le système ne paraît pas vraiment organisé car les circuits de recours à la ville ne permettent pas de gérer des priorités : être sûr que les patientes qui le requièrent le plus bénéficient de l'accompagnement. D'ailleurs, certaines maternités semblent avoir refusé le Prado pour cette raison : elles souhaitent garder la main sur l'organisation des suites de couche dans un système unique et maîtrisé. En retour, elles doivent assurer la charge d'organisation des suites qui ailleurs est déléguée à la CPAM ou à l'HAD.

Enfin, nombre d'acteurs s'attendent à ce que le système évolue encore : le Prado pourrait concerner des sorties précoces, l'HAD verrait ses critères redéfinis...le système d'orientation vers les sages-femmes devrait évoluer encore. Dans tous les cas, le volume des sollicitations devrait augmenter pour les libérales.

A noter que si la PMI est un acteur important du post-partum à domicile (et les puéricultrices auraient pour certaines vu d'un mauvais œil le Prado), c'est sur des modalités autres : les sages-femmes de PMI disent ne pas pouvoir répondre aux demandes rapides de suivi à domicile telles que le Prado ou les suites de couche en HAD. Elles restent sur un rôle psycho-social pour nombre de patientes mais leur passage est plus tardif. Il n'y a pas de concurrence en ce domaine.

■ La rééducation périnéale

Les sages-femmes libérales ont souvent une grosse part de leur activité qui consiste à de la rééducation, même si là-encore, on ne sait pas dire à combien de femmes elle est prescrite et combien en font effectivement.

Les maternités n'en font pas (ou manifestement très rarement). Certaines cliniques font appel à des libérales pour que les séances soient réalisées dans les locaux de la clinique. Mais cela

reste une activité qui revient aux libérales. Les PMI n'en réalisent pas. Seuls les kinésithérapeutes en font.

La patiente est autonome, et surtout laissée à elle-même, pour trouver une prise en charge. Le recours n'est pas systématique, et comme pour la préparation il est régulièrement souligné qu'une part des femmes les moins favorisées ne réalise pas ces séances. En tout état de cause, si elles n'ont pas de droits, la seule prise en charge étant libérale, il y a peu de chances qu'elles aient accès à ces soins.

Il est au total difficile d'estimer un niveau de demande, mais elle semble élevée en bien des endroits : la rééducation est même citée comme ce que l'on refuse en premier si on est débordée. C'est aussi le délai auquel les RDV sont pris qui indique si la demande globale est trop importante ou pas. Les sages-femmes se forment en tous cas à la rééducation pour s'installer en libéral, elles savent que c'est une partie normale et significative de la pratique en général et que c'est aussi par ça souvent, que l'on va lancer le cabinet. Trop de rééducation est souvent jugée comme une activité un peu pénible, routinière pour partie, et un peu fatigante, moins intéressante que les consultations ou les préparations qui sont des moments d'échange plus importants.

Dans l'idéal, la rééducation fait partie du suivi global. C'est ce qui explique que même les sages-femmes qui ne souhaitent plus faire de rééducation, la font pour « leurs patientes ».

La concurrence des kinésithérapeutes n'est jamais citée comme problématique. Les sages-femmes font valoir leur recours plus fréquent sinon systématique à des techniques manuelles par opposition aux sondes. Mais les kinésithérapeutes sont aussi un certain nombre à faire des rééducations manuelles.

■ Le suivi gynécologique

Compétence récente des sages-femmes, la gynécologie prend une part grandissante dans leurs pratiques. Mais de l'avis de toutes, cet exercice suppose une formation spécifique. On observe ainsi une pratique directement guidée par les compétences constituées :

- Certaines sages-femmes libérales ont des demandes, elles observent que ces demandes sont de plus en plus fréquentes, mais n'ayant pas fait la formation, elles ne font pas la prise en charge et orientent.
- Certaines ont eu des formations courtes : elles font une partie de la gynéco, et ont des préventions à faire certains actes comme la pose de stérilet.
- D'autres ont passé un DU ou un nombre de formation suffisant pour s'estimer aptes à prendre en charge tous les actes prévus dans le décret de compétence.

Comme pour la consultation de suivi de grossesse, elles font valoir des temps longs de consultation, par opposition à ce que pratiquent les médecins gynécologues. L'autre différence tient bien sûr au tarif : 23 € là où les spécialistes sont très nombreux à pratiquer des dépassements.

La consultation de gynécologie est une façon de rester en contact avec les patientes, le cas échéant jusqu'à une prochaine grossesse. Peu ont ce recul compte tenu du caractère très récent de cet exercice, mais certaines en font état.

Dans certaines zones sans gynécologues, la demande peut augmenter très rapidement.

■ L'échographie

Les échographies se font en maternité ou en ville. Les données du certificat de naissance au 8ème jour indiquent qu'une large majorité d'enfants ont bénéficié d'au moins 3 échographies (Tableau 3). Il n'est d'ailleurs pas fait état par les acteurs de terrain de difficultés trop importantes pour la réalisation de cette surveillance, même si la demande est très importante à certains endroits. Le problème est parfois de devoir prendre des RDV de façon très anticipée. La PMI peut intervenir pour obtenir des RDV accélérés quand cela paraît important.

TABLEAU 3 : REPARTITION DU NOMBRE D'ENFANTS SELON LE NOMBRE D'ECHOGRAPHIES

département	Aucune	1 à 2	3	4 ou +
75	0,2	2,7	66,1	31,0
77	0,1	2,2	76,7	21,0
78	0,2	1,7	69,3	28,8
91	0,2	2,5	77,3	20,0
92	0,0	4,9	71,0	24,1
93	0,4	4,7	63,1	31,8
94	0,2	2,5	68,0	29,3
95	0,5	3,3	74,5	21,7

Sources : DREES, remontées des services de PMI – Certificat de santé au 8ème jour – Validité 2010.

Rares sont les sages-femmes libérales qui font de l'échographie : le coût à l'entrée de cette pratique est important, car il faut investir dans la formation et dans le matériel. Nous n'avons pas rencontré d'échographes et ne pouvons pas mieux qualifier ici cette pratique et ses enjeux.

■ L'accompagnement global ou presque

L'accompagnement global consiste pour une sage-femme à assurer l'ensemble de la surveillance de la grossesse, la préparation à l'accouchement et à la naissance, l'accouchement à proprement parler, le suivi de couches et les soins post-nataux de la mère et de l'enfant. Il ne concerne bien sûr que les grossesses physiologiques.

Nombre de sages-femmes libérales ont le sentiment petit à petit de se construire une patientèle un peu plus stable et engagée dans une relation plus riche et plus intéressante : elles parlent de suivi global, dans une acception du terme qui reste cependant restreinte puisqu'elle n'inclut pas l'accouchement. Reste que la patiente est connue et suivie, et au-delà des temps de grossesse, avec les suivis de gynécologie. C'est cette transformation du métier qui est appréciée, qui permet d'abandonner des actes jugés moins intéressants comme la rééducation au service de patientes que l'on ne connaît pas.

Concernant l'accompagnement global complet, incluant l'accouchement, il s'agit d'une pratique qui est en théorie possible, mais dans les faits, elle est difficile à mettre en œuvre. Si se développe une prise en charge globale hors accouchement, où la sage-femme est la professionnelle de santé référente pour tout le pré et le post-partum, avec le maintien des accouchements réalisés par des établissements de santé et leurs professionnels (sages-femmes salariés, médecins accoucheurs libéraux), la réalisation des accouchements par les sages-femmes libérales est rare.

Celles qui ont cette pratique proposent des accouchements à domicile (AAD) ou en plateau technique (PT). Est-ce que la pratique est marginale parce qu'elle est complexe ou est-ce qu'elle est complexe parce qu'elle est marginale, difficile à dire. Reste que les difficultés sont bien réelles : risque en termes de responsabilité professionnelle et coût des assurances, engagement à une disponibilité totale car l'accouchement de la patiente peut intervenir à tout moment.

L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales met en ligne une liste des sages-femmes se déclarant comme faisant de l'accompagnement global. Cela fait état pour l'Ile de France de 9 sages-femmes libérales (tableau 4). La pratique semble effectivement marginale même si nous verrons qu'elles sont un peu plus nombreuses à faire des accouchements (partie 2).

Elles sont plus nombreuses à évoquer les futures maisons de naissance. Perspective souhaitée de faire de l'accompagnement global en accédant à un plateau technique conçu pour cela.

TABLEAU 4 : NOMBRE DE SAGES-FEMMES PRATIQUANT L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL EN ILE DE FRANCE

département	Accouchement à domicile	Plateau Technique	AAD+PT	TOTAL
	AAD	PT		
75			3	3
77	1			1
78		1		1
91				0
92		1		1
93	1	1		2
94				0
95	1			1
TOTAL	3	3	3	9

Source : liste mise en ligne par ANSFL – document en date du 20/04/14

■ Conclusion

Nous n'avons pas examiné tous les actes réalisés par les sages-femmes dans leur détail. Mais partant des grandes catégories, nous avons pu décrire la dynamique qui transforme très rapidement l'exercice du métier libéral.

Localement, on comprend que l'exercice reste encore très conditionné par :

- Le modèle de soins des maternités, selon qu'elles renvoient vers la ville ou non
- L'intérêt qu'ont les médecins de ville ont ou non à laisser une sage-femme exercer son métier
- La notoriété de la sage-femme et la connaissance qu'ont les patientes de son rôle. En ce domaine, la promotion (sans publicité) reste à faire.

Il ne nous semble pas que la PMI soit en concurrence, compte tenu de la nature des patientes prises en charge en priorité par ces dernières. On observe plutôt une adaptation des PMI à la montée en charge de la prise en charge libérale.

2. Combien de libérales pour quelle pratique ?

D'un point de vue qualitatif, on perçoit que tout ou presque concourt à un fort développement de la demande et que le recours aux sages-femmes libérales ira encore croissant un temps car les transformations des maternités ne sont pas achevées et par ce que le recours aux sages-femmes en étant plus fréquent, sera mieux connu. Les sages-femmes l'ont perçu et elles « sautent » le pas pour s'installer à leur compte. Certaines plus jeunes, voient dans le libéral une solution à la fermeture du marché du travail salarié.

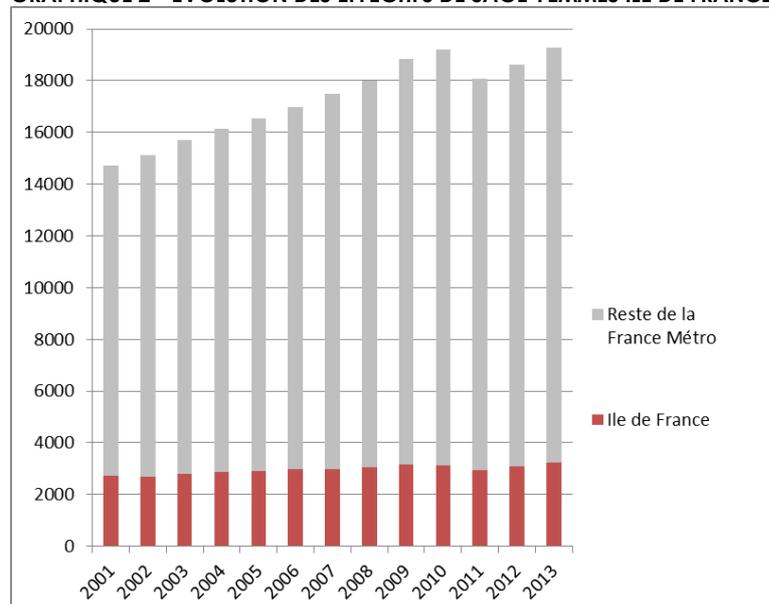
Nous allons voir dans cette partie comment évoluent les effectifs, mais surtout quelle est la diversité des profils et des niveaux d'activité.

■ Le développement très rapide de l'exercice libéral

Le 1^{er} janvier 2013, le répertoire des professions de santé recensait en Ile de France 3215 sages-femmes (dont 1,7% sont des hommes). Ainsi, une sage-femme sur six en France exerce en Ile de France. En Ile de France, 20,3% ont un exercice libéral ou mixte, ce qui est en proportion un peu moindre qu'au niveau national (21,8%).

Le changement de fichier de référence pour le suivi des professions de santé rend fragile l'analyse de l'évolution des effectifs sur une période antérieure à 2011 (passage du fichier Adeli au RPPS). Toutefois, il semble que **la croissance des effectifs ait été beaucoup moins rapide en Ile de France que sur la France entière** : les effectifs ont crû de 31 points entre 2001 et 2013 au niveau national et de 18 points en Ile de France.

GRAPHIQUE 2 - EVOLUTION DES EFFECTIFS DE SAGE-FEMMES ILE DE FRANCE ET FRANCE ENTIERE

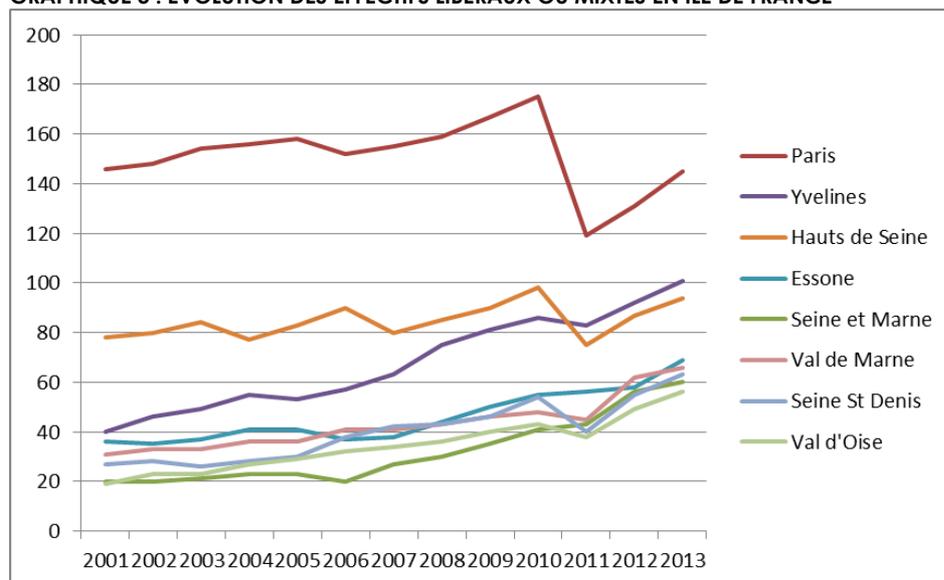


Source : Drees, statistiques annuelles sur les professions de santé au 1^{er} janvier, Documents de travail, série statistique

Les données publiées annuellement par la Drees permettent de constituer sur les 10 dernières années un historique des effectifs libéraux ou mixtes (cette statistique ne permet pas de distinguer les libérales pures) (Graphique 3).

La croissance des effectifs a été plus rapide pour les libérales ou mixtes que pour les salariés, et la part des libérales dans l'effectif total est passé de 2001 à 2013 de 14% à 22% au niveau national et de 15% à 20% en Ile de France.

GRAPHIQUE 3 : EVOLUTION DES EFFECTIFS LIBERAUX OU MIXTES EN ILE DE FRANCE

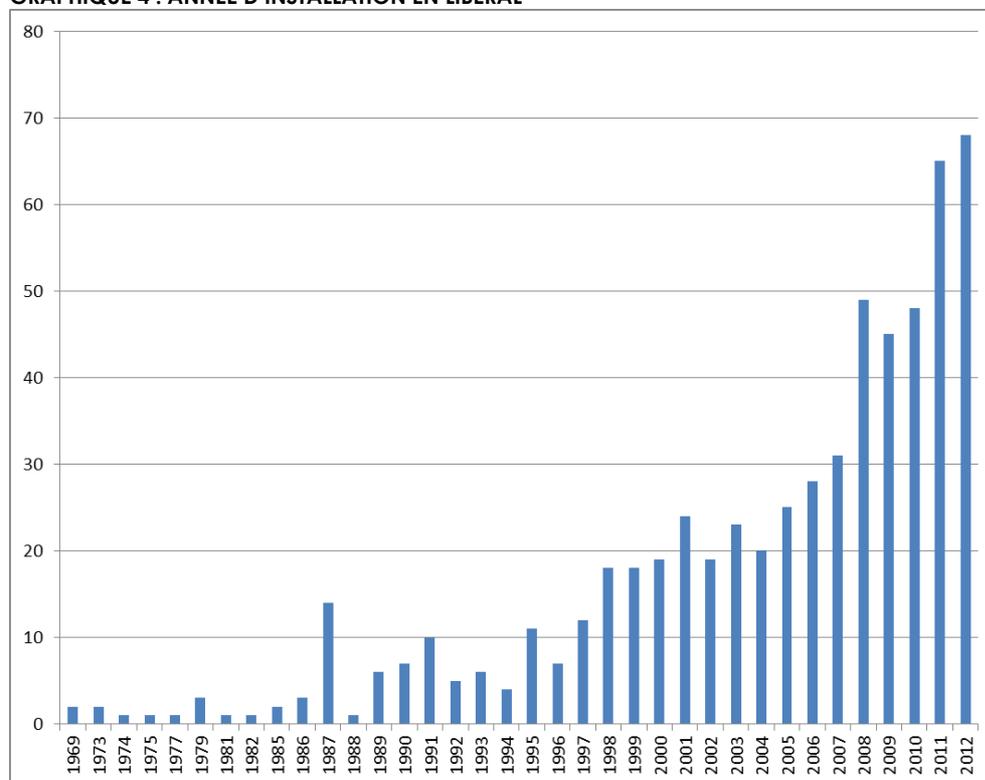


Source : Drees, données annuelles sur les professions de santé

Si l'on s'en tient à l'analyse de l'évolution sur les trois dernières années (série homogène issue du RPPS), on constate une croissance des effectifs libéraux dans tous les départements de l'Ile de France à des rythmes relativement proches. Selon ces données, l'effectif libéral ou salarié est ainsi passé de 2011 à 2013 de 499 à 654, ce qui représente **un taux de croissance annuel moyen de 14,5%. A ce rythme, le nombre de libérales double en 5 ans.** On voit ici la rapidité avec laquelle ce secteur de la profession de sages-femmes est en train de se modifier.

Partant du fichier des actes des sages-femmes ayant eu une activité en 2012 en Ile de France, on observe ici encore l'accélération des installations : augmentation à partir de 2004 puis accélération à partir de 2008 et nouveau saut en 2011.

GRAPHIQUE 4 : ANNEE D'INSTALLATION EN LIBERAL



Champ : SF ayant eu une activité libérale en 2012 – Commune d'activité en Ile de France
Source : Erasme – Assurance maladie

Pour disposer de données d'analyses plus détaillées que celles fournies annuellement en synthèse par la Drees (qui ne distinguent pas l'activité libérale de l'activité mixte), il a été demandé à l'ARS un fichier de recensement des sages-femmes pour toute la Région Ile de France. Ainsi, dans ce fichier (RPPS Ile de France en décembre 2013), on dénombrait 3383 sages-femmes en activité et parmi elles :

- 2610 ont une activité en tant que salariée (79,9%) ;
- 442 une activité en tant que libérale (13,1%) ;
- 236 une activité en tant que libérale et salariée (7,0%) ;
- 1 une activité en tant que bénévole (< 0,1%) ;
- 1 une activité en tant que libérale et bénévole (< 0,1%).

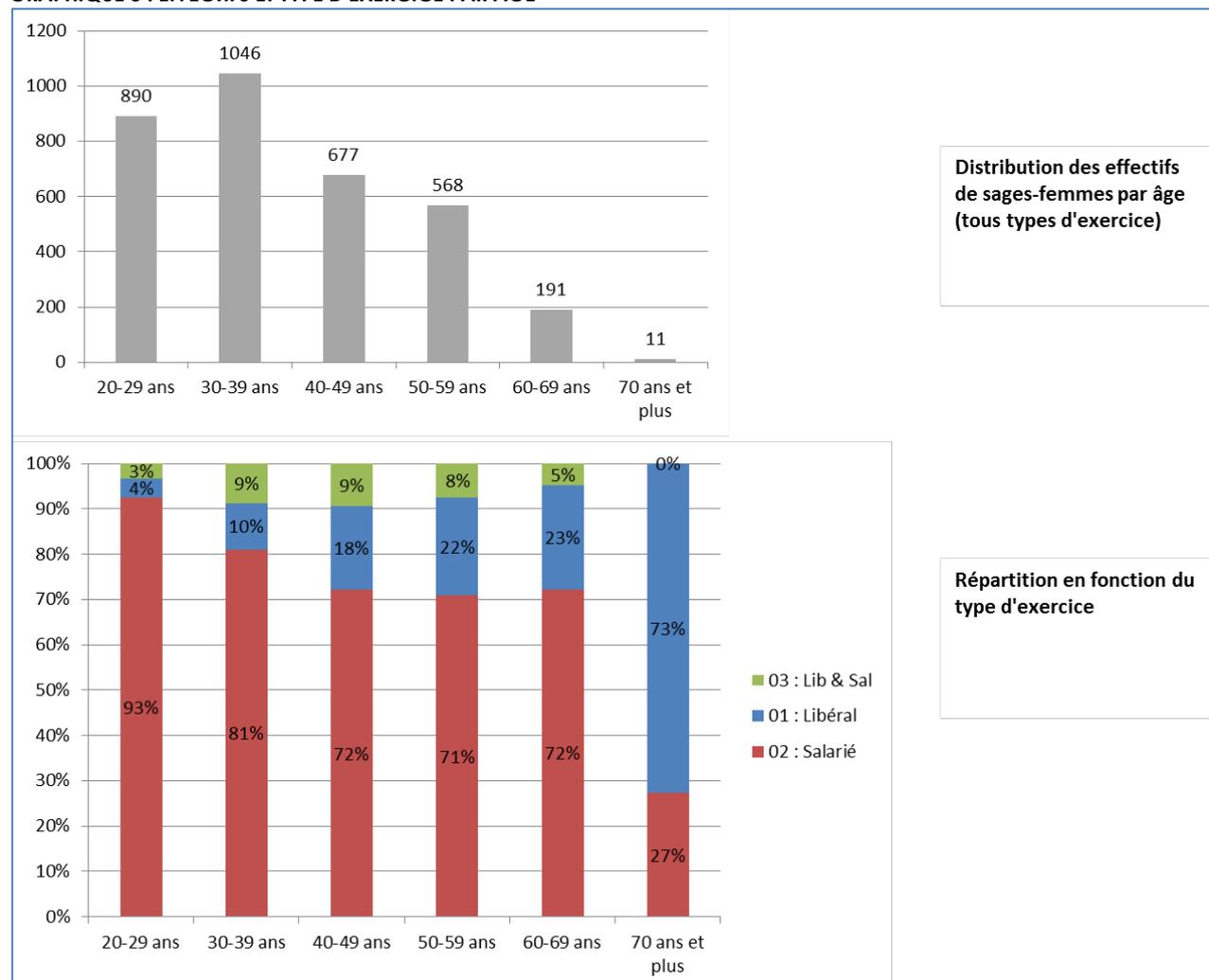
C'est cette population qui comptait donc 678 libérales ou mixtes d'après le RPPS fin 2013, que nous avons cherché à décrire qualitativement.

■ S'installer en libéral : motivations et hasards

On voit (Graphique 5) que le parcours professionnel des sages-femmes commence encore très largement par un exercice salarié : 93% des moins de 30 ans sont salariés. Cette proportion diminue régulièrement avec l'âge : à partir de 40 ans elle chute à 72%. La proportion de libérales exclusives passe ainsi de 4% avant 30 ans à 22% à partir de 50 ans.

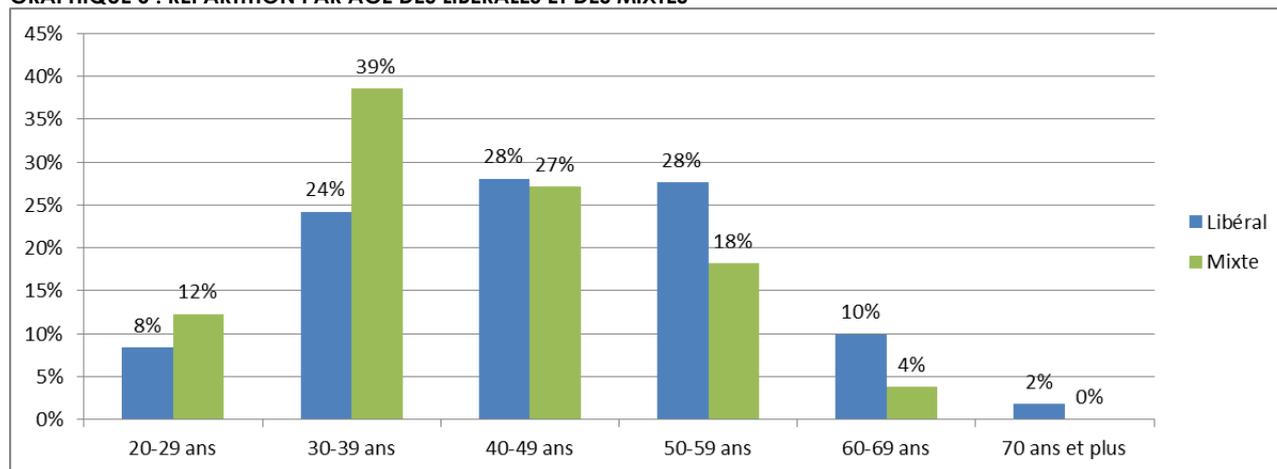
La structure par âge des libérales est très nettement différente de celle de la profession dans son ensemble : seules 8% des libérales ont moins de 30 ans alors que 26% des sages-femmes d'ile de France sont dans cette classe d'âge.

GRAPHIQUE 5 : EFFECTIFS ET TYPE D'EXERCICE PAR AGE



Source : RPPS – Ile de France – décembre 2013

GRAPHIQUE 6 : REPARTITION PAR AGE DES LIBERALES ET DES MIXTES



Source : RPPS – Ile de France – décembre 2013

Le récit fait par les libérales de leur motivation à passer en libéral explique cette structure. Traditionnellement, l'entrée dans la profession se fait par des postes en établissement de santé. Cela semble avoir été présenté longtemps comme une règle : c'est là que s'apprend le métier. Ainsi, l'exercice libéral fait aujourd'hui majoritairement suite à une activité salariée. Mais un certain nombre de signaux semblent indiquer une augmentation du nombre de jeunes s'installant précocement en libéral sous l'effet des transformations du marché du travail des sages-femmes et de la raréfaction des postes stables en établissement de santé d'une part. Mais aussi sous l'effet induit des demandes de remplacement qui vont nécessairement augmenter avec la croissance du nombre de libérales. Les remplacements jouant un rôle parfois de « révélateur » des avantages du libéral, de même qu'ils sont des facteurs d'opportunité : là où la demande est forte, un remplacement peut évoluer vers une collaboration ou une association.

En attendant ce possible rajeunissement et changement dans les parcours d'accès au libéral, la représentation d'un métier pour sages-femmes expérimentées demeure majoritaire même si elle se transforme, pour devenir moins catégorique. Si certaines sages-femmes salariées, et cadres d'établissement continuent de ne pas juger les jeunes diplômées comme totalement aptes à exercer en libéral, il reste que le diplôme vaut pour un droit à exercer sans limite sauf à s'en définir soi-même. C'est d'ailleurs ce qui se passe : si certaines se lancent par choix positif ou parfois par défaut (faute de poste), d'autres jeunes ne se voient pas en libéral car elles n'éprouvent pas l'assurance suffisante pour se lancer ex abrupto à la sortie de l'école (en même temps qu'elles souhaitent faire des accouchements ou travailler sur des situations médicalisées très pointues pour certaines). Elles ont le projet de travailler à terme en libéral parfois, mais pas dans l'immédiat.

A ce jour, la plupart des libérales rencontrées sont donc passées en libéral dans une seconde étape de carrière. Les motivations étaient variées :

- Le souhait ou la nécessité de ne plus faire de gardes de nuit ou de week-end : simple préférence expliquée par la lassitude, la fatigue ou absolue nécessité dans le cas d'un changement de situation familiale qui pose un problème de gardes des enfants.
- Le conflit éthique avec une transformation des établissements de santé : certaines éprouvent un sentiment de ne plus faire le métier tel qu'il devrait être fait sous l'effet du manque de temps, de la pression, de la perte d'âme d'établissements devenus trop grands...
- Le besoin d'autonomie dans le cas d'un conflit avec l'encadrement ou des médecins.
- La simple envie de sortir d'une pratique jugée trop routinière, l'aspiration à un renouvellement professionnel.

Il s'agit là de raisons de quitter l'hôpital, elles se combinent avec des raisons de franchir le pas qui procèdent parfois d'opportunités ou de rencontres relativement imprévues :

- Il peut s'agir du hasard d'une rencontre : une amie ou collègue ou ancienne collègue appelle à une collaboration.
- L'encouragement peut venir du constat de ce qui s'observe du territoire de santé : il manque des sages-femmes libérales et les liens avec l'hôpital d'où l'on vient vont permettre un développement assez aisé de l'activité (au moins en partie).
- Dans certains cas, c'est l'établissement de santé où l'on travaille qui cherche à organiser son offre de soins interne avec des libérales et suggère des mi-temps salariés/libérale.

Enfin, il y a des façons de sécuriser cette transition professionnelle qui reste majoritairement vue comme une prise de risque importante :

- En se mettant en congé pour convenance personnelle dans le cas d'agents titulaires de la fonction publique hospitalière.
- En bénéficiant pour certaines d'une « retraite » de la fonction publique hospitalière.
- En gardant un pied à l'hôpital, nous y reviendrons.
- En limitant les dépenses et en ne prenant pas de local pour un cabinet.
- En commençant en collaboration.

Nous verrons que certains de ces choix ne sont pas sans incidences sur la nature et le niveau d'activité.

Nous ne détaillerons pas le travail administratif d'installation qui ne laisse pas toujours de bons souvenirs en insistant plutôt sur les efforts de formation très souvent engagés dans le but d'avoir les bonnes compétences pour le libéral : il y a en particulier la rééducation, rarement pratiquée en établissement de santé qui appelle une formation, plus récemment la gynécologie, et plus spécifiquement, en fonction des orientations propres à chaque praticienne des formations de type acupuncture, homéopathie, ostéopathie (notions), sophrologie, yoga...

■ Diversité des statuts d'exercice et types d'installation

Les dimensions à prendre en compte pour caractériser le profil d'exercice sont nombreuses et nous verrons qu'elles sont en tout ou partie liées à l'activité (tant en nature qu'en niveau). On peut ainsi distinguer :

- L'exercice à son compte ou pour le compte d'un tiers (collaboration)
- L'installation en cabinet propre, en cabinet domicilié dans un établissement de santé ou sans cabinet
- L'exercice seul ou groupé
- L'installation dans un local hébergeant plusieurs spécialités médicales ou paramédicales ou seulement des sages-femmes.
- L'exercice libéral exclusif ou mixte (partagé avec un temps de salariat)
- L'activité à temps plein ou à temps partiel.

Se mettre à son compte ou travailler pour le compte de tiers est bien sûr un choix de début de carrière libérale. C'est un choix qui se fait en réponse à une sollicitation : une libérale installée recherche une collaboration pour faire face à la demande de soins locale qu'elle observe. Cette une formule sécurisée au sens où elle n'engage pas d'investissement mais semble rarement durable : elle a évolué chez les personnes que nous avons rencontrées qui ont commencé ainsi vers l'association ou vers la séparation, c'est-à-dire vers un régime moins asymétrique.

Se mettre à son compte sans « prendre » de cabinet est une autre façon de limiter l'investissement de départ. Si l'activité du domicile est celle qui convient pleinement à la sage-femme, elle peut durablement rester « hors sol ». Le plus souvent, elle souhaite compléter son activité en réalisant les actes nécessitant un cabinet, parce que la demande lui en est faite, parce que c'est ainsi qu'elle conçoit le métier ou parce que ce sont des actes qui assurent un niveau d'activité plus satisfaisant.

Quand il y a un cabinet, on distinguera le cabinet en site dédié ou le cabinet en établissement de santé. Les logiques d'installation, d'investissement et d'activité sont totalement différentes : libre choix mais aussi prise de risque dans le cas du cabinet en propre, il s'agit d'un choix prédéterminé par l'établissement de santé dans l'autre situation.

Le cabinet de groupe peut procéder d'un choix initial : l'envie de s'installer à 2 (ou à 3 ou à 4) par souhait de ne pas être seule, pour partager des frais de locaux, ou pour mettre en œuvre un projet où chaque associée ou partie prenante apporte une orientation spécifique en terme d'offre de soins. Mais parfois, il s'agit aussi d'une évolution : d'une activité en solo qui « grossit » et qui conduit à un cabinet de groupe.

De même, l'installation dans un local associant d'autres professions de santé procède soit de considération économiques stricto-sensu (trouver un local aux normes peu cher) soit d'une stratégie d'offre de soins : qui va de la maison médicale pluridisciplinaire, au cabinet centré sur la grossesse associant jusqu'à des non professionnels de santé.

Autre caractéristique clivante : le fait d'exercer exclusivement en libéral ou en combinant salariat et libéral. Comme le montrent les statistiques, l'exercice mixte est très fréquent puisqu'il concerne actuellement (données de dec 2013) plus du tiers des libérales. Les motivations de ce cumul d'activité sont multiples. C'est une façon de garantir une part de revenu, ce qui peut être un argument au moment de l'installation, pour démarrer. Mais si cette formule est aussi massivement maintenue durablement c'est également parce que cela correspond à une forme d'activité jugée complète : rester à l'hôpital est souvent justifié par l'envie de faire des accouchements, mais aussi comme une façon de rester incluse dans un collectif soignant permettant une mise à jour plus systématique des connaissances, des possibilités d'échange et d'accès à des ressources de conseil.

Enfin, nous avons cité la possibilité de distinguer l'exercice à temps plein de l'exercice à temps partiel comme critère pour différencier des activités libérales. En réalité, il manque en l'espèce une référence horaire et une capacité à mesurer le temps de travail des libérales. La distribution des temps effectifs de travail en libéral semble tout à fait dispersée si l'on s'appuie sur les informations recueillies en entretien : du « vrai » temps partiel d'une sage-femme salariée qui fait quelques vacations de préparation dans son établissement, jusqu'à la sage-femme à son compte qui travaille 6 jours sur 7 et répond à toutes les sollicitations, en passant par celle qui gère son agenda en posant (souvent pour des raisons de vie de famille) des limites assez strictes à ses prises de RDV, ne travaillant pas le mercredi et les week-ends, il y a là des caractéristiques d'emploi tout à fait hétérogènes.

Au total, on comprend ici que les conditions d'exercice sont extrêmement variées, qu'il en va ainsi de modèles de soins, de modèles économiques et comme nous allons le voir de profils d'activité très diversifiés.

■ Profils d'activité

Il est très difficile d'établir une typologie en fonction des activités de soins effectivement dispensées par les sages-femmes libérales : leur liberté de pratique, leur histoire, la demande qui leur est accessible sont autant de facteurs qui contribuent à faire de chaque sage-femme la représentante d'une pratique...singulière. Néanmoins, à travers les portraits des personnes rencontrées et en mobilisant des statistiques mêmes sommaires, il est permis de distinguer quelques grandes figures types.

> Quelques portraits

Pour introduire le propos, voici quelques portraits de sages-femmes² que nous avons interviewées. On pourrait les voir comme des idéaux types.

Profil 1 : Lise, 34 ans, libérale à 26 ans, activité libérale exclusive, cabinet solo

Diplômée en 2003 en région, elle a pour projet en quittant l'école de s'installer en libéral, convaincue par l'exemple d'un stage. Elle se trouve en région parisienne dès 2005 pour suivre son conjoint, elle travaille en tant que salariée pendant un an puis ouvre un cabinet dans la ville qu'elle habite en petite Couronne contre l'avis du Conseil de l'Ordre qui lui suggère qu'il est préférable d'aller dans des villes voisines sans sages-femmes mais très défavorisées. Elle passe outre cet avis et en 2 mois a un agenda bien rempli. Le monitoring la nourrit au début puis finalement son activité se recentre sur son cabinet pour être quasiment exclusivement faite de cours de préparation et de rééducation. Elle prend une remplaçante le temps d'un congé maternité et à son retour reprend à mi-temps. Mais de nouvelles consœurs se sont installées dans l'intervalle : la reprise est très difficile. Elle se sépare donc de sa collaboratrice.

Aujourd'hui elle a du mal à remplir son planning, elle est peu appelée pour le Prado ou les hospitalisations à domicile, elle ne fait donc presque que « du cabinet ». Elle constate qu'elle a un peu plus de suivi de consultations mais cela reste très marginal (1 ou 2 par semaine). Elle fait des séances de préparation d'une heure pour 3 patientes et a une séance hebdomadaire en piscine. En tout la préparation représente environ un cinquième de son activité et le reste est essentiellement pris par la rééducation périnéale. Elle a abandonné son service de secrétariat à distance, trop cher. Elle constate que du coup, elle perd des patientes. Elle a des trous dans son agenda.

Elle a des demandes pour du suivi gynécologique mais n'en fait pas faute de formation. Elle pense à une formation courte. Elle est en train d'achever une formation universitaire d'acupuncture. Elle n'envisage de salut que par une diversification de sa pratique sur des créneaux bien spécifiques. Il est probable qu'elle ait à terme à quitter la région parisienne, toujours pour suivre son conjoint.

Profil 2 : Sylvie, 40 ans, libérale à 29 ans, activité libérale exclusive, sans cabinet

Diplômée en 1996, elle commence traditionnellement sa carrière par l'hôpital public. Puis elle se trouve seule avec un enfant en bas âge et décide de passer en libéral, Elle s'installe dans une ville proche de la grosse maternité dans laquelle elle exerçait sans ouvrir de cabinet. Son activité, donc exclusivement à domicile, se met en place très vite en raison de cette proximité : la maternité l'appelle de façon soutenue. Elle se souvient qu'étant salariée, devant organiser les suites de couche pour des sorties précoces qui se pratiquaient déjà dans son établissement, elle avait du mal à trouver des sages-femmes libérales.

Son activité augmente en permanence malgré l'installation régulière de collègues alentours. Cependant il est arrivé un moment (2010/2011) où cette concurrence a conduit à une chute nette de patientèle et de revenu. Elle n'exclut pas d'avoir été écartée des listes de la maternité au profit de collègues plus récemment passées en libéral et mieux connues des équipes en place.

La mise en place du Prado est venue après un an de creux reconstituer la demande.

Aujourd'hui son activité est à un bon niveau, cependant elle intervient sur une zone qui n'a plus rien à voir avec sa zone d'intervention initiale, et elle est « décalée » sur des villes moins favorisées et sans sage-femme. Elle fait des cours dans une autre maternité. Elle a été contactée par sa maternité d'origine pour faire de même mais elle a décliné vu les conditions proposées (rétrocession trop importante).

Elle travaille beaucoup, y compris tous les week-ends. Elle constate le caractère très erratique des sollicitations de l'HAD des maternités de son territoire, au point d'avoir fini par refuser au profit du Prado qui lui paraît plus respectueux des principes d'attribution.

² Les prénoms ont été modifiés, les lieux d'installation ne sont pas cités, les âges ou années de diplômes sont parfois légèrement modifiés, tous les portraits sont au féminin alors qu'il peut s'agir de sage-femme homme, ceci pour respecter l'anonymat des entretiens.

Après plus de 10 ans d'exercice libéral, dans une forme qu'elle juge fatigante, elle se pose des questions sur la suite.

Profil 3 : Murielle, 48 ans, libérale à 34 ans, activité libérale exclusive, cabinet dans une clinique

Diplômée en 1986, elle entre sur le marché du travail à une époque où il n'y a pas de postes fixes facilement accessibles dans sa région, elle rejoint Paris pour trouver un poste en clinique. A son deuxième enfant, elle trouve les gardes complexes et évolue vers un poste en PMI dans lequel elle restera près de 10 ans. Lassée par cette activité, mère de 4 enfants, elle se lance en libéral à une époque où c'est relativement rare (1997). Elle a l'opportunité de prendre dans une clinique la suite d'une sage-femme libérale qui part en retraite. Elle y assure les cours de préparation et le suivi au domicile du prénatal pathologique ainsi que le monitoring de fin de grossesse.

Elle tente de prendre un cabinet en propre pour pouvoir faire du suivi de grossesse mais cela se révèle insuffisamment rentable, de même pour une activité de rééducation tentée dans une salle louée à un médecin en ville. Elle abandonne ces deux expérimentations pour en revenir à son cabinet primaire à la clinique.

Depuis la mise en place du Prado, elle a une activité au domicile plus soutenue, qui représente près du quart de son activité totale.

Elle a du mal à évaluer son temps de travail car son organisation entre vie personnelle et professionnelle est très poreuse. Cependant elle travaille beaucoup, souvent tous les jours, même si les journées ont parfois des trous. Elle travaille les week-ends.

Elle regrette non pas la rééducation mais le suivi de grossesse. Les médecins en ont le monopole à la clinique, mais elle comprend que certaines femmes sont en demande d'une autre prise en charge. Elle a quelques inquiétudes face à la baisse du nombre d'accouchements dans sa clinique.

Elle réfléchit activement à la possibilité d'évoluer vers une activité d'accouchement à domicile.

Profil 4 : Dominique, 46 ans, libérale à 33 ans, libérale exclusive, cabinet de groupe

Après plusieurs années dans différentes maternités de la région Parisienne, elle part vivre en Région. Elle travaille alors à mi-temps dans une clinique qu'elle n'apprécie pas beaucoup. Elle a deux enfants. Elle rencontre au tournant des années 2000 une collègue libérale qui lui donne l'idée de s'installer ; ce qu'elle fait. De retour en région parisienne quelques années plus tard, elle y installe le cabinet où elle exerce encore actuellement.

Elle rejoint le cabinet créée par une sage-femme partageant son temps entre la maternité et son activité libérale. Elle emprunte le même modèle, est embauchée comme salariée de la maternité et s'associe au cabinet.

Son activité démarre très rapidement. Elle fait de la rééducation et des cours, mais est également très sollicitée par l'HAD. Aujourd'hui le cabinet rassemble 4 sages-femmes et un acupuncteur. Elle a cessé l'activité salariée.

Son activité libérale est soutenue et très diversifiés : elle fait des accouchements soit dans une clinique soit à domicile. Une trentaine par an. Elle a une activité de plus en plus fréquente de suivi global sur tout le parcours de grossesse, mais elle répond aussi aux demandes de prise en charge via la préparation dans les derniers mois, suivie par le Prado. Elle limite en revanche au maximum la rééducation et s'appuie sur une nouvelle arrivée au cabinet pour cette prise en charge. Elle a une activité de gynécologie de plus en plus développée.

Elle limite plus qu'autrefois sa zone d'intervention mais il lui arrive de dépanner et de se rendre dans des communes où il n'y a pas de sages-femmes.

Après ses 10 premières années dans son cabinet, elle est ravie de son activité, mais déplore de gagner si peu d'argent.

Profil 5 : Charlotte, 30 ans, libérale à 28 ans, libérale exclusive, cabinet solo

Jeune diplômée en 2008, elle travaille 4 ans en maternité : elle est partagée entre sa passion pour l'accouchement et l'échographie et sa critique de l'hôpital, de ses horaires et de son fonctionnement. Elle travaille pendant un an à son projet d'installation en libéral : et opte pour une zone à proximité de sa maternité mais sans sages-femmes. Elle a la chance de tomber sur un médecin qui monte une maison de santé. C'est là qu'elle s'installe donc. Elle se forme dans la perspective de l'installation à la rééducation et au suivi gynécologique.

Son activité démarre vite et se partage à part égale entre le cabinet : consultations pour la grossesse, la gynécologie (qui augmente, il n'y a pas de gynécologues alentours), la rééducation (20%) et les cours et le domicile où elle intervient à la fois dans le cadre de l'HAD et du Prado.

Elle a entamé une formation d'échographie et entend équiper son cabinet.

Elle aimerait faire des gardes mais la maternité n'en propose pas. Elle entretient de bonnes relations néanmoins avec l'établissement et assiste régulièrement au staff.

A termes, elle aimerait pouvoir accéder au plateau technique et exercer donc complètement son métier de sages-femmes.

Il est trop tôt pour faire un bilan financier précis de son activité.

Profil 6 : Anne-Marie, 33 ans, libérale à 22 ans, activité mixte, cabinet à 2

Elle a une part d'activité libérale depuis sa dernière année d'étude. Cela fait plus de 10 ans qu'elle a une activité mixte. Elle travaille dans un hôpital, où elle a été à temps plein mais elle y est désormais à mi-temps. Elle a commencé par être remplaçante dans un cabinet puis elle est passée collaboratrice pour enfin se mettre à son compte.

Elle vient tout juste de créer son cabinet en s'installant avec une « copine » de l'hôpital. Le lieu d'installation est choisi pour être équidistant de leurs deux domiciles, dans une commune sans sage-femme alentours et à une distance raisonnable de son ancien lieu de collaboration. Les locaux sont partagés avec un groupe de médecins généralistes.

Elle travaille en libéral au minimum deux jours par semaines plein dont un quart du temps en visites à domicile, auxquels s'ajoutent des visites de week-ends. Elle ne travaille pas le mercredi mais elle a des journées supplémentaires les semaines où elle a moins de gardes à l'hôpital.

Les maternités des environs adressent pour du suivi de grossesse, elle est sollicitée pour le suivi à domicile des grossesses pathologiques (mais ce n'est pas de l'HAD), elle fait de la préparation en mobilisant ses compétences en sophrologie et en yoga. Elle a beaucoup de demande de suivi de couches à domicile et encore plus de rééducation. Elle commence tout doucement l'activité de gynécologie.

Tout se passe donc de façon très satisfaisante, elle constate que les professionnels de santé (médecins généralistes et gynécologues, pharmaciens, adressent très facilement), « elle n'en revient pas ». Elle n'envisage pas de quitter l'hôpital tenant à rester en salle de naissance, même si ce n'est « pas du tout intéressant financièrement » car elle est contractuelle.

On voit à travers ces quelques exemples que l'activité libérale n'est pas figée. Elle évolue sous l'effet conjoint : d'une évolution de la demande micro-locale ou plus macro, de choix faits pas les sages-femmes pour y répondre ou pas, de préférences exprimées pour certains types de soins. Pour cette raison, il est difficile de poser une vraie typologie stable des profils d'activité.

> Le repérage statistique des profils d'activité

Les statistiques mises à notre disposition par l'ARS apportent néanmoins quelques éclairages qui peuvent être mis au regard des entretiens pour proposer une forme de classification des pratiques.

Certes, les données d'activité dont nous disposons ne permettent pas pleinement de repérer des profils d'activité. Il aurait fallu pour cela disposer de compteurs détaillés par sage-femme dénombrant les actes réalisés pour chaque cotation. Cela aurait laissé un léger flou sur certaines cotations non univoques (SF12, 15 ou 19), mais cela aurait permis d'affiner les profils, de distinguer en particulier les actes de gynécologie et de rééducation. Néanmoins, le tableau 1 a pu être établi en distinguant simplement pour chaque sage-femme si elle fait :

- des séances de préparation en groupe,
- si elle se rend au domicile des patientes (indemnités forfaitaires ou kilométriques)
- si elle pratique des échographies
- si elle pratique des accouchements

La combinatoire de ces 4 variables pose déjà une première segmentation.

TABEAU 5 : PROFILS D'ACTIVITE EN 2012

Accouchement	Echographie	V à domicile	PA en groupe	Libérales		Mixtes		Total	
				Effectif	Moyenne des honoraires	Effectif	Moyenne des honoraires	Effectif	Moyenne des honoraires
non	non	non	non	13	42 699	10	24 209	23	34 660
non	non	non	oui	31	56 510	41	52 716	72	54 350
non	non	oui	non	44	38 313	30	38 987	74	38 586
non	non	oui	oui	183	57 630	89	52 213	272	55 857
non	oui	non	non	6	56 009	3	106 385	9	72 801
non	oui	non	oui	1	230 931			1	230 931
non	oui	oui	oui			2	73 937	2	73 937
oui	non	non	oui	2	38 375	1	49 249	3	41 999
oui	non	oui	non	9	66 371	3	29 240	12	57 088
oui	non	oui	oui	10	76 607	4	40 586	14	66 315
TOTAL				299	55 338	183	49 106	482	52 972

Champ : Ile de France ; sages-femmes ayant eu une activité complète sur 2012 (i.e. hors fin d'activité ou installation en 2012)

Données : activité 2012

Source : Erasme, Assurance maladie ; calculs Plein Sens

Sur 482 sages-femmes en activité sur la totalité de l'activité de l'année 2012 (299 en libéral exclusif et 183 en exercice mixte), on voit que la pratique des accouchements ou de l'échographie sont des pratiques distinctives rares concernant respectivement 29 sages-femmes pour l'accouchement et 12 pour l'échographie. Parmi celles qui ont fait des accouchements, elles ne sont que 5 à en avoir réalisé plus de 30 (1 en a fait 69) et 12 à en avoir fait plus de 15.

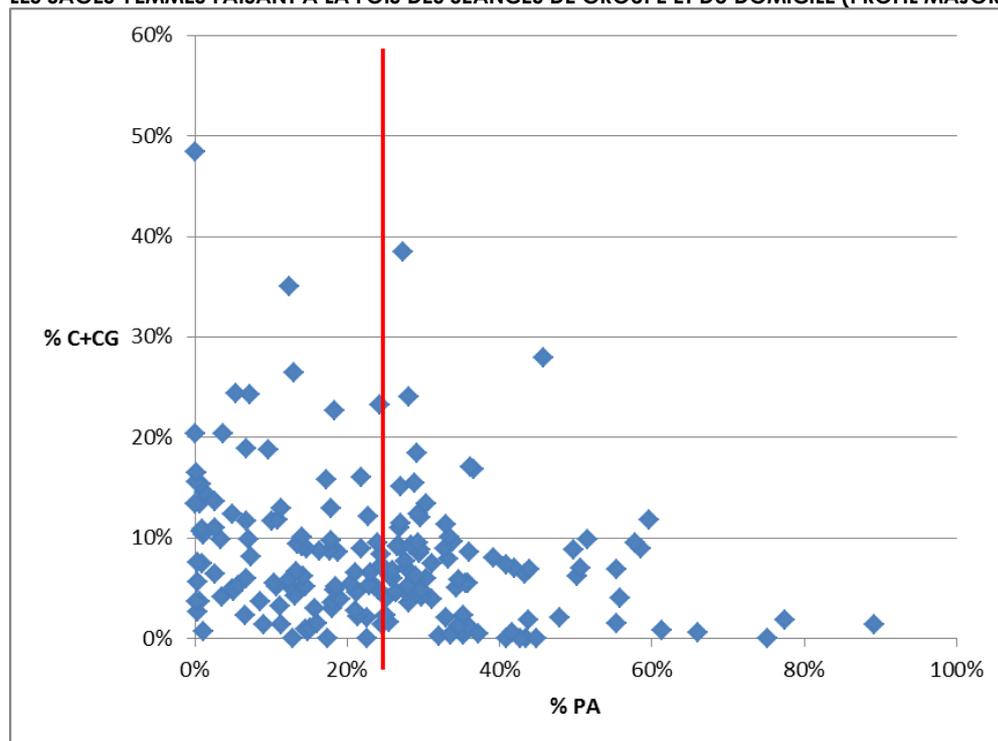
On distinguera ensuite la catégorie de celles qui font du domicile mais pas de séances collectives de préparation à l'accouchement. Elles sont 74, soit 15%. On trouvera en particulier dans cette catégorie celles qui n'ont pas de cabinet (l'absence de cours de préparation étant un indicateur de cette absence).

Symétriquement, se trouvent celles qui font de la préparation mais pas de visite à domicile. Elles représentent 10% de l'effectif libéral et 20% de l'effectif mixte. Parmi elles, près de la moitié ne font aucunes consultations. On peut penser que leur activité est composée de rééducation et de préparation à la naissance quand elles ont un cabinet en propre et plutôt uniquement de préparation quand leur cabinet est au sein d'une maternité.

Le profil majoritaire est celui de libérales ou mixtes faisant à la fois des séances de préparation à la naissance en groupe, ce qui implique un cabinet (éventuellement en maternité) et des visites à domicile et bien sûr, nombre d'autres actes. On ne dispose de données que pour repérer les consultations et les séances de groupe de préparation à la naissance, il manque des précisions pour quantifier en particulier la rééducation. On voit (Graphique 7) que cela permet cependant de repérer des profils bien distincts : parmi ce profil de celles qui « font tout ou presque » un tout petit groupe ont des honoraires qui reposent majoritairement sur des séances de préparation, elles ne font pas de consultation, elles font éventuellement du domicile mais sans doute peu et plus vraisemblablement de la rééducation. Pour celles dont les séances collectives ne représentent pas plus du tiers des honoraires (à gauche du trait rouge sur le graphique), on voit que la part d'activité (mesurée ici en honoraires) issue des consultations (tous types confondus) est très variable : pour quelques-unes cela représente plus de 20% des revenus. De l'avis de toutes celles qui en font, cette activité est en augmentation.

Le nombre d'IFD côtés est un indicateur de l'intensité des visites à domicile. Nous avons représenté sur le graphique 7, la distribution de ce nombre pour chaque profil de sages-femmes faisant du domicile. Il se confirme que l'absence de préparation est un bon indice de l'absence de cabinet. On voit au nombre d'IFD côtés par an par celles qui ne font pas de préparation atteint presque 20 par jours pour certaines. Ce graphique permet aussi de souligner l'extrême hétérogénéité de ce nombre moyen de visites.

GRAPHIQUE 7 : PART DANS LES HONORAIRES DES SEANCE DE PREPARATION EN GROUPE ET DES CONSULTATIONS POUR LES SAGES-FEMMES FAISANT A LA FOIS DES SEANCES DE GROUPE ET DU DOMICILE (PROFIL MAJORITAIRE)

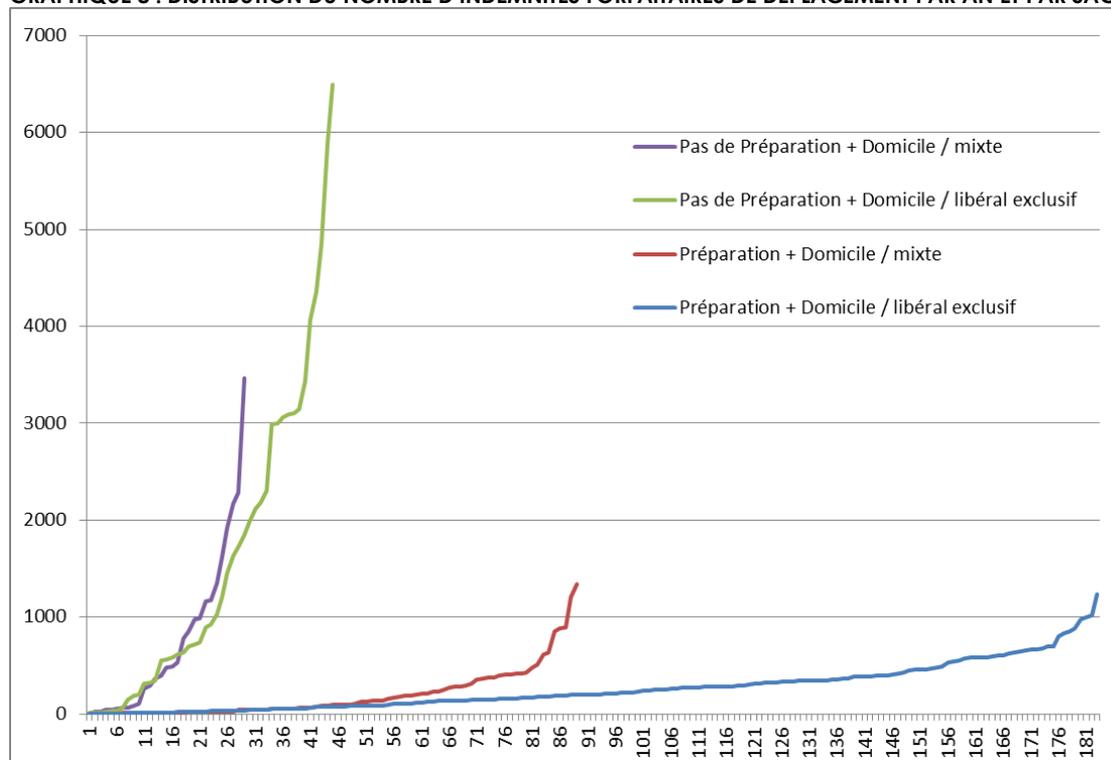


Champ : Ile de France ; sages-femmes libérales exclusives ayant eu une activité complète sur 2012 (i.e. hors fin d'activité ou installation en 2012)

Données : activité 2012

Source : Erasme, Assurance maladie ; calculs Plein Sens

GRAPHIQUE 8 : DISTRIBUTION DU NOMBRE D'INDEMNITES FORFAITAIRES DE DEPLACEMENT PAR AN ET PAR SAGE-FEMME



Champ : Ile de France ; sages-femmes libérales ayant eu une activité complète sur 2012 (i.e. hors fin d'activité ou installation en 2012)

Données : activité 2012

Source : Erasme, Assurance maladie ; calculs Plein Sens

Lecture : courbe rouge : Il y a au total 89 sages-femmes qui ont une activité mixte, qui dont à la fois de la préparation et du domicile. Elles ont réalisé entre 1 et 1342 IFD.

Courbe verte : 10 sages femmes libérales exclusives ne faisant pas de préparation ont facturé entre 3000 et 6300 IFD.

> Figures de l'activité libérale

Les statistiques mises au regard des entretiens permettent de proposer une forme de classification des sages-femmes libérales en fonction de leur activité :

On peut en proposer quelques figures majeures cependant :

- L'itinérante : La sage-femme libérale sans cabinet exerçant exclusivement au domicile de ses patientes : elle fait du suivi ante et post-partum. Elle ne fait pas de préparation à la naissance collective exigeant un local, mais peut en faire ponctuellement pour des mères durablement immobilisées ; de même elle ne fait pas ou très rarement de rééducation sauf indication pour le domicile. Longtemps mobilisée sur une patientèle « sous contrôle médical », elle a avec le Prado désormais accès à du suivi post-partum « normal ». Le succès de son activité tient à sa disponibilité : elle doit pouvoir répondre favorablement à un maximum de demandes, mêmes urgentes, surtout urgentes.
- L'itinérante salariée : elle a gardé un poste salarié ou réalise régulièrement des gardes. Son activité est souvent prescrite par la maternité où elle travaille. Elle a une forme d'exclusivité au moins pour une certaine zone géographique. La contrainte de ses temps de travail à l'hôpital l'empêche parfois de répondre à certaines sollicitations : elle ne peut en particulier assurer de visites quotidiennes.
- La préparatrice/rééducatrice : si elle ne fait pas exactement que ces deux types d'actes, cela représente l'essentiel de son activité. Elle ne va pas à domicile. Elle maîtrise parfaitement son agenda et a une activité très « physiologique » qui lui convient.
- La libérale « encapsulée » : elle intervient exclusivement en complément d'une maternité. Elle a son cabinet dans la maternité, elle en assure les cours de préparation, le monitoring de fin de grossesse et si elle fait du domicile, elle fait les soins en ante et en poste pour les patientes de la maternité. Assez souvent, dans le privé, elle sait que les consultations de suivi resteront l'apanage des médecins sauf dans certaines maternités qui découvrent un intérêt à en confier une partie à des sages-femmes.
- L'omnipraticienne : c'est la sage-femme libérale exerçant en cabinet, réalisant l'ensemble des actes prévus pour la profession, partageant son temps entre les visites à domicile et le cabinet. Elle conçoit son métier comme le plus complet possible : elle se réjouit et profite (plus ou moins selon les territoires) du développement du premier recours tant sur le suivi de grossesse que sur la gynécologie. Même si elle a toujours fait du suivi médical à domicile, le Prado est venu renouveler la situation : elle est en général plus sollicitée et s'est parfois réorganisée pour répondre au fil de l'eau à des demandes qui tombent potentiellement tous les jours. Son objectif est de suivre tant que possible les femmes de bout en bout. Parfois elle aspire à ce que l'accès à des plateaux techniques lui permette un jour de faire des accouchements. Si sa charge de travail augmente, elle va assez souvent réduire au maximum la rééducation qu'elle juge souvent moins intéressante que les autres activités. Elle continuera à en faire mais pour ses patientes.
- L'échographe : nous n'en n'avons pas rencontré, mais les statistiques d'activité montrent qu'il s'agit d'un profil très rare d'exercice : l'échographie n'est alors pas une activité exclusive.
- Les accoucheuses : elles accouchent en accédant à un plateau technique ou au domicile des patientes. Elles ont un profil particulièrement entreprenant, elles ont construit au fil du temps et avec une certaine détermination leur activité plus que d'autres qui peuvent paraître s'adapter à la demande. Elles ont de ce fait une activité extrêmement complète. Là encore, si le temps est compté, elles abandonnent facilement la rééducation sauf pour leurs patientes. De mêmes elles peuvent limiter les interventions à domicile à leurs patientes.

■ Horaires : beaucoup mais combien ?

Actuellement, toutes les sages-femmes rencontrées ne travaillent pas le même nombre d'heures mais il est très difficile de poser une estimation fiable de leur temps de travail. En particulier, le temps passé en visites à domicile est un temps très flexible et peu programmable. Ce qui est certain c'est que leurs jours de travail ne sont pas les mêmes :

- Elles sont un certain nombre à ne pas travailler le mercredi
- Selon leur implication dans le travail à domicile : le travail du week-end est inexistant ou quasi systématique.
- L'amplitude des journées est également très variable entre sages-femmes et pour une même sage-femme sauf pour celles qui se posent un cadre stricte.

La difficulté à compter le temps tient au fait que le temps de travail n'est pas toujours continu : le statut de libéral permet aussi de s'organiser en semaine pour d'autres tâches quand il le faut, hors travail. Il y a aussi les RDV annulés qui créent des « trous » involontaires dans le planning. Enfin, indépendamment des choix personnels il y a l'aléa de la demande et des phénomènes de creux et de bosses que l'on ne s'explique par toujours.

« je n'ai pas d'horaires, il y a des semaines où je travaille 30 heures et souvent c'est 70 heures. Je travaille le samedi et le dimanche pour des visites. En gros je travaille de 9h à 18h, 19h ou 20h et l'essaye de faire une pause pour déjeuner »

« parfois je travaille 7 jours sur 7, pas forcément sur des grandes plages. J'essaye de ne pas dépasser 18h et je commence vers 8h ou 8h30. Le dimanche, parfois je fais une ou deux visites »

« je travaille 5 jours, ça doit faire au moins 50 heures, et je fais des visites le week-end »

« On remplit tout, la journée est remplie. Je ne travaille pas le mercredi, le jeudi je suis au cabinet, le vendredi à domicile, le week-end je fais quelques visites mais uniquement mes patientes et le lundi et mardi je travaille au cabinet si je n'ai pas de gardes. Je ne sais pas du tout dire combien d'heures je fais »

« je travaille tous les jours de 9h00 à 17h30, sauf le mercredi, c'est que le matin. Le week-end il y a des visites »

« la semaine où je n'ai pas les enfants, je fais 9h-18h en semaine et 9h-16h le samedi, avec les enfants c'est 9h-17h uniquement lundi, mardi, jeudi et vendredi. »

Et puis il y a le travail de gestion expédié selon certaine et très chronophage pour d'autres. Ce qui est certain c'est que dans l'immense majorité le constat est que l'« on travaille beaucoup plus qu'à l'hôpital ». Un autre signe est celui des vacances : elles sont souvent limitées à 4 semaines par an, parfois supprimées la ou les premières années.

Les vacances ne semblent pas poser de graves difficultés de continuité des soins : ce qui est programmé est resserré avant ou après les vacances. La rééducation n'est pas engagée dans la période qui précède les congés et on se déclare indisponible pour ce qui se décide au dernier moment au domicile (Had, prado). En dernier ressort, on trouve une collègue qui prend le relais.

■ Revenus : niveau et structure

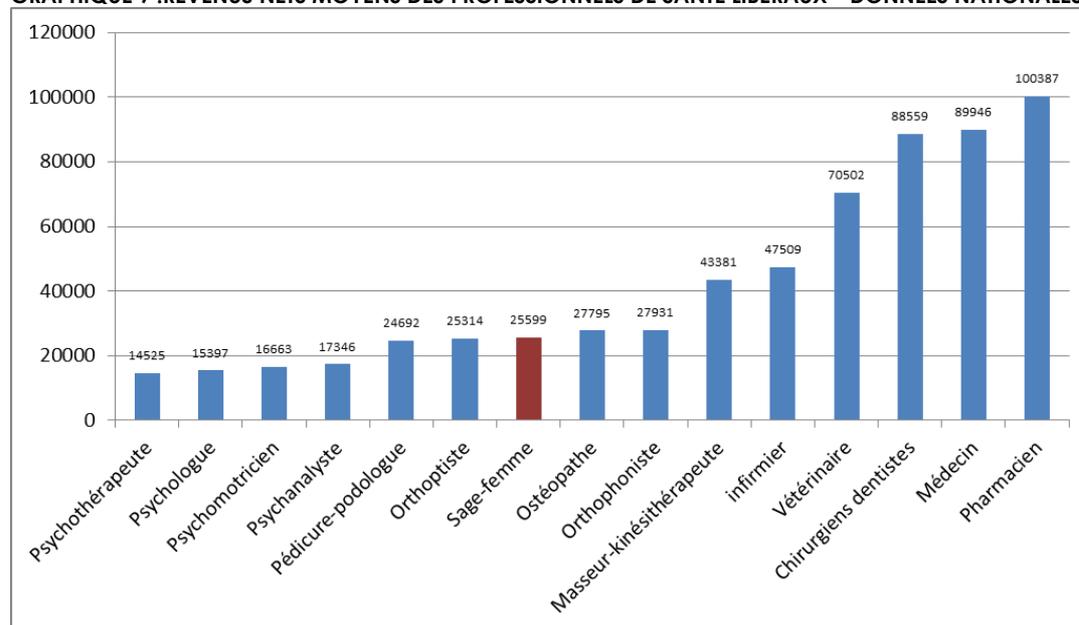
- > Des niveaux de revenus en moyenne bas pour une profession de santé mais dispersés

Il nous a souvent été dit qu'on ne faisait pas ce métier de sage-femme libérale pour l'argent. Le niveau de rémunération des actes permet en moyenne des revenus tout à fait limités et ne laisseraient pas d'espoir de progression de revenus. Quand elles comparent leurs revenus actuels à ce qu'elles auraient gagné si elles étaient restées à l'hôpital, les plus âgées pensent qu'elles y perdent nettement et celles qui estiment avoir un revenu supérieur constatent que c'est au prix d'un volume horaire de travail bien supérieur. En outre, personne ne sait exactement ce qu'il en sera à la retraite, donc la comparaison de revenu actualisé sur toute une vie reste incertaine.

Les premières années d'installation, il est classique d'entendre qu'on ne sait pas ce qu'on gagne. Bien que prévenues sur le niveau des charges, il est généralement estimé qu'il faudra attendre au moins la troisième année pour valider un modèle économique. L'appréciation de ce qui est acceptable tient bien sûr beaucoup à la situation familiale et aux revenus du conjoint quand il existe. Nous l'avons dit, certaines sont retraitées de la fonction publique et disposent donc d'un revenu de base qui change aussi beaucoup l'appréciation.

Nos entretiens n'ont fait qu'ébaucher cette question du revenu : rien n'est tabou, et ce d'autant qu'on gagne rarement énormément d'argent. Elles sont assez nombreuses à nous avoir déclaré se payer entre 2000 et 2200 euros. Certaines gagnent manifestement mieux leur vie, d'autres ont connu des périodes difficiles. Bien sûr la charge du cabinet est inégale : on en a ou pas, mais aussi, c'est un cabinet que l'on a acheté ou on est en location. La capitalisation n'est pas la même.

GRAPHIQUE 9 : REVENUS NETS MOYENS DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX – DONNEES NATIONALES 2010



Source : <http://www.dgcis.gouv.fr/secteurs-professionnels/chiffres-cles-des-professions-liberales>

Données : revenus nets 2010

Les statistiques, même s'il s'agit d'honoraires, confirment l'ordre de grandeur du revenu moyen : le total des honoraires perçus en 2012 par les libérales exclusives qui ont eu une année d'activité complète était de 55000 euros. Rappelons que pour en déduire un revenu du travail, il faut déduire l'ensemble des charges : de production (locaux, matériel, véhicule, assurance), de protection sociale (maladie, famille, vieillesse, prévoyance). Les premières sont variables selon les modèles d'installation et d'exercice : du matériel de monitoring ou pas, d'échographie plus encore, un type de véhicule pour se déplacer, des locaux plus ou moins chers selon les zones, un taux de rétrocession lorsque l'on est en collaboration, des frais de

secrétariat pour un secrétariat à distance ou un service de prise de RDV sur internet...Les charges de protection sociales sont en grande partie standards et perçues comme très élevées depuis notamment que les sages-femmes ont rejoint la retraite complémentaire des chirurgiens-dentistes. Les choix de protection sociale complémentaire (prévoyance ou complémentaire retraite peuvent aussi varier notablement.

D'après les données de la DGCIS (observatoire des professions libérales), le revenu moyen des sages-femmes en 2010 au niveau national était de 25600 euros environ. Cela les situe entre le 7ème et le 8ème décile de la distribution des revenus salariaux des français³ mais parmi les plus bas revenus des professions libérales du champ de la santé, loin derrière les infirmières et les kinésithérapeutes (45000 environ) et plus encore des médecins, dentistes ou pharmaciens (Graphique 9).

Si tout le monde connaît la différence notable entre les honoraires et le revenu et les règles de précaution qui s'imposent pour « mettre de côté » les charges à payer sur les revenus acquis (en particulier les deux premières années), il reste que ce décalage dans le temps entre les honoraires et le paiement des charges rend très problématique au moins dans l'esprit des sages-femmes (et sans doute de tous les libéraux) la possibilité d'une baisse de revenus. Car le sentiment est là que le revenu baisse mais pas les charges.

Mais il faut insister sur la relative dispersion de ces revenus, à tout le moins des honoraires (Tableau 6 et Graphique 10). Ainsi 25% de libérales en Ile de France dites exclusives ont eu un total d'honoraires en 2012 de moins de 35000 euros et 50% de moins de 51000 euros. Les 25% plus gros honoraires dépassent 70000 euros annuels et les 10% les plus gros 87000. Il y a un facteur de 1 à 1.35 entre la médiane et le 3^{ème} quartile (les 50% d'honoraires les plus bas et les 25% d'honoraires les plus hauts) et de 1 à 1.7 entre la médiane et les 10% d'honoraires les plus hauts. Les très faibles montants observés pour la partie basse de la distribution sont nécessairement entachés par les données des remplacements : si ceux qui se sont terminés en 2012 sont hors champs, les remplacements réguliers (du type un jour par semaine ou pour les vacances) sont eux dans le champ.

TABLEAU 6 : MOYENNE ET DISTRIBUTION DES HONORAIRES ANNUELS 2012 DES SAGES-FEMMES LIBERALES D'ILE DE FRANCE

	Moyenne	Q1	Q2	Q3	Q90
Libérales exclusives	55 338	35 328	51 254	69 383	87 510
Mixtes	49 106	25 928	42 669	67 659	102 201

Champ : Ile de France ; sages-femmes libérales ayant eu une activité complète sur 2012 (i.e. hors fin d'activité ou installation en 2012)

Données : activité 2012

Source : Erasme, Assurance maladie ; calculs Plein Sens

Assez naturellement, les revenus moyens de celles qui ont une activité mixte sont en deçà, mais l'écart est somme toute réduit : la médiane est 20% plus basse mais les plus gros honoraires sont plutôt plus élevés que parmi les libérales exclusives. **Même si les mixtes exercent souvent à mi-temps en maternité, il est difficile de les considérer comme des mi-temps libéraux au vu de ces chiffres.**

Il n'est pas possible de voir avec les données d'activité dont on dispose ce qui, en dehors d'un effet volume, conduit à des honoraires plus élevés. On observe en effet que les structures d'activité sont tout à fait hétérogènes dans toutes les classes d'honoraires (Graphique 10). Et la typologie de pratique que nous avons énoncée plus haut n'induit pas un niveau d'honoraires donné. On pourrait donc penser que, et c'est bien normal dans une profession où les dépassements sont rares), le niveau des honoraires suit très directement la quantité d'actes réalisés.

³ D'après l'Insee : le 7^{ème} décile des revenus salariaux nets étaient à 23690 € en 2010 et le 8^{ème} décile à 28 060. Cela signifie que 70% des salariés ont un revenu moyen en dessous de 23690 € et 80% en dessous de 28 060 €. Sources : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives 2002 à 2004, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2011.

Cependant, cette question de quantité d'actes n'est pas seulement un sujet de demande. Compte tenu de la façon dont les sages-femmes interrogées racontent leur pratique, on comprend qu'il y a un énorme facteur de variance dans les revenus en fonction des choix d'organisation et de pratique retenus. En réalité, pour aborder la question de la rentabilité comparée des actes, et comprendre précisément comment s'établit le niveau d'honoraire d'une praticienne, il faudrait connaître en détail son « modèle de production », c'est-à-dire le temps consacré à la réalisation d'un acte donné et le mode de cotation effectivement mis en oeuvre. Les entretiens révèlent que les pratiques sont hétérogènes et que si les volumes horaires de travail déterminent certainement en partie le niveau des honoraires, ils ne les déterminent pas en totalité car tout le monde ne prend pas le même temps pour faire les choses.

La NGAP donne peu d'indications de durée :

- Elle stipule une durée minimale de 45 minutes pour les séances de préparation à la naissance mais sans indiquer de variation quand la préparation est en groupe (alors par exemple que pour la kinésithérapie il est indiqué que la séance moyenne est de 30 minutes et que si le praticien prend plusieurs patients simultanément (jusqu'à 3) il doit consacrer en continu ou en fractionné 30 minutes à chacun).
- Il est prévu une durée minimale d'enregistrement foetal de 30 minutes, ce qui de fait contraint à une séance d'au moins 40 ou 45 minutes.

Hormis ces deux indications, rien n'est prévu, pas même pour les séances de rééducation périnéale (d'ailleurs mieux rétribuées aux kiné qu'aux sages-femmes : AMK8 au lieu de SF7 soit 17,20 € pour un kiné et 16,80 € pour une sage-femme).

Au terme des entretiens, on serait tenté de suggérer qu'il n'est pas nécessaire de définir des durées minimales, car les sages-femmes ont tendance à « prendre du temps ». C'est un choix de soin qu'elles défendent pour certaines. On voit ici que c'est un choix économiquement couteux.

Nous avons repris quelques éléments de comparaison dans le tableau qui suit (Tableau 7). Les exemples, en particulier pour la rééducation et la préparation sont des exemples réels recueillis en entretien. Le tableau présente des types d'actes et des durées pour chacun. Il s'agit de durées programmées. Nous avons calculé ainsi un taux horaire apparent. Il est théorique puisque qu'entre le temps programmé généralement décrit en entretien et le temps pris effectivement « tout compris », il peut y avoir un écart significatif : localisation de la patiente, difficulté de l'acte en lui-même, nombre de questions posées, prise en charge de situations à risque....

TABLEAU 7 : EXEMPLE DE PRESTATIONS : DUREE ET TAUX HORAIRE APPARENT

	durée	nb patientes	cotation	remarques	total	taux horaire apparent
Consultation	1h00	1	C		23,00 €	23,00 €
	30 min	1	C		23,00 €	46,00 €
Surveillance au domicile post s24	40 min	1	SF15 + IFD		46,00 €	69,00 €
Préparation	1h00	1	SF12	séances 2 à 7	33,60 €	33,60 €
	1h30	3	3xSF11,6		97,44 €	64,96 €
	1h30	2	2xSF11,6	3 programmées mais 1 absente	64,96 €	43,31 €
	1h30	4	4x SF6		67,20 €	44,80 €
	2h00	4	4x SF6		67,20 €	33,60 €
	2h00	4	4xSF11,6	cotation pour 3 patientes appliqué à un groupe de 4 regroupement de séances	129,92 €	64,96 €
	4h00	3	6xSF11,6	"illégal"	194,88 €	48,72 €
Rééducation	20 min	1	SF6		16,80 €	50,40 €
	30 min	1	SF6		16,80 €	33,60 €
	30 min	1	SF6 + 2,20 €	"illégal"	19,00 €	38,00 €

Source : données de durée et cotation citées en entretien ; calcul Plein Sens

A titre d'exemple : la préparation en groupe de moins de 3 personnes ou de plus de trois personnes représente 23% des honoraires totaux des sages-femmes libérales en Ile de France. Sans pouvoir affirmer que personne ne le pratique, nous n'avons pas rencontré de sages-femmes qui font des séances de 45 minutes. La tarification est par ailleurs assez étrange car elle fait d'une séance à 4 une séance moins rémunératrice qu'à 3, sauf à en réduire la durée... Cela incite à privilégier les séances à trois ou à tarifier selon le tarif de 3 personnes un groupe de 4. On voit que selon le mode d'organisation choisi (durée et taille des groupes) mais aussi selon que l'on respecte ou non la tarification, le taux horaire apparent varie de près du simple au double.

Ces écarts de pratique pourraient conduire deux sages-femmes réalisant le même nombre d'heures de préparation à avoir 23% d'écart d'honoraires (l'une gagnant deux fois plus que l'autre sur 23% des actes).

Autre exemple : la consultation. Elle est aujourd'hui à 23 €. Pour nombre de sages-femmes rencontrées, cette activité est un moment clé dans la relation avec la patiente : c'est un type d'actes qu'elles apprécient particulièrement et elles pensent faire venir à elles des patientes qui apprécient le temps passé justement par la sage-femme par opposition à la consultation expéditive du gynécologue ou du médecin traitant. Tout semble se passer comme si elles devaient sacrifier leur revenu pour exercer leurs compétences à plein. Paradoxalement, certaines constatent que le gynéco tout proche fait 4 consultations par heure à 85€ là où elle prend le temps d'une heure, qui sera coté 23€.

Dernier exemple : la rééducation. Alors que tous les actes de rééducation prévus pour les kinés, les orthoptistes ou les orthophonistes ont une durée minimale, encore une fois, rien de tel pour les sages-femmes. Nous avons entendu parler de séances de 20 minutes et 30 minutes. Une sage-femme rencontrée facture des dépassements pour ses séances de 30 minutes. Elle estime que c'est la durée nécessaire pour faire un bon travail. Et comme il s'agit d'une durée « sur la table », le temps programmé est en réalité plus proche de 40 ou 45 minutes.

Enfin, quelques sages-femmes ont des pratiques particulières qui les conduisent à pratiquer des dépassements et parfois des actes hors nomenclatures : il peut s'agir de sophrologie, de tabacologie par exemple pour les dépassements, de séance en piscine ou de yoga non comptées comme des préparations au sens de l'assurance maladie pour les actes hors nomenclatures. Pour les dépassements, de façon générale, le sentiment est qu'on ne sait pas ce qu'est la tolérance de l'assurance maladie : qu'est-ce qui sera accepté ou pas ...

« pour la rééducation, il faudrait mieux des séances plus longues. J'ai essayé mais j'ai peur. Je fais bien le travail. On prend du temps. On fait le travail avec conscience mais j'ai peur, je ne connais pas la tolérance. Je connais la Présidente de l'Ordre du département, elle m'a dit de ne pas le faire (ndlr : des séances doubles comptées double) ».

S'agit-il d'une profession qui n'a pas encore appris à gagner de l'argent ? La dispersion des honoraires tend à prouver qu'il y a des marges de manoeuvre, au moins dans l'état actuel du nombre de sages-femmes installées. Reste que pour nombre de nos interlocutrices, on comprend qu'elles ne sont pas du tout agies par cette préoccupation, alors même que c'en est une pour elle. Gagner plus d'argent est d'abord vu comme une question d'heures de travail et de densité des heures. Parfois elles n'ont pas la possibilité de consacrer plus d'heures à leur travail, ou ne le souhaitent pas et elles ne semblent pas envisager de faire des choses plus rapidement dans le temps consacré à leurs travaux. Pour certaines, l'attrait du libéral est bien dans le fait de « prendre le temps » d'un travail relationnel que l'hôpital qu'elles ont quitté n'offrait plus.

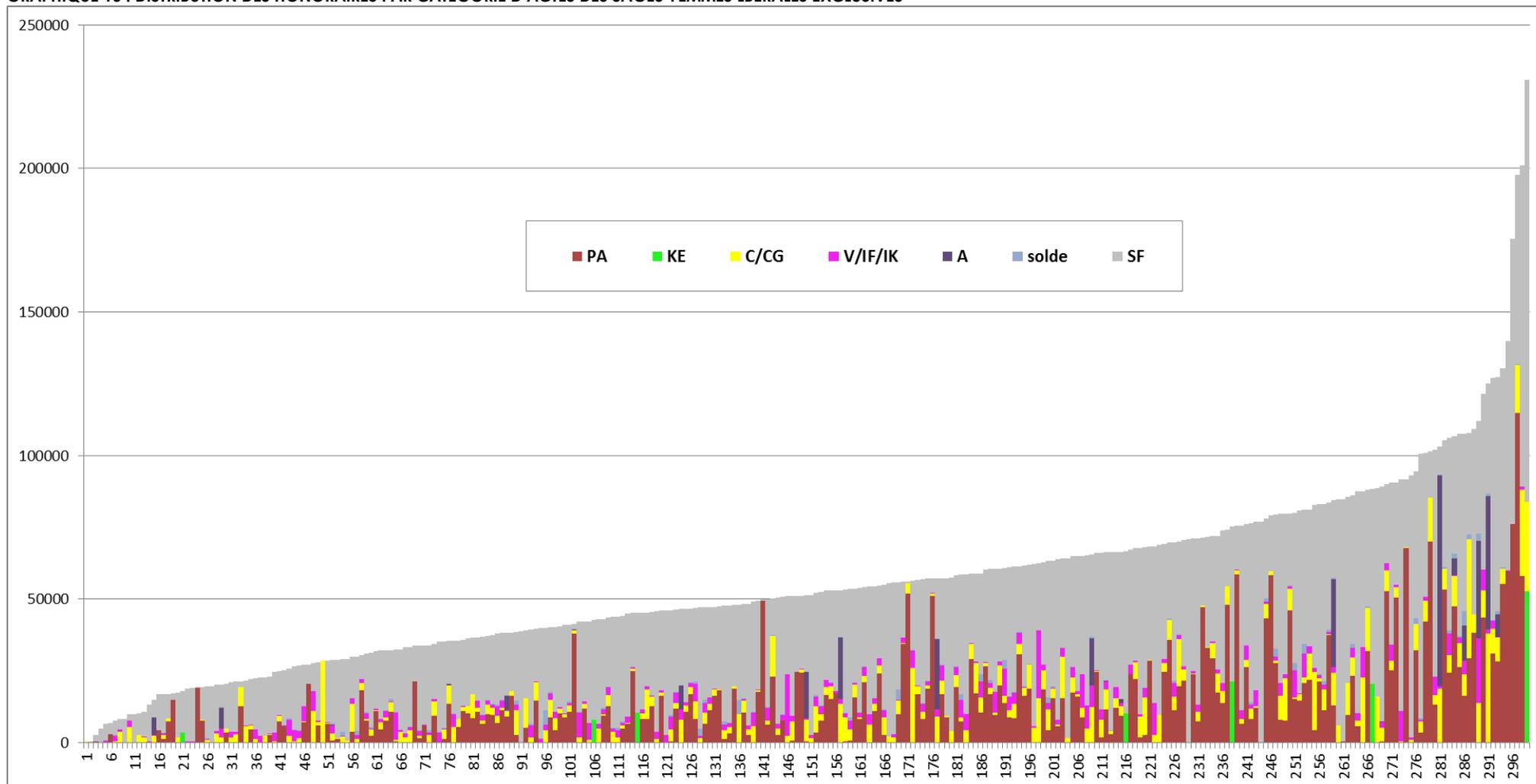
Notre hypothèse est que beaucoup sont loin de raisonner leur pratique économiquement. Peut-être les choses seront-elles amenées à changer avec l'augmentation du nombre de libérales, la plus grande connaissance des pratiques des consœurs (ou concurrentes), les

⁴ Indiquer qu'il y a là une « incitation » à ne pas respecter la nomenclature ne doit pas être interprété comme une légitimation de ce non respect. D'une part, nous n'avons pas à juger des pratiques, d'autre part, nous constatons que les infractions existent et que celles qui sont concernées ne voient qu'une juste rétribution à leur travail.

arbitrages personnels renouvelés avec l'avancée en expérience...Notre propos n'est pas de dire que cela serait souhaitable, nous n'avons ni compétence ni légitimité à juger des pratiques des personnes rencontrées. Il s'agit en revanche, de poser l'hypothèse que la culture d'une profession peut évoluer quand elle se transforme.

En particulier, s'il devait y avoir « trop de sages-femmes » localement ou plus généralement : que faut-il prévoir des modes d'ajustement des pratiques ? Est-il vraiment possible de faire plus d'actes (comme les kinés), de faire plus de dépassements, plus d'actes hors nomenclatures ? Ces questions sont à venir. En l'état, il semble que l'on ait massivement à faire à une profession très « dans les clous », très soucieuse de la qualité du travail et peu rarement guidée par l'économie de sa pratique.

GRAPHIQUE 10 : DISTRIBUTION DES HONORAIRES PAR CATEGORIE D'ACTES DES SAGES-FEMMES LIBERALES EXCLUSIVES



Champ : Ile de France ; sages-femmes libérales exclusives ayant eu une activité complète sur 2012 (i.e. hors fin d'activité ou installation en 2012)

Données : activité 2012

Source : Erasme, Assurance maladie ; calculs Plein Sens

PA : préparation à l'accouchement en groupe / KE : échographie / C/CG : consultations et suivi post natal / V/IF/IK : sommes de visites, indemnités forfaitaires et indemnités kilométriques / A : accouchements / SF : actes SF

3. Zones et territoires

Dans cette partie, nous allons rappeler le zonage tel qu'arrêté par l'ARS. Nous poserons un rapide constat sur les inégales ressources de soins de chacun et nous analyserons à travers 6 zones retenues comme territoire d'enquête, la façon dont les sages-femmes libérales s'inscrivent dans un territoire.

■ zonage arrêté par l'ARS et le dispositif d'incitation

L'ensemble du territoire national a fait l'objet d'une partition en zones sur-dotées, très dotées, intermédiaires, sous-dotées, très sous-dotées ou sans sage-femme selon la densité observée de sages-femmes libérales. Le zonage est établi selon les frontières des zones d'emploi Insee de 2009 et la densité est estimée en rapportant le nombre de sages-femmes exerçant en tout ou partie en libéral au nombre de naissances annuelles sur la zone. Dans les zones sans sages-femmes il est distingué celles qui ont moins de 350 naissances annuelles et celle qui excèdent ce seuil.

Le dispositif de régulation prévoit que dans les zones « sans sages-femmes », « très sous-dotées » et « sous-dotées », les sages-femmes puissent bénéficier d'un « contrat d'incitation » qui permet aux sage-femme libérales conventionnées de percevoir une aide forfaitaire à l'équipement et de bénéficier d'une prise en charge de la totalité de ses cotisations sociales dues au titre des allocations familiales. Dans les zones « sur dotées » en sages-femmes libérales, l'accès au conventionnement ne devient possible que si une sage-femme libérale conventionnée cesse définitivement son activité dans la zone ou la réduit d'au moins 50 % par rapport à son activité des deux années précédentes.

Le classement des zones se fait par comparaison des zones au niveau national des densités en sage-femme libérales, calculé comme le rapport du nombre de libérales par le nombre de naissances sur chaque zone. Les zones sans sages-femmes sont exclues. Les 10% de zones les moins dotées sont catégorisées comme très sous-dotée, les 10% suivantes de sous-dotée, les 60% suivantes comme intermédiaire et les 5% suivantes comme surdotées et les 15% suivantes comme très sur-dotées. Chaque ARS publie un arrêté définissant le zonage sur sa région, en activant si elle le juge opportun le changement de classification de certaines zones (dans la limite de 20%). L'ARS d'Ile de France a repris en l'état la catégorisation posée au niveau national.

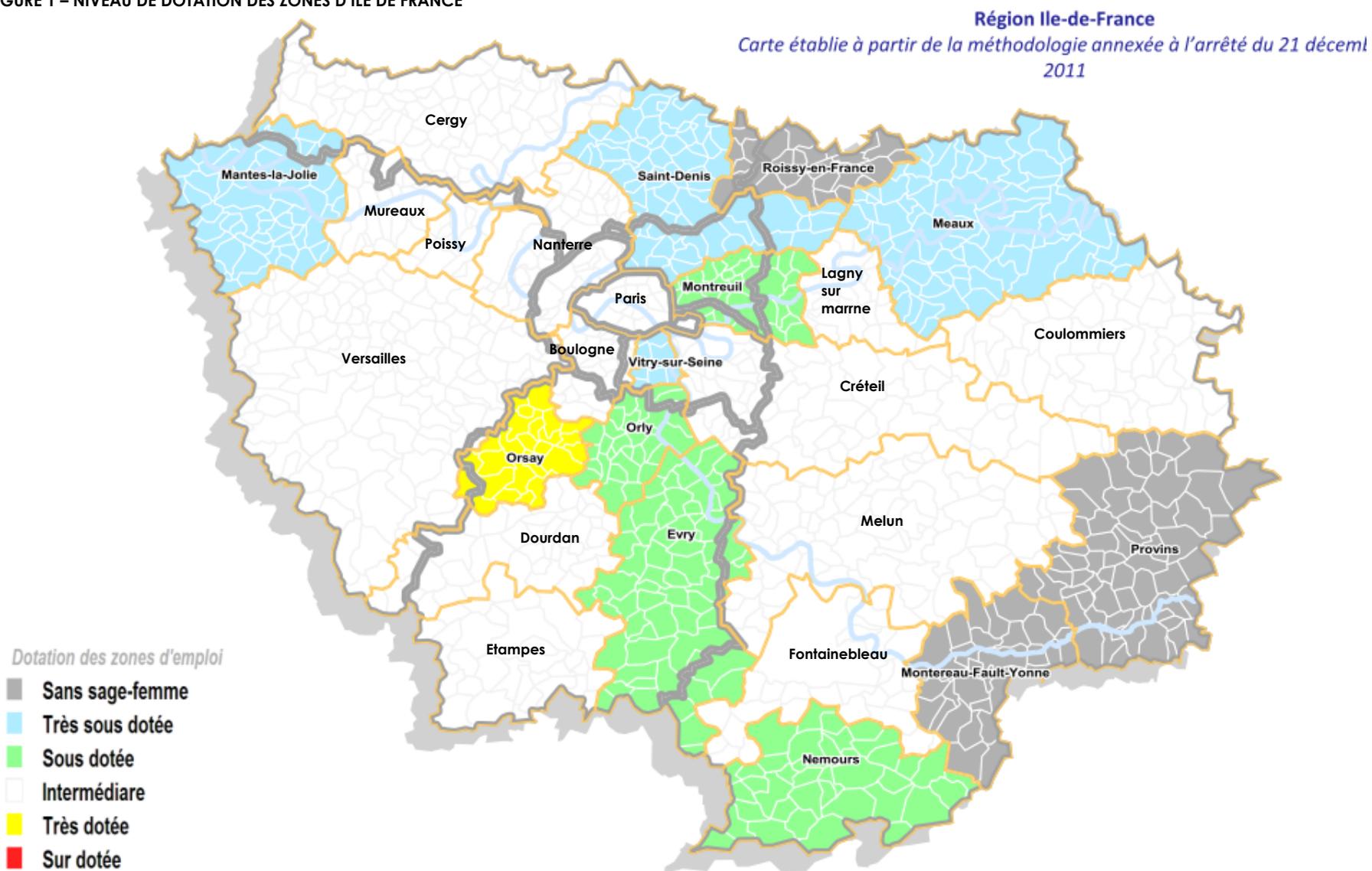
Les données de calcul sont :

- les effectifs libéraux actifs en 2011 et ayant perçu au moins 2500 € d'honoraires en 2010 (source SNIRAM)
- le nombre de naissances domiciliées en 2010 (source Insee – Etat civil)

Les professionnels exerçant dans plusieurs cabinets d'une même zone d'emploi sont comptés pour une seule.

La région compte ainsi 26 zones dont 3 sont au moment de l'arrêté définies comme sans sages-femmes, 4 sont « très sous-dotées », 4 « sous-dotées », 14 « intermédiaires » et 1 « très dotée ». Ainsi, selon ce principe de comparaison nationale, aucune zone d'Ile de France n'est identifiée comme très sur-dotée ne devant pas ouvrir à de nouvelles installations, une seule zone est sur-dotée (nous y reviendrons).

FIGURE 1 – NIVEAU DE DOTATION DES ZONES D'ILE DE FRANCE



■ Les zones d'emploi : un zonage peu pertinent

Le découpage retenu par l'assurance maladie pour classer les territoires est celui des 364 zones d'emploi de 2009, soit en réalité celui de 1990, un nouveau zonage ayant été défini par l'Insee et le Ministère de l'emploi en 2010 ne retenant plus que 322 zones d'emploi.

Une zone d'emploi est un espace géographique (un ensemble de communes) à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent, et dans lequel les établissements peuvent trouver l'essentiel de la main d'œuvre nécessaire pour occuper les emplois offerts. **Le découpage en zones d'emploi constitue une partition du territoire conçue pour les études locales sur le marché du travail.** Une actualisation des zones a ainsi été réalisée en 2010 pour tenir compte de l'évolution des flux migratoires domicile-travail. Le nouveau zonage est moins dense, en particulier autour des grands centres urbains.

Ce choix méthodologique des zones d'emploi pour piloter la répartition des Sages-femmes paraît très problématique.

Il est toujours étrange de retenir un zonage reconnu comme obsolète (zones d'emploi de 1990 et non de 2010). Aucune justification n'est avancée. On peut penser que deux arguments plaident en faveur de l'ancien zonage : il respecte le découpage régional d'une part⁵, il est plus dense d'autre part. Reste que ce qui fonde le zonage (l'analyse des flux pendulaires) ne correspond pas à la réalité des territoires si on ne tient pas compte de la mise à jour.

Le choix de ce zonage imposé au niveau national aux ARS pose d'évidence un problème de cohérence avec les cadres régionaux d'analyse de l'offre de soins. Rappelons que loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit plusieurs dispositions pour adapter les réponses de santé aux spécificités et aux besoins locaux, pour améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins et médico-sociale et lutter contre les inégalités de santé. Elle dispose en particulier que « le Directeur Général de l'Agence de Régionale de Santé (ARS) définit après concertation les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours » (article L 1434-16 du code de la santé publique). On peut s'étonner qu'il ne soit pas prévu de cohérence entre les zonages retenus pour les dispositifs visant l'amélioration de la répartition géographique des professionnels et pour l'analyse de l'offre de soins.

Par ailleurs, on notera que l'assurance maladie retient une logique territoriale différente que pour la convention des infirmières. En 2008-2009, la mise en application de l'avenant n°1 de la Convention des infirmiers libéraux a conduit à définir le niveau de dotation en infirmiers libéraux à partir de critères nationaux à une échelle territoriale identique pour toutes les régions françaises. Ce territoire était une fusion entre les bassins de vie INSEE dans les zones rurales et des pseudo-cantons dans les zones urbaines.

A priori, rien ne permet de penser que les zones d'emploi (périmées qui plus est) ont une quelconque pertinence pour analyser la répartition des sages-femmes libérales. Reste à voir si a posteriori, elles se révèlent par un heureux hasard, bien conformées pour l'usage visé.

En réalité, les problèmes posés par les zones d'emploi tiennent d'abord à l'étendue de leur superficie. On comprend que cette maille de territoire permettait de ne pas avoir une carte « à trous », où la plupart des zones sont vides dès lors qu'elles sont de plus petite taille (il y avait 3200 sages-femmes libérales répertoriées par l'assurance maladie sur toute la France au moment de la définition du zonage).

⁵ Les zones d'emploi 2010 ne respectent pas nécessairement les limites régionales contrairement à celui de 1990 respectait les contours des régions (dans le code à 4 chiffres de la zone d'emploi les deux premiers désignent la Région). Dans le nouveau zonage, certaines zones sont « à cheval » sur plusieurs régions (le code de la zone commence alors par 00).

Le premier problème, non spécifique à l'Ile de France est la superficie des zones : elle est hétérogène mais surtout, le plus souvent beaucoup trop vaste pour que le territoire puisse être considéré comme un territoire de recours, et rien ne garantit que la répartition des sages-femmes se fera uniformément sur la zone en fonction des bassins de population.

TABLEAU 8 : COMPOSITION DES ZONES

Nom	Niveau	Superficie (ha)	Nb de communes	Naissances 2012	% naissances	SF libérales 2013	densité
Paris (1131)	3-intermédiaire	10540	1	29291	16,2%	124	42
Nanterre (1132)	3-intermédiaire	38235	67	28843	15,9%	86	30
Saint-Denis (1137)	1-très sous dotée	53154	76	23016	12,7%	27	12
Montreuil (1136)	2-sous dotée	20252	38	17939	9,9%	46	26
Créteil (1135)	3-intermédiaire	83839	76	13790	7,6%	36	26
Boulogne-Billancourt (1133)	3-intermédiaire	13824	28	13209	7,3%	56	42
Versailles (1142)	3-intermédiaire	138067	137	8546	4,7%	40	46
Orly (1144)	2-sous dotée	18714	30	7901	4,4%	19	24
Vitry-sur-Seine (1134)	1-très sous dotée	4493	8	5285	2,9%	10	20
Cergy (1138)	3-intermédiaire	69274	94	5242	2,9%	15	28
Evry (1147)	2-sous dotée	67653	66	4803	2,7%	13	27
Melun (1148)	3-intermédiaire	94292	83	4003	2,2%	11	27
Meaux (1155)	1-très sous dotée	81649	91	2702	1,5%	8	31
Mantes-la-Jolie (1141)	1-très sous dotée	45976	67	2471	1,4%	6	23
Poissy (1139)	3-intermédiaire	10897	14	2304	1,3%	15	64
Lagny-sur-Marne (1154)	3-intermédiaire	18871	30	2053	1,1%	15	72
Les Mureaux (1140)	3-intermédiaire	19209	29	1790	1,0%	9	50
Orsay (1143)	4-très dotée	20968	25	1509	0,8%	7	45
Dourdan (1145)	3-intermédiaire	40373	44	1330	0,7%	5	40
Coulommiers (1153)	3-intermédiaire	71153	54	918	0,5%	2	16
Fontainebleau (1149)	3-intermédiaire	47546	33	880	0,5%	6	63
Roissy-en-France (1156)	0-sans sage femme	22633	28	799	0,4%	0	0
Etampes (1146)	3-intermédiaire	43213	33	782	0,4%	4	45
Montereau-Fault-Yonne (1151)	0-sans SF	38249	30	695	0,4%	2	29
Nemours (1150)	2-sous dotée	53167	38	592	0,3%	1	17
Provins (1152)	0-sans SF	74986	61	536	0,3%	0	0
		1201227	1281	181229	100%	559	31

Il est possible que l'Ile de France appelle une analyse spécifique : le phénomène métropolitain est difficile à « découper ». On peut donc penser que l'analyse de la densité à Paris et en petite couronne soit nécessairement différente de l'analyse en zone très peu dense de grande couronne.

En l'état, on voit que les zones ont des configurations incompréhensibles : en petite couronne, la zone de Vitry ne rassemble que 8 communes sur 4.5 km² et compte pour 2.9% des naissances de la région, celle de Saint Denis rassemble 76 communes sur 53 km² et compte une naissance sur 8 de la région, celle de Créteil est longue de plus de 100km, rassemble 76 communes sur 83 km² et une naissance sur 12.

Le problème de l'étendue de ces zones est que tout ce qui est évalué à l'aide d'indicateurs moyens est très peu représentatif de la réalité de l'échelle locale, car les répartitions ne sont pas uniformes.

Malgré cette réserve, nous allons décrire à l'aide de quelques données la situation de ces zones du point de vue de l'offre de soins complémentaire/concurrente de celle des sages-femmes libérales.

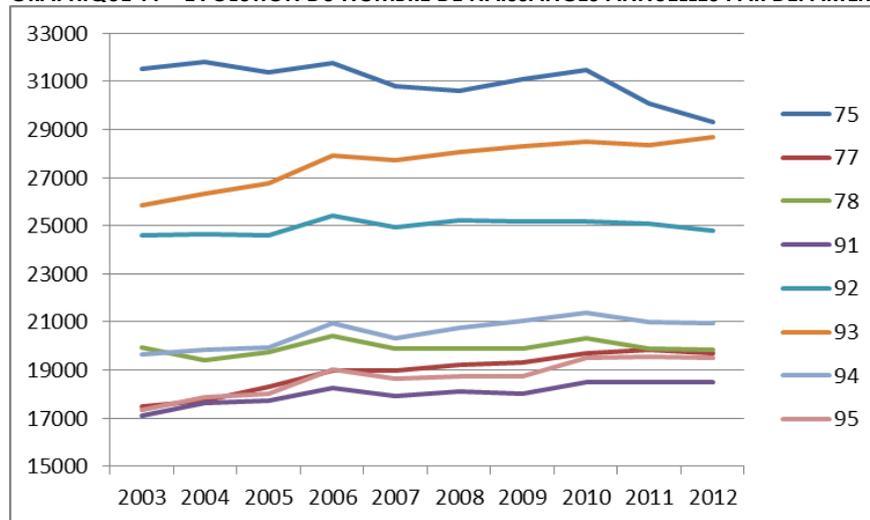
■ L'offre de soins par zone

> La densité de sages-femmes libérales

Le nombre des sages-femmes libérales augmente partout en Ile de France et plus vite que les naissances. Les naissances augmentent en moyenne également mais selon une dynamique assez contrastée.

Sur presque 10 ans (2003-2012), le nombre des naissances annuelles est passé en Ile de France de 173500 à 181000, soit une augmentation de près de 4%. Mais derrière cette moyenne régionale se cachent des dynamiques territoriales extrêmement contrastées : l'augmentation des naissances sur la même période a été de plus de 10% en Seine Saint Denis (+11%), dans le Val d'Oise (+12%) et en Seine et Marne (+12%), elle a été plus modérée en Essonne (+7%) et dans le Val de Marne (+8%). A l'inverse, Paris a sur la même période perdu des naissances (-7%) et deux départements se maintiennent : les Hauts de Seine (+1%) et les Yvelines (-1%).

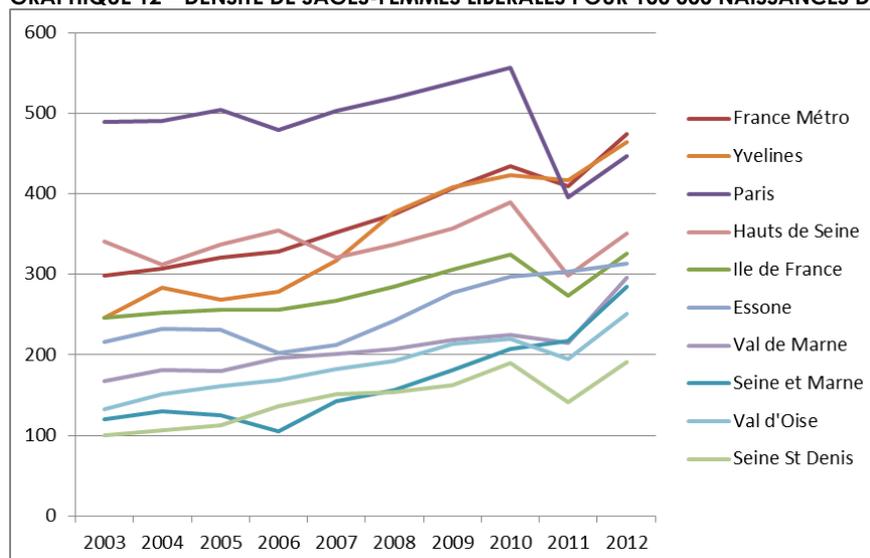
GRAPHIQUE 11 – EVOLUTION DU NOMBRE DE NAISSANCES ANNUELLES PAR DEPARTEMENT D'ILE DE FRANCE



Source : Insee – Etat civil

Les effectifs de sages-femmes libérales ont cru beaucoup plus vite que les naissances : les densités de sages-femmes libérales très inégales sont partout en croissance (Graphique 12).

GRAPHIQUE 12 – DENSITE DE SAGES-FEMMES LIBERALES POUR 100 000 NAISSANCES DOMICILIEES



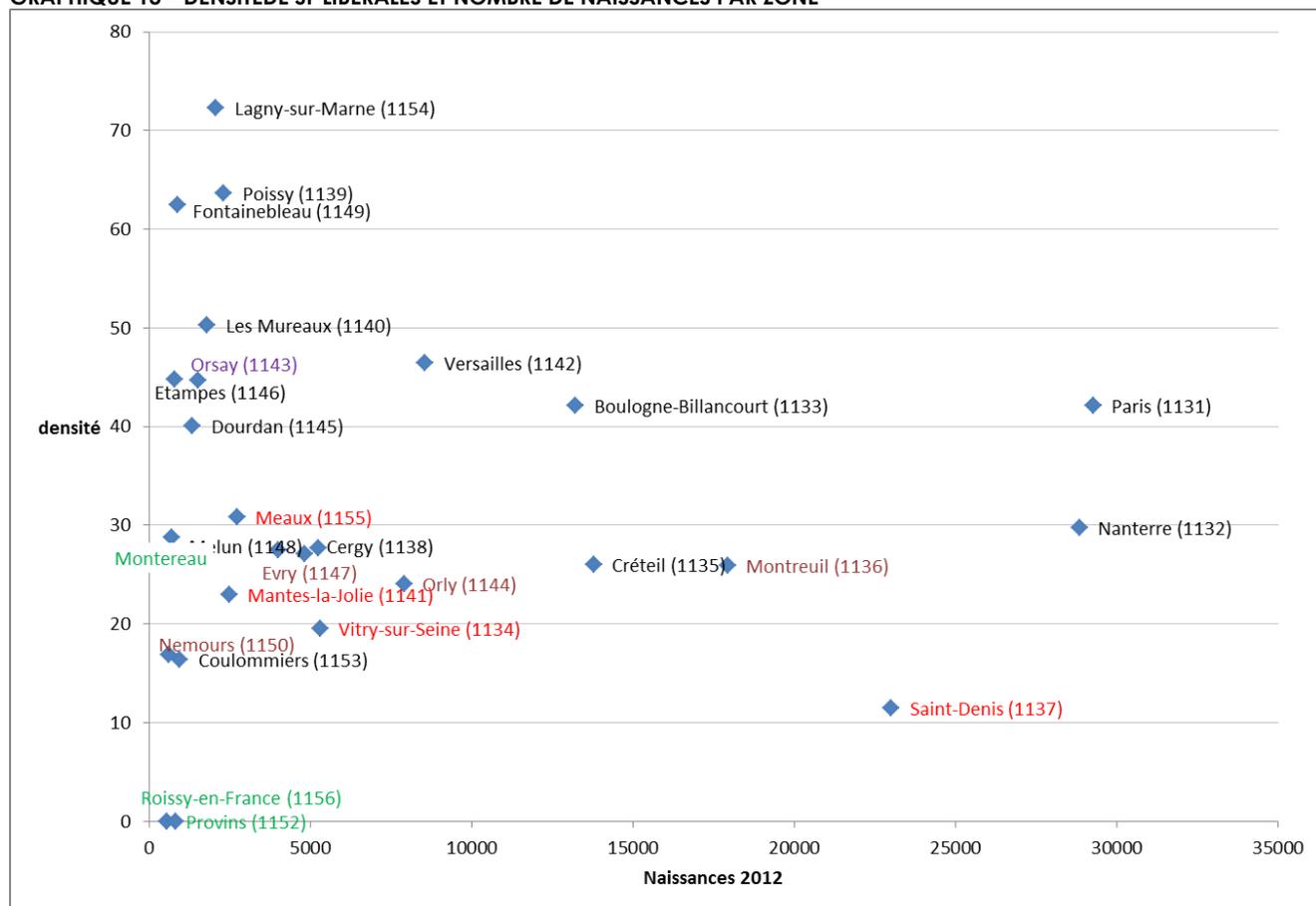
Source : Drees, données annuelles sur les professions de santé et Insee-Etat civil

Si Paris et les Yvelines ont une densité libérale ou mixte proche de la moyenne nationale, les autres départements ont des densités sensiblement plus faibles, voire très basses (Seine Saint

Denis en particulier). Appliquée au zonage, ce calcul de densité donne à voir la très grande dispersion des zones en termes de densité (Graphique 13):

- deux zones de faible population sans sage-femme Roissy et Provins,
- quelques zones parmi les plus dotées mais comptant moins de 2000 naissances annuelles : Lagny, Poissy, Fontainebleau, les Mureaux.
- des grosses zones très denses comme Boulogne et Paris qui ont une densité moyenne plus forte que l'ensemble de l'Ile de France.
- deux grosses zones beaucoup moins bien dotées : Créteil et Montreuil
- une zone très peuplée en très net retrait par rapport à toute la région : Saint Denis
- d'autres zones beaucoup plus petites en population avec une densité faible sur des territoires très divers : Vitry, Mantes, Orly, Melun, Cergy, Meaux, Nemours et Coulommiers.

GRAPHIQUE 13 – DENSITE DE SF LIBERALES ET NOMBRE DE NAISSANCES PAR ZONE



Source : SF libérales : RPPS décembre 2013 – Naissances 2012

A NOTER : Pour qualifier les zones ici et dans les pages qui suivent, les calculs des effectifs de sages-femmes libérales sont faits à partir du fichier RPPS de décembre 2013. Chaque sage-femme a un poids total de 1 éventuellement réparti entre ses divers lieux d'activité. Par exemple une libérale qui a deux cabinets compte pour 0.5 dans chacun de ses cabinets, et une mixte compte pour 0.5 sur son lieu d'emploi salarié et 0.5 sur la ville de son cabinet.

La photographie de la densité présentée sur ce graphique est établie à partir de données 2013 pour les effectifs de sages-femmes. On a fait figurer à travers un code couleur la catégorie de zone : en violet (Orsay) la zone qualifiée de sur-dotée, en rouge vif, les 4 zones considérées comme très sous-dotées, en brun, les sous-dotées et en vert les sans sage-femme. Le reste, en noir, est l'ensemble des zones dites intermédiaires.

On voit qu'en deux ans : la cartographie a nettement évolué : 3 des 4 zones très sous-dotées sont maintenant au même niveau que la plupart des zones sous-dotées mais aussi au même niveau que certaines zones intermédiaires. Une zone sans sage-femme compte désormais deux sages-femmes et est à la moyenne régionale en termes de densité. Sans que nous ayons les données de référence pour le reste de la France permettant de les situer précisément dans

la distribution nationale des densités, 3 zones pourraient être sur-dotées : Fontainebleau, Lagny et Poissy. Saint Denis, territoire majeur en termes de population reste à un niveau critique ment bas de sages-femmes libérales.

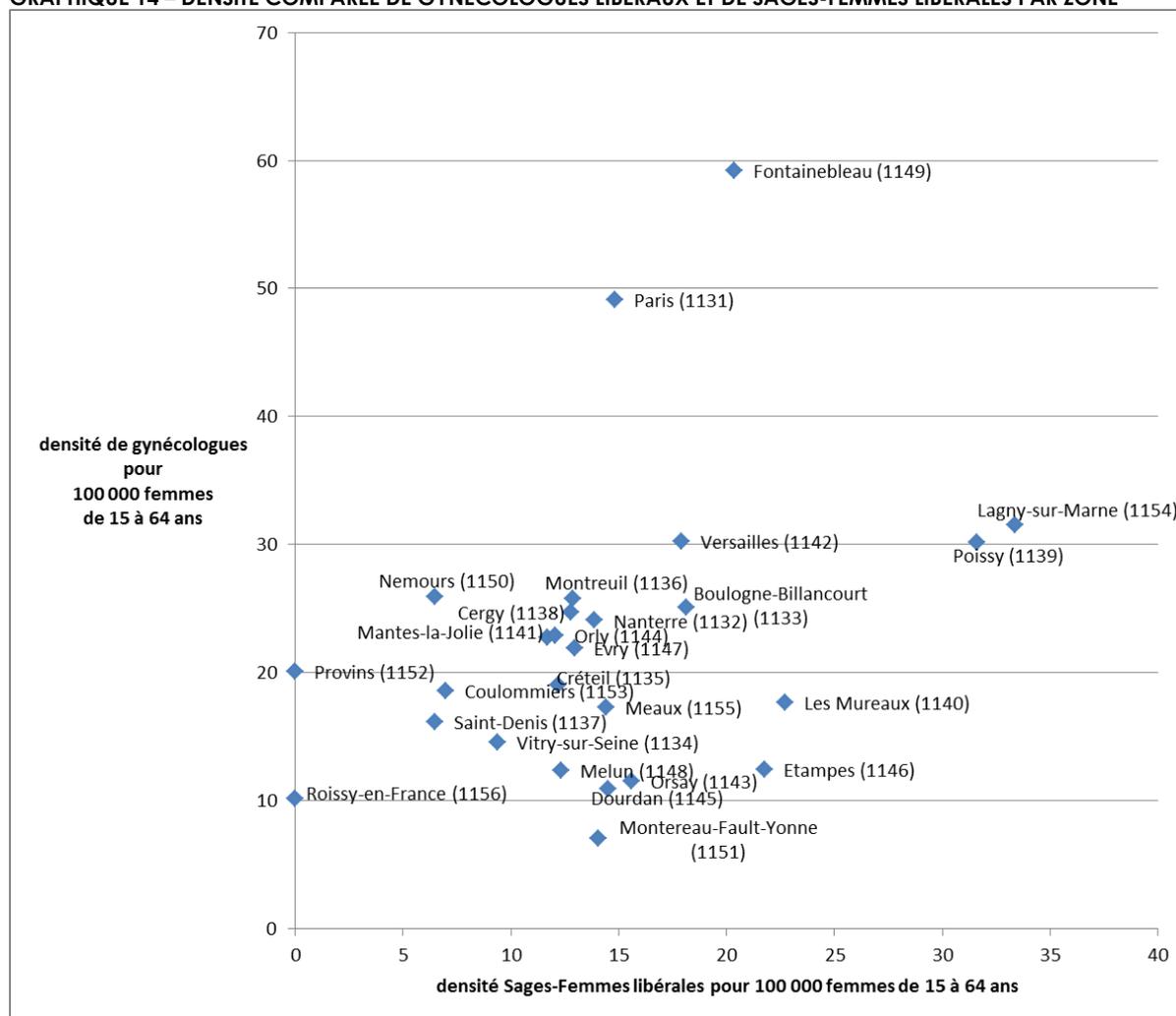
Nous allons maintenant examiner successivement comment la densité de sages-femmes est complémentaire ou supplémentaire de la densité de gynécologues, des sages-femmes de PMI ou de généralistes selon les zones.

> Sages-femmes libérales et gynécologues

La région Ile de France se caractérise par une offre de gynécologues particulièrement élevée : 33% des gynécologues médicaux exerçant en cabinet, et 24% des gynécologues obstétriciens exercent en Ile de France.

Les zones telles que définies par la convention sont plus ou moins dotées et on n'observe pas de lien entre la densité de SF libérales et la densité de gynécologues (graphique 12).

GRAPHIQUE 14 – DENSITE COMPAREE DE GYNECOLOGUES LIBERAUX ET DE SAGES-FEMMES LIBERALES PAR ZONE



Deux zones se distinguent par un taux particulièrement élevé de gynécologues : Paris et plus encore, Fontainebleau. A densité de SF égales, des zones vont connaître des densités de gynécologues allant du simple au triple (Montereaufault-Yonne versus Nanterre).

Cette densité a un effet direct sur la possibilité de développer rapidement une offre de soins en suivi gynécologique. Les sages-femmes libérales installées sur des territoires « où il n'y en n'a pas » (territoires qui sont nombreux à une échelle plus fine que les zones), enregistrent une demande très soutenue (et y répondent selon qu'elles se sont formées ou pas).

D'un point de vue démographique, cette population est réputée vieillissante et il faut donc prévoir une augmentation du recours aux sages-femmes. Mais bien sûr, localement, cet effet moyen ne vaut pas prédiction et c'est l'âge réel du ou des praticiens installés qui est significatif.

> Sages-femmes libérales et Sages-femmes de PMI

Il y avait en 2013, 193 sages-femmes exerçant en PMI en Ile de France, pour 555 sages-femmes libérales installées. Il s'agit bien d'une offre de soins de ville substantielle à prendre en compte sur les territoires, d'autant que comme nous l'avons vu, elles assurent une prise en charge tout à fait complémentaire en particulier auprès de femmes que les libérales ne peuvent recevoir, faute de droits à l'assurance maladie).

D'après l'Art R. 2112-7 du code de la santé publique : « Le service départemental doit disposer : D'une sage-femme à temps plein ou son équivalent pour 1500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidants dans le département. ». Le tableau 9 compare les effectifs présents par département à ce seuil réglementaire.

TABEAU 9 : EFFECTIFS REELS ET REGLEMENTAIRE DE SF DE PMI PAR DEPARTEMENT

Dep	Naissances 2012	SF PMI (dec 2013)	SF d'autres services département.	densité PMI pour 10000 naissances	seuil de 1SF / 1500 naissances	écart : reel / seuil
75	29291	11		3,8	20	-44%
77	19678	14	2	7,1	13	7%
78	19827	14	2	7,1	13	6%
91	18506	21	1	11,3	12	70%
92	24790	28		11,2	17	68%
93	28675	46	1	16,0	19	141%
94	20967	38	1	17,9	14	168%
95	19495	17		8,6	13	29%
	181229	188	7	10,4	121	56%

On voit ici qu'hors Paris, tous les départements respectent le seuil réglementaire, mais les politiques sont plus ou moins développées : la Seine et Marne et les Yvelines sont très proches du seuil, ils ont néanmoins créé chacun deux postes salariés de sage-femme en Centres de santé. Le Val d'Oise est un peu au-dessus du seuil, l'Essonne et les Hauts de Seine ont près de 70% d'effectifs « supplémentaires » et les deux départements de Seine Saint Denis et du Val de Marne se distinguent par une sur-dotation particulièrement importante.

Malheureusement, l'analyse par zone ne peut pas être faite car l'enregistrement des sages-femmes de PMI (au moins pour le Val de Marne) ne distingue pas précisément les lieux d'exercice.

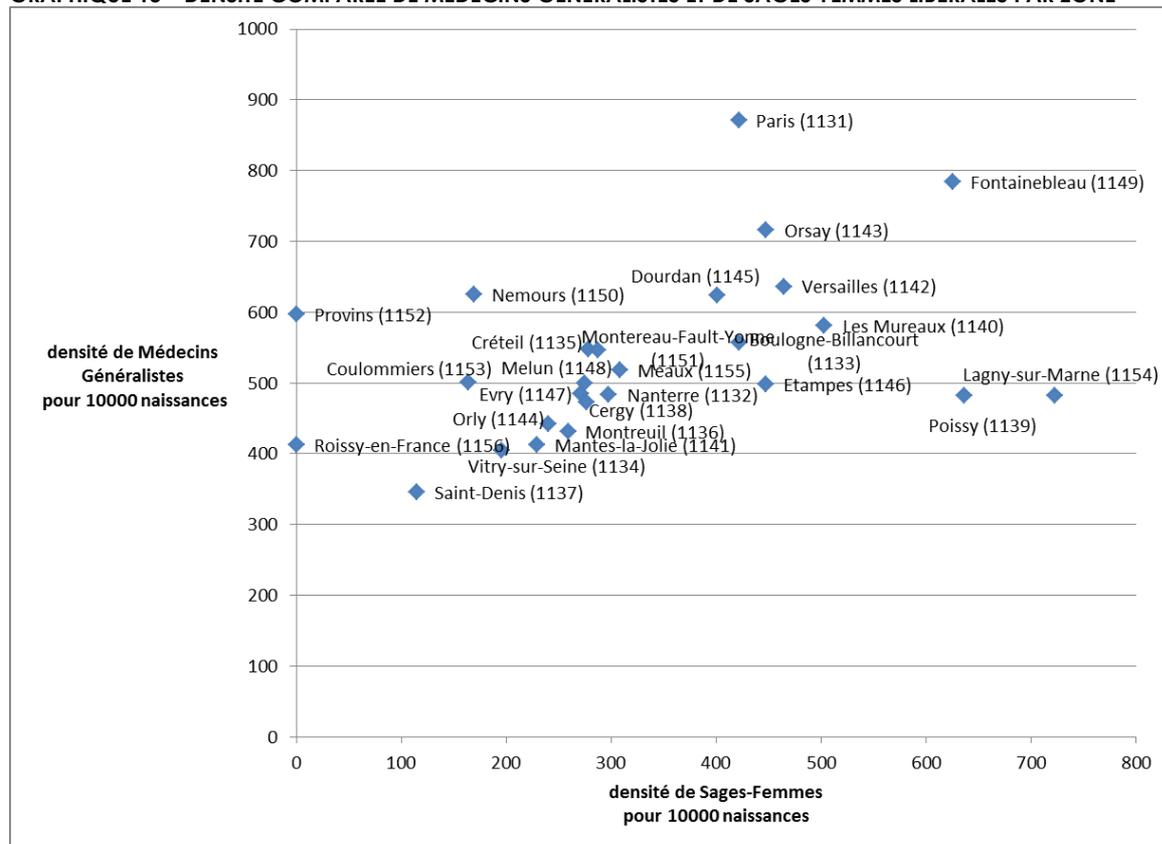
Pour la réflexion démographique, on peut se demander si les départements vont continuer leur soutien à la PMI comme ils le font compte tenu de leurs finances.

> L'offre de médecins généraliste

Il y avait en 2013, 9838 médecins généralistes libéraux installés en Ile de France. Si l'on compare leur densité (rapportée ici au nombre des naissances) à celle des sages-femmes on observe une forte corrélation entre les deux : les zones où les médecins sont plus rares sont aussi les zones où les sages-femmes sont plus rares (Graphique 15). Cela étant, la corrélation n'est pas stricte et certaines zones ont des caractéristiques singulières :

- Lagny et Poissy qui ont une forte densité de sages-femmes ont une densité moyenne de généralistes
- Paris a la plus forte densité de généraliste mais n'a pas une densité de sages-femmes aussi supérieure à la moyenne régionale
- Provins et Nemours n'ont pas ou peu de sages-femmes mais ont une densité de médecins supérieurs à la moyenne.

GRAPHIQUE 15 – DENSITE COMPAREE DE MEDECINS GENERALISTES ET DE SAGES-FEMMES LIBERALES PAR ZONE

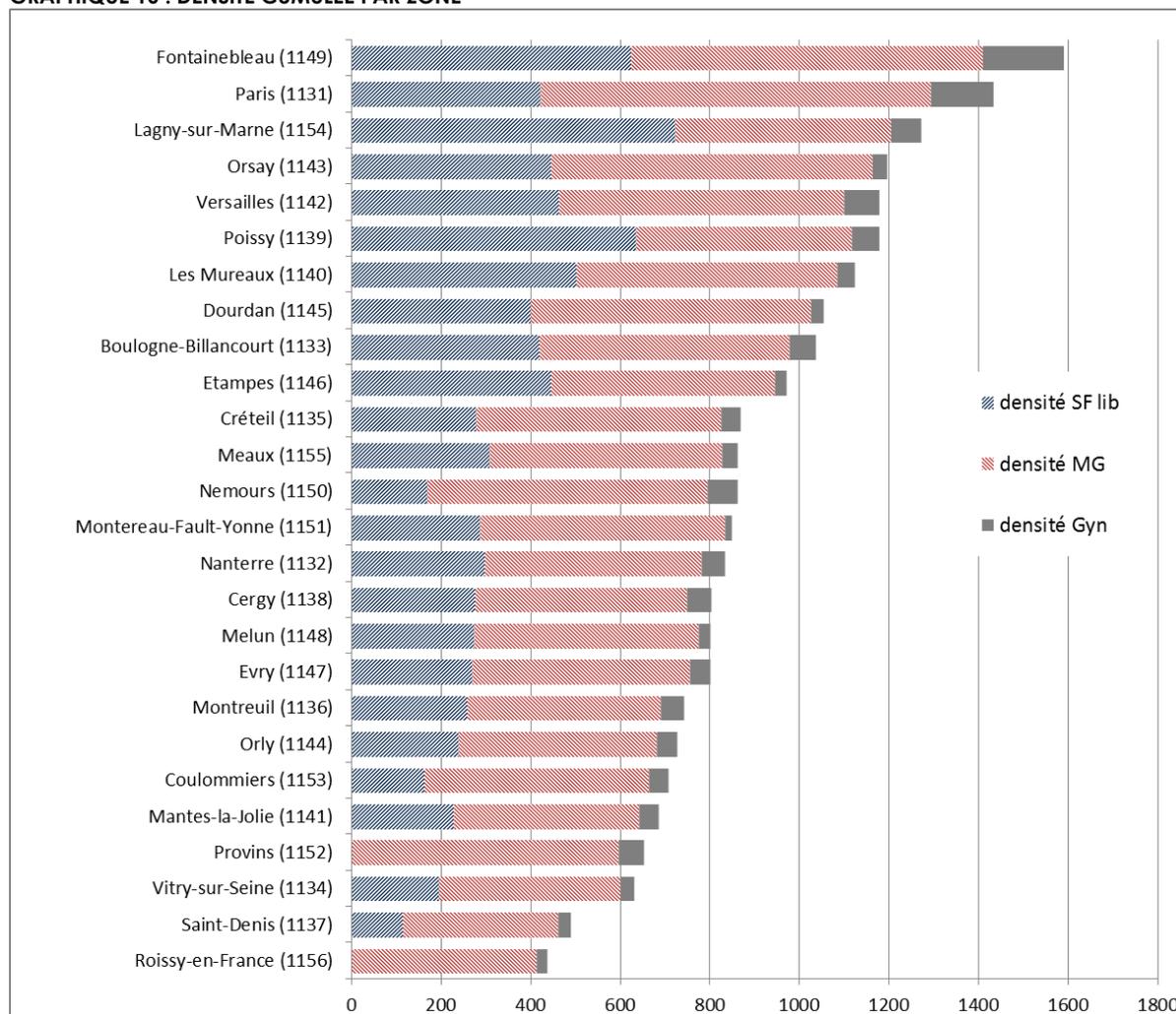


> Un indicateur agrégé de dotation

Au total, si l'on calcule un indicateur agrégé de la somme des libéraux sages-femmes, médecins généraliste et gynécologues pour 10000 naissances (sans pouvoir y ajouter la PMI faut de données ad hoc), on voit les effets largement cumulatifs des défauts ou des surplus de praticiens : au total il y a un écart de 1 à 4 dans cette densité cumulée (Graphique 16).

Une telle approche ne doit pas laisser penser qu'il faut faire l'hypothèse d'une substitution entre les trois professions de santé, mais simplement cela permet de prendre la mesure de ce que les environnements de travail des sages-femmes libérales sont tout à fait distincts localement.

GRAPHIQUE 16 : DENSITE CUMULEE PAR ZONE



> Les lieux d'accouchement

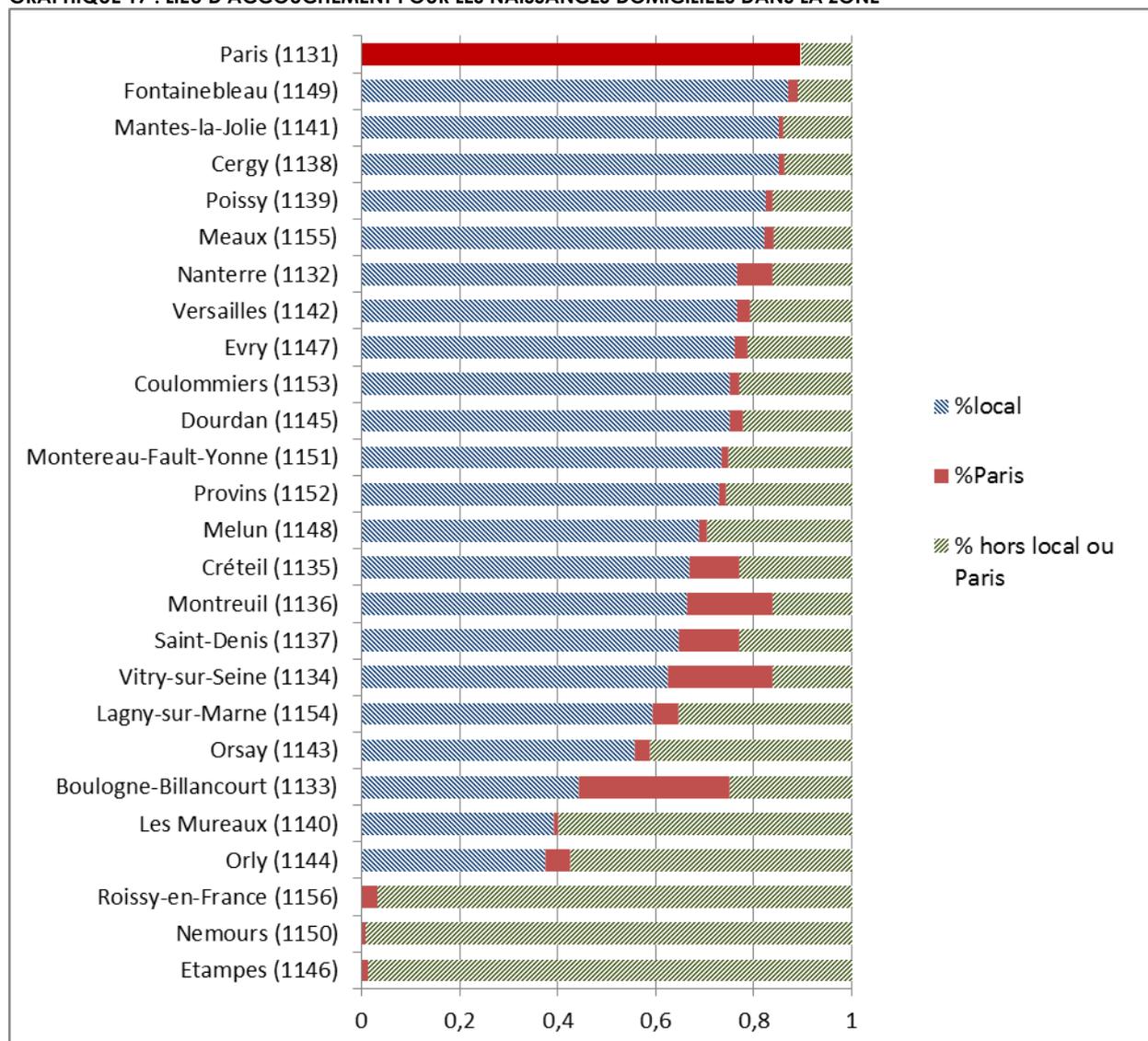
L'Ile de France comptait en 2012 93 maternités qui ont assuré plus de 180 000 accouchements dont 177000 d'enfants résidents en Ile de France. De tailles très inégales, elles ont assuré entre 150 et 5000 accouchements dans l'année.

Nous n'avons pas fait d'analyse au sens strict du recours aux maternités en fonction de la localisation du domicile et de l'établissement de santé. Nous nous limitons à constater la part des naissances d'une zone qui ont été accouchées dans la zone.

Ainsi, 90% des petits parisiens naissent dans un établissement parisien. Les établissements parisiens accouchent une part significative des naissances domiciliées sur les zones attenantes à Paris : Boulogne (31%), Vitry (21%), Montreuil (18%), Saint Denis (13%), Créteil (10%) ou Nanterre (7%).

Dans des zones de deuxième couronne, quand il existe une offre locale de maternité, l'essentiel (au moins 3 naissances sur 4) se fait dans une maternité de la zone. Quelques zones bien que dotée d'une ou plusieurs maternités ont des taux de recours aux maternités locales faibles en raison de la proximité hors zones de grands établissements (à l'exemple de la zone d'Orly). Enfin, 3 zones en périphérie de l'Ile de France ne comptent aucune maternité : Roissy, Nemours et Etampes.

GRAPHIQUE 17 : LIEU D'ACCOUCHEMENT POUR LES NAISSANCES DOMICILIEES DANS LA ZONE



A Paris, le nombre des maternités est très important, il est très difficile de raisonner sur un établissement en particulier et il semble que les établissements de l'APHP n'aient en tous les cas le même modèle en terme d'ouverture à la ville.

En première couronne, il existe souvent une grande maternité locale (Créteil, Saint Denis, Montreuil, Nanterre...) qui va concerner une majorité de la patientèle, mais il y a aussi des accouchements à Paris ou Hors zones qui empêchent de mettre en place des collaborations de proximité.

Mais dans nombre de zones, les sages-femmes auront une pratique surdéterminée par un grand établissement local. C'est donc le modèle choisi par cet établissement qui induira une sollicitation plus ou moins complète ou diversifiée en termes d'actes.

■ Dynamiques locales par zone

Nous avons interrogé des sages-femmes libérales installées dans 7 zones différentes de l'Ile de France hors Paris : deux zones classées intermédiaires par l'ARS, deux sous-dotées et deux très sous-dotées, ainsi qu'une zone dite sans sage-femme. Au sein de chacune, compte tenu de leur étendue, nous avons concentré le panel sur deux groupes de communes principaux situés en des points distincts de chaque zone. Nous ne citons que le nom des zones, nous étant

engagés à la confidentialité des entretiens, il n'est pas possible de citer les communes étudiées, la faiblesse des effectifs installés rend toute information indirectement nominative.

Une zone sans sage-femme MONTEREAU dans laquelle un cabinet de deux sages-femmes a été créé.

Il y a une maternité sur la zone, petit établissement de niveau I, que l'on peut qualifier d'autarcique même si le suivi de grossesse en interne ne concerne que 50% des patientes. Ces dernières ne sont pas que des patientes locales, la patientèle de la zone ne représente que deux tiers des femmes accouchées. L'établissement fait du suivi de grossesse mais aussi de la rééducation. Les durées de séjour sont « hors décrets » même si elles ont diminué notablement depuis qu'il y a des ressources libérales pour prendre le relais.

La PMI a longtemps été très impliquée dans les suivis ante partum à domicile avec 2 sages-femmes, il n'y en a plus qu'une aujourd'hui. Mais il y avait aussi quelques médecins (ce qui est très rare) réalisant du suivi à domicile. Il n'y a pas de gynécologue à proximité, celui de la ville est parti en retraite.

Le cabinet de deux sages-femmes intervient sur deux territoires qui sont aussi deux zones différentes du zonage que nous étudions. La seconde zone est aussi sans sages-femme « sur le papier », mais bénéficie donc désormais des suivis à domicile de ce cabinet.

Il tourne très bien, avec une activité très concentrée sur le suivi à domicile et en particulier le Prado, puis la rééducation. Néanmoins la préparation en petits-groupes attire une patientèle qui préfère cette intimité à celle des grands effectifs en PMI ou en Maternité.

La PMI apprécie de faire moins de suivi à domicile « médical » depuis l'arrivée de ses deux consoeurs. Les deux libérales se trouvent parfois intervenir loin (25km) pour dépanner car il y a de nombreux territoires sans ressources alentours. Elles pensent « qu'il y a du travail pour tout le monde » et verrait d'un bon œil une installation bien pensée dans un de ces territoires isolés.

Zone classée intermédiaire : NANTERRE

Difficile de caractériser cette zone tant le territoire est étendu et hétérogène du point de vue de sa géographie péri-urbaine comme de l'offre de soins. Plus de 38000 naissances annuelles, 67 communes sur 4 départements dont 11 de plus de 50000 habitants et 28 de plus de 25000. La partie de la petite couronne est très hétérogène socialement avec des villes de niveau de richesse très dispersés.

La densité de sages-femmes est en moyenne basse (30 pour 10000 naissances) et cette moyenne recouvre de très fortes inégalités de territoire (tableau 10).

On voit que la partie des Yvelines de la zone est très dotée avec des villes aisées, une maternité réputée pionnière dans l'ouverture à la ville.

La partie des Hauts de Seine comprend quelques communes très riches et l'essentiel de la partie défavorisée du département (le Nord). Le territoire compte 10 maternités. Une hypothèse est que face à des lieux d'accouchements concurrents : la population la plus favorisée fait des choix et a recours à des établissements divers alors que la population la moins favorisée a un recours plus localisé sur le grand hôpital public le plus proche. Au total, cette partie de la zone a une densité faible.

Deux communes de Seine-Saint Denis sont rattachées à cette zone, elles n'ont pas de sage-femme. Enfin, la partie du Val d'Oise a une densité moyenne faible, là encore avec une très inégale répartition.

En zone dense, il est difficile de parler de zones sans sages-femmes car il y a souvent des sages-femmes dans une commune connexe, néanmoins, on notera qu'il y a plusieurs très grosses communes sans sages-femmes dont on comprend mal pourquoi elles ne sont pas caractérisées comme sous-dotées : Epinay sur Seine, Genevilliers, Bois-colombes, Bezons, Ermont, Taverny... De façon générale, la partie hors Yvelines de la zone est sous-dotée, et si le découpage avait exclu les Yvelines, c'eût été le cas.

TABEAU 10 : ZONE DE NANTERRE

Zone de Nanterre 1132	communes avec sages-femmes			communes avec sages-femmes			Total : densité moyenne
	Nb	Naissances	Densité libérale	Nb	Naissances	Densité libérale	
Yvelines	14	4480	51	7	521	0	46
Hauts de Seine	12	12646	33	7	2181	0	28
Seine St Denis				2	1184	0	0
Val d'Oise	11	5051	43	14	2780	0	27
	37	22177	39	30	6666	0	30

Nous avons enquêté deux groupes de communes l'un en Hauts de Seine Nord et l'autre dans le Val d'Oise. Toutes les sages-femmes libérales interrogées ont beaucoup de travail, elles en refusent même. Elles font beaucoup de préparation, de rééducation et de Prado. Le suivi prénatal se développe mais reste très marginal : il semble que certaines maternités soient encore sur un mode très autarcique, parfois pour la raison même qu'il n'y a pas beaucoup de ressources en ville.

Paradoxalement, le discours (en particulier dans les Hauts de Seine) sur les nouvelles installations est un discours inquiet : comme si la proximité faisait peur, alors que le niveau d'activité n'est pas affecté. Mais il est vrai que certaines ont été habituées à des monopoles locaux, et si le trop de demande (parfois l'envie même de moins travailler) est perceptible, la rapidité avec laquelle le paysage libéral se transforme inquiète certaines. Cependant, concernant les grands « vides », les villes où il n'y a pas de sages-femmes, il y a unanimité sur l'utilité d'une installation.

Même très occupée, même s'autorisant à refuser des demandes, toutes les sages-femmes interrogées disent céder ponctuellement à des demandes couteuses car éloignées. On comprend qu'il y a une façon de « rendre service », en particulier pour les demandes qui viennent du Prado ou d'un service d'Had. Il faut savoir ponctuellement rendre service.

Zone classée intermédiaire CRETEIL

Là encore la zone est très hétérogène. A cheval sur 3 départements, elle s'étend d'Est en Ouest sur plus de 100 km de Paris à la Brie pour couvrir une partie de la petite couronne du Val de Marne, très dense, quelques communes de l'Est de l'Essonne et 44 communes de Seine et Marne. Il y a 6 maternités qui réalisent deux accouchements sur trois de la zone ; Paris attire un certain nombre d'accouchements de la zone (10%) et un quart des accouchements ont lieu sur une autre zone.

La dotation moyenne est basse (26 pour 10000 naissances) et de grandes villes comptent peu ou pas de sages-femmes (Villeneuve Saint Georges, Champigny, Limeil, Brunoy...). La zone rurale très peu dense de Seine et Marne cumule les inconvénients d'une faible dotation et de la dispersion de la demande. L'Est de la Seine et Marne est régulièrement désigné comme un désert.

TABEAU 11 : ZONE DE CRETEIL

Departement	Naissances	Naissances / Km2	Nb Communes	Nb communes sans SF	SF Lib	Densité	Maternités
77	2666	0,04	44	39	7	25	1
91	1614	0,34	8	4	7	43	1
94	9510	0,65	24	12	22	23	4
Total général	13790	0,16	76	55	36	26	6

L'activité de celles qui sont installées est bien sûr très soutenue, elles interviennent selon des pratiques très différentes, le développement des consultations paraît lent mais il est engagé ici comme ailleurs. Les installations rurales à l'Est de la zone se font sans problème : en deux mois le cabinet est plein.

Il est parfois fait référence à la concurrence ou aux installations récentes, mais c'est très localisé car les installations paraissent très concentrées. Reste qu'il y a suffisamment de communes en sous dotation pour faire travailler tout le monde : certaines voient en petite couronne (dans les

communes les plus favorisées où il y a en proportion plus d'installation) une concurrence monter. DE ce fait leur patientèle est moins concentrée géographiquement. Ici encore, on peut s'interroger sur le classement en Intermédiaire. Il est certain qu'il reste très localement des opportunités importantes d'installation, certes permises mais qui mériteraient peut être une incitation.

Zone classée sous-dotée MONTREUIL

Le territoire est là encore énorme et très clivé entre une partie « chic » du Val de Marne, la partie Ouest de la Seine Saint Denis et une partie relativement désertée de Seine et Marne. La densité médicale cumulée (généralistes+gynéco+sages-femmes) est particulièrement basse.

TABLEAU 12 : ZONE DE MONTREUIL

Departement	Naissances	Naissances / Km2	Nb Communes	Nb communes sans SF	SF Lib	Densité	Maternités
77	2725	0,3	12	9	4	15	0
93	11678	1,2	19	8	28	24	5
94	3536	1,5	7	0	15	42	3
Total général	17939	0,9	38	17	46	26	8

Les dynamiques au sein de la Seine Saint Denis sont très inégales. Une zone comme celle regroupant Bondy, Livry, Noisy, Clichy, Montfermeil, Le Raincy, Villemonble, Gagny et Rosny totalise près de 6000 naissances annuelles et ne compte que 8 sages-femmes installées soit une densité de 14 pour 10000 naissances. La partie plus proche de Paris du département, Montreuil, Bagnolet, Les Lilas, Romainville, est beaucoup mieux dotée avec semble-t-il un mouvement de création récente et rapide, la densité sur ces 4 communes est de 30, soit le double.

Compte tenu du profil socio-économique de la zone, la PMI a un rôle très important et une part importante des mère n'ont pas accès au libéral faute de droits. Il y a au moins 18 sages-femmes de PMI sur la zone (pour 46 libérales).

Nous avons interrogé des sages-femmes de cette zone en transformation dans la partie proche de Paris. On entend les mêmes craintes qu'ailleurs compte tenu de ce que les cartes sont légèrement rebattues. Les effets des installations sont perceptibles mais le niveau d'activité ne baisse pas. Seule une sage-femme ne faisant que du domicile a vu son territoire d'intervention se déplacer. Mais là encore, il y a suffisamment de manque alentour et le Prado (que l'on espère demain étendu aux sorties précoces) a relancé la demande.

Sur un autre territoire de la zone (Marne la Vallée), il semble là encore manquer du monde mais le sentiment de saturation commence à émerger. Il y a aussi un « effet de bord » avec la zone de Lagny que nous n'avons pas enquêtée mais qui est très dotée à l'échelle de l'Ile de France.

Zone classée sous-dotée EVRY

La zone est sans doute plus lisible que celles que nous avons examinées jusqu'à présent et correspond plus à un modèle de pôle central, ici l'agglomération d'Evry/Corbeil/Ris Orangis au sein d'un territoire rural.

La population est une population en majorité très défavorisée, avec des « enclaves » de grandes cités réputées très dures. Les territoires ruraux ou périurbains très peu denses alentours sont d'une sociologie toute différente.

TABLEAU 13 : ZONE D'EVRY

Departement	Naissances	Naissances / Km2	Nb Communes	Nb communes sans SF	SF Lib	Densité	Maternités
77	277	0,02	10	10	0	0	0
91	4526	0,08	56	48	13	29	3
Total général	4803	0,07	66	58	13	27	3

Il y a une très grosse maternité publique, le Centre Hospitalier du Sud Francilien et deux établissements privés de petite taille. Près de 80% des naissances de la zone sont réalisés dans ces 3 établissements. L'hôpital public suit les patientes à partir du 6eme mois, fait beaucoup appel aux libérales pour limiter les temps d'hospitalisation en ante partum et apprécie les installations récentes qui permettent cette évolution. Une partie de ces installations sont le fait de salariées de l'hôpital qui se partagent entre cabinet et gardes.

Les deux établissements privés sont sur le modèle « faux autarcique » c'est-à-dire qu'ils ont conventionné des libérales (pour partie salariées chez eux) pour avoir un cabinet au sein de l'établissement.

Au total, la zone se caractérise par un fort taux d'hybridation de l'activité et de temps partagé entre le libéral et le salariat : il y a en réalité 23 libérales qui interviennent sur la zone, elles ne représentent que 13 ETP si l'on pondère l'activité en fonction du nombre de lieux d'exercice. Mais on peut penser ainsi que la densité réelle est bien supérieure à celle ici calculée (27 pour 10000 naissances) et que la zone est en réalité assez bien dotée selon ce modèle particulier et très souple.

Reste des territoires clairement identifiés comme sous-dotés : des cités où toutes les professionnelles ne souhaitent pas aller, pas même la PMI. Il semblerait que les plus récemment installées acceptent de s'y rendre, et une sage-femme que nous avons interrogée a pour projet de se mettre particulièrement au service de ces territoires abandonnés.

Zone classée très sous-dotée SAINT-DENIS

C'est la zone la moins dotée de la région (si l'on exclut les zones sans sages-femmes mais qui comptent peu de naissances).

Dans sa partie Nord, la zone englobe la zone d'emploi de Roissy en France qui est séparée dans la logique des zones d'emploi mais qui est sans sages-femmes. C'est en réalité tout le Nord du Val d'Oise qui est un désert, avec des zones de « peuplement » parfois récentes d'accédant à la propriété modestes, des zones pavillonnaires sans aucun services, en particulier médicaux. Selon un responsable de PMI, même la PMI fait défaut car ses implantations ont peu évolué et ne se sont pas adaptés à la nouvelle géographie de peuplement.

Dans la partie médiane, le territoire est périurbain et très défavorisé, un certain nombre de grandes communes n'ont aucune sages-femmes. Au sud, c'est-à-dire en petite couronnes, la concentration démographique est très forte, et le désert médical néanmoins perdure.

Il semble qu'il y ait peu d'installations. Celles que nous avons interrogées et qui se sont installées récemment ont dans l'ensemble atteint très rapidement le rythme de croisière qu'elles souhaitaient. Mais la montée en charge de l'activité est néanmoins très inégale et une installation « un peu à l'écart » dans une ville moyenne sans maternité, sans médecins prescripteurs conduit à un démarrage qui peut être lent.

La demande de suivi gynécologique est manifeste. En revanche l'ouverture à la ville des établissements paraît très variable. L'absence de libérales et la part importante de patientes qui n'ont pas de droits sont des freins importants. Le Prado est néanmoins mis en place, mais il peut ne concerner que peu de femmes éligibles.

En petite couronne, il est très difficile de comprendre ce qui structure la demande, les établissements de santé semblant avoir des politiques très variables. Sur une zone du Val d'Oise en revanche, l'ouverture à la ville se fait progressivement depuis plusieurs années avec un mouvement initié par deux salariées passées en libérale en s'associant. L'articulation avec l'hôpital local qui est le seul lieu d'accouchement pour une zone assez large alentour

fonctionne très bien. La complémentarité avec la PMI est nécessaire compte tenu du fort taux de personnes sans droits.

TABLEAU 14 : ZONE DE SAINT DENIS

Departement	Naissances	Naissances / Km2	Nb Communes	Nb communes sans SF	SF Lib	Densité	Maternités
77	1036	0,13	7	6	1	9,7	0
93	10579	1,05	16	8	13	12,4	3
95	6167	0,20	50	44	8	13,0	2
Total général	17782	0,36	73	58	22	12,5	5

D'évidence sur cette zone comme sur d'autres il est difficile de comprendre ce qui se passe en moyenne. Il semble cependant que la très faible évolution de la zone qui connaît quelques installations mais qui a aussi une natalité plus rapide qu'ailleurs, ne permette pas d'engager une vraie dynamique de développement de l'offre libérale.

Zone classée très sous-dotée MANTES

Comme la zone d'Evry, la zone de Mantes fait figure de zone « polaire », avec un centre sur lequel se trouve la maternité qui accouche près de 90% des femmes de la zone, et qui rassemble presque toutes les sages-femmes installées. Le territoire alentour est rural. Cependant la zone des Mureaux n'est pas très éloignée avec elle davantage de sages-femmes qui d'ailleurs interviennent sur le Mantois.

TABLEAU 15 : ZONE DE MANTES

Departement	Naissances	Naissances / Km2	Nb Communes	Nb communes sans SF	SF Lib	Densité	Maternités
78	2434	0,06	59	53	6	23,3	1
95	37	0,01	8	8	0	0,0	0
Total général	2471	0,05	67	61	6	22,9	1

Contrairement à la zone de Saint Denis, et à une échelle tout à fait réduite, la zone de Mantes a bénéficié d'installations récentes et il est dit que deux salariées de l'hôpital dont le cabinet est domicilié hors zone font beaucoup de domicile sur la zone, ce qui accroît les capacités d'intervention à domicile mais peut-être au détriment de celles qui ont un cabinet sur la zone.

Le recours paraît assez faible : la PMI indique que toutes les femmes n'ont pas l'habitude de se faire suivre, la maternité suit à partir des 3 dernières consultations. L'offre de préparation a longtemps été limitée. La PMI assure elle-même une part de ces activités y compris des consultations à l'hôpital. La maternité est vue comme ayant peu changé dans son orientation très médicale.

Ce défaut de recours dénoncé par quelques sages-femmes est une question complexe : en l'absence de droit à publicité, comment faire connaître les apports potentiels de la sage-femme à des femmes qui n'ont pas de besoin, faute de représentation du besoin.

Les conditions du développement d'activité là encore sont très liées à l'inscription dans un réseau médical : être en proximité de l'hôpital pour y avoir travaillé, partager des locaux avec un médecin ou s'installer seule en venant d'ailleurs ne semble pas donner les mêmes chances.

De façon générale, le territoire paraît fonctionner de façon relativement anomique, sans relations partenariales établies. Il est très difficile d'apprécier le niveau de dotation atteint, il se dit que le centre (Mantes/limay) est sans doute saturé.

■ Conclusion : le flou des zones

Bien qu'ayant d'emblée jugé les zones comme peu pertinentes au regard de l'objet d'études, nous avons fait l'effort de pousser l'exercice d'analyse selon ce critère géographique.

On voit que l'analyse est de portée limitée et il est difficile de prétendre avoir compris une zone. Le dispositif d'enquête, très limité (36 entretiens avec des sages-femmes libérales, 12 cadres de maternité, 8 PMI, 3 responsables d'HAD) est sans doute en cause et de véritables monographies de zones aurait demandé une enquête exhaustive auprès de toutes les sages-femmes d'une zone. Il aurait également été souhaitable d'enquêter sur des territoires dits intermédiaires mais beaucoup plus dotés que la moyenne régionale (Fontainebleau, Lagny, Poissy).

Néanmoins, plus que dans le dispositif, nous pensons que la raison de cette difficulté d'analyse est liée au caractère incohérent des zones. On voit que les dynamiques locales sont tout à fait significatives et que l'on peut repérer des territoires qui mériteraient sans doute une incitation à l'installation au sein de zones intermédiaires alors qu'à l'inverse, on peut penser qu'il faut désinciter à l'installation dans certaines communes de zones sous-dotées ou intermédiaires qui ont concentré très rapidement des installations nouvelles.

La faculté laissée aux ARS de changer le statut d'une zone ne résout pas cette difficulté, puisque c'est plutôt la géographie des zones qui semble en cause.

4. Quel dispositif de régulation quantitatif ?

Dans cette dernière partie, nous allons poser quelques repères pour la quantification du rapport offre /demande. Nous proposerons enfin un autre dispositif de régulation, peu compatible avec le système actuel prévu par la convention, mais néanmoins argumenté.

■ Mesures et indicateurs de l'offre et de la demande

Nous allons examiner ici, comment se calcule l'indicateur de densité en examinant successivement le numérateur : le dénombrement des sages-femmes libérales et le dénominateur indicateur de la demande.

> Le recensement et le dénombrement des sages-femmes libérales

En vue d'un usage statistique des données relatives aux sages-femmes libérales, nous nous arrêtons ici sur la façon dont les professionnelles de santé sont recensées, situées et dénombrées.

C'est le conseil national de l'Ordre qui gère le fichier des sages-femmes en exercice. Ce sont les sages-femmes qui font la démarche auprès de leur conseil départemental. Pour l'entrée dans l'exercice, des conseillers rencontrent les jeunes diplômées. C'est toutefois le niveau national qui administre le répertoire et qui valide l'inscription au tableau. Par défaut, l'inscription se fait dans le département d'obtention du diplôme. Certains départements donnent la priorité aux cabinets uniques (cette question ne semble pas concerner l'île de France).

Les adresses des libérales en exercice font l'objet d'une validation deux fois par mois avec les informations de l'assurance maladie. La non concordance concerne environ 120 adresses au niveau national lié aux flux entrants et sortants et aux mobilités d'après le Conseil National. Pour les libérales, l'Ordre distingue le statut du cabinet selon qu'il s'agit d'un cabinet primaire ou secondaire et enregistre les remplacements.

Durant notre enquête, nous avons identifié trois erreurs (dont nous n'avons pas cherché à identifier la cause) :

- 1 sage-femme apparaissant comme ayant deux cabinets et dont l'un n'existe plus depuis 2009 (les deux cabinets ne sont pas dans la même zone d'emploi)
- 1 sage-femme ayant cessé toute activité libérale en 2009 pour cause de maladie et ayant repris en tant que salariée depuis mais sans apparaître comme salariée dans le RPPS
- 1 sage-femme a un cabinet primaire en ville et fait du libéral dans une clinique, mais son cabinet secondaire est enregistré dans un établissement de santé erroné (situé dans la même zone d'emploi que l'établissement où elle intervient effectivement)

La localisation de l'activité salariée est plus problématique dans la mesure où l'établissement employeur peut être multi-sites. L'ordre reconnaît par ailleurs que le numéro Finess⁶ de rattachement n'est pas nécessairement fiable. Si un gros travail a été fait à la mise en place du RPPS avec une interrogation répétée des salariées, la mise à jour demeure complexe.

⁶ Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

ENCADRE 1 : LE POUVOIR D'AUTORISATION DU CONSEIL DE L'ORDRE

C'est le Conseil de l'Ordre qui a le pouvoir d'autoriser ou non une installation de sage-femme en un lieu donné pour une activité libérale. Ce lieu peut être un cabinet créé, un cabinet existant, son domicile, tout lieu d'activité ou seront dispensés des soins (ex : piscine pour préparation à l'accouchement). Si une sage-femme a plusieurs lieux d'activité libérale, elle déclare un lieu d'activité primaire correspondant à la plus grosse part de son activité, puis un lieu secondaire, et le cas échéant tertiaire ou quaternaire.

La demande d'installation est examinée au regard des limites posées par la convention d'assurance maladie et par le respect des règles de concurrence. Ainsi dans une zone non sur-dotée (toute l'Ile de France sauf la zone d'Orsay), le Conseil ne peut s'opposer à une installation primaire sauf si la demande est faite pour un local situé dans un immeuble où une sage-femme est déjà installée.

Dans le cas d'un lieu d'exercice secondaire, le pouvoir de régulation de l'ordre est plus important car il doit veiller à ne pas pénaliser les cabinets primaires. Ainsi, il délibère dans un délai maximum de 3 mois après le dépôt de la demande d'installation en appréciant :

« - s'il existe, dans le secteur géographique considéré, une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patientes et des nouveau-nés ;

- ou si les investigations et les soins qu'elle entreprend nécessitent un environnement adapté, l'utilisation d'équipements particuliers, la mise en œuvre de techniques spécifiques ou la coordination de différents intervenants. (Ex : autorisation pour effectuer les cours de préparation à l'accouchement dans une piscine municipale, pour pratiquer des échographies obstétricales à titre libéral dans un cabinet de groupe ou dans une maternité, pour pratiquer des accouchements à titre libéral dans une maternité ...) » (extrait du site du CNOSF) »

Dans la perspective d'un calcul d'une offre de soins libéraux sur une zone donnée, il faut se poser la question du traitement de la multi-activité.

L'avenant à la convention qui définit le calcul des effectifs s'appuie sur le fichier des professionnels de santé mais aussi sur un critère d'activité en sélectionnant sur l'année de référence (2010) les honoraires supérieurs à 2500 €. Les professionnels ayant plusieurs cabinets sur une même zone d'emploi sont comptés pour un seul.

On peut poser deux questions quant à ce choix pour traiter de la multi-activité :

- Pourquoi les professionnels qui ont des cabinets sur des zones différentes n'obéissent pas à la même règle de pondération ?
- Quid de celles qui ont une activité mixte : en l'état, elles semblent compter pour 1 en tant que libérales pour l'assurance maladie et la calcul de densité. Nous avons vu que leur activité est en moyenne plus proche de 0.7 ou 0.8 fois celles d'une libérale exclusive.

On peut penser que sur de gros volumes, ces choix pourraient ne pas être très déterminants, mais en réalité le nombre de sages-femmes par zone est souvent faible et donc la variation d'une unité ou deux peut changer la catégorie. En témoigne l'exemple de la zone d'Orsay qualifiée de sur-dotée.

La zone d'Orsay a attiré notre attention car elle est la seule zone qualifiée de sur-dotée par l'ARS en Ile de France. Cette caractéristique ne semble pas justifiée par l'état des effectifs libéraux constatés en 2013. Mais à y regarder de plus près, on constate que la pluriactivité de quelques libérales suffit à changer le sens de l'analyse selon que l'on tient compte de cette pluriactivité dans la pondération de l'offre ou pas. 9 sages-femmes interviennent en libéral sur la zone, mais 3 d'entre elles ont une part d'activité salariée ou libérale hors zone. Demeure inconnu le quantum d'activité à affecter à la zone. La zone compte en effet :

- 6 libérales monosite sur la zone
- 1 libérale exclusive ayant un cabinet sur la zone et un cabinet hors zone
- 1 salariée sur la zone ayant un cabinet hors zone
- 1 libérale avec un cabinet dans la zone et un hors zone et 2 sites hors zones d'activité libérale.

Selon la façon de compter : toutes les libérales ayant au moins un pied dans la zone (9) ou uniquement un quantum d'activité libéral affectable à la zone (7.25) on change considérablement le niveau de densité.

Finalement, puisqu'il faut retenir une règle qui vaut d'abord en moyenne, nous proposons de nous rapprocher de la règle retenue par la convention. **Compte tenu de ce que le quantum d'activité individuelle est inconnu et de ce qu'il est très variable pour les libérales exclusives elles-mêmes, la règle la plus raisonnable semble être celle de la convention amendée dans le cas de cabinets sur plusieurs zones : le professionnel ne comptant alors également que pour un pour l'ensemble de ses cabinets. En clair : toute libérale exclusive a un poids de 1 si elle a 1 cabinet, de 1/2 si elle en a 2 de 1/3 si elle en a trois, etc. Mais toute libérale mixte garde un poids de 1 sur son cabinet libéral et il n'est pas tenu compte de son activité salariée. Et de même si elle est salariée et a par ailleurs 2 cabinets (nous avons rencontré ce cas), chacun de ses cabinets compte pour 1/2.**

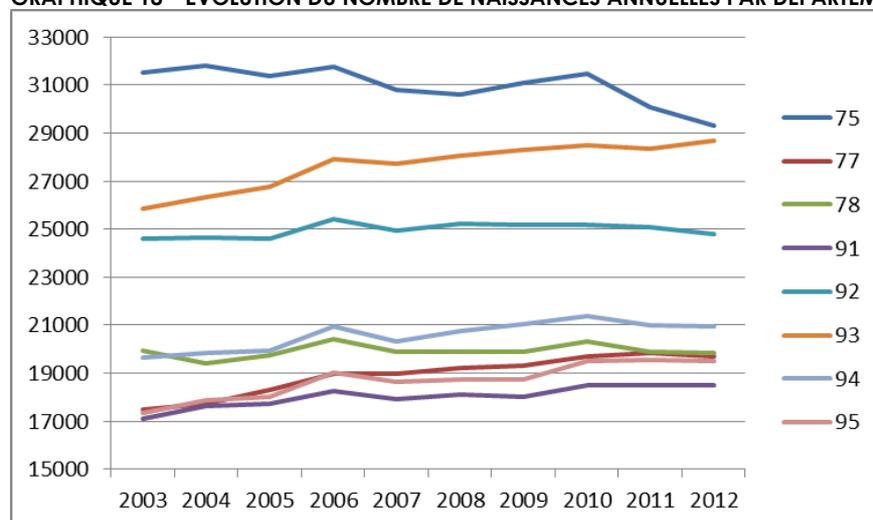
Il faut noter que cette règle qui s'impose a posteriori n'est pas celle qui a été retenue pour tout le travail statistique réalisé dans ce rapport, puisque les traitements ont été réalisés avant la phase d'entretiens. Il nous avait paru a priori plus logique de ne compter qu'une demi-part pour une sage-femme partageant son temps entre salariat et libéral. Le constat du niveau d'activité de ces personnes, ajouté au fait qu'en tout état de cause elles peuvent à tout moment quitter le salariat pour se mettre à temps plein (ce qu'elles font souvent quand leur activité décolle) conduit à changer la règle et à les assimiler statistiquement à des temps plein libéraux pour l'estimation de l'offre libérale.

> La quantification de la demande : nombre de naissances ou nombre de femmes ?

Il faut considérer principalement deux indicateurs de demande de soins : l'un porte sur le nombre de naissances et indique la demande d'activité liée au suivi de grossesse, à la préparation à l'accouchement, à l'accouchement et aux suites de couches ; l'autre porte sur le nombre de femmes pouvant faire l'objet d'un suivi gynécologique. Ainsi, la convention d'assurance maladie raisonne à partir d'une densité de sages-femmes calculé par rapport au nombre des naissances, là où la Drees quand elle publie ses statistiques sur les professions de santé, utilise une densité calculée par rapport au nombre de femmes de 15 à 49 ans. Comme nous allons le voir, si les deux indicateurs sont assez corrélés, ils ne sont cependant pas équivalents et surtout, ils connaissent des dynamiques locales possiblement divergentes. Alors, lequel choisir ?

Sur presque 10 ans (2003-2012), le nombre des naissances annuelles est passé en Ile de France de 173500 à 181000, soit une augmentation de près de 4%. Mais derrière cette moyenne régionale se cachent des dynamiques territoriales extrêmement contrastées : l'augmentation des naissances sur la même période a été de plus de 10% en Seine Saint Denis (+11%), dans le Val d'Oise (+12%) et en Seine et Marne (+12%), elle a été plus modérée en Essonne (+7%) et dans le Val de Marne (+8%). A l'inverse, Paris a sur la même période perdu des naissances (-7%) et deux départements se maintiennent : les Hauts de Seine (+1%) et les Yvelines (-1%).

GRAPHIQUE 18 – EVOLUTION DU NOMBRE DE NAISSANCES ANNUELLES PAR DEPARTEMENT D'ILE DE FRANCE

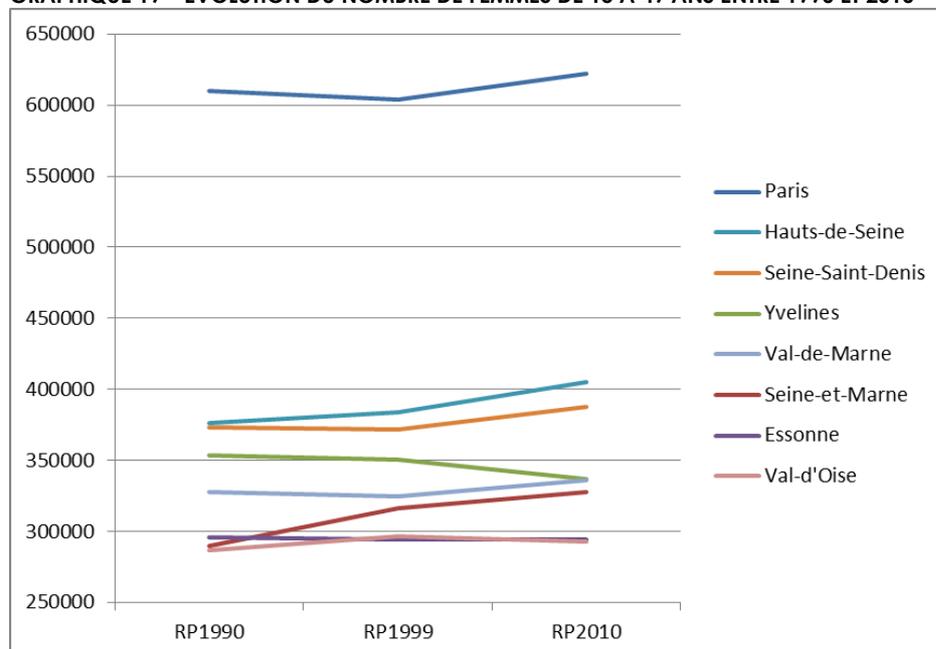


Source : Insee – Etat civil

Ces évolutions sont assez nettement différentes de celles observées sur la population de femmes en âge de procréer (Graphique 19), ce qui témoigne de taux de fécondité différents selon les territoires.

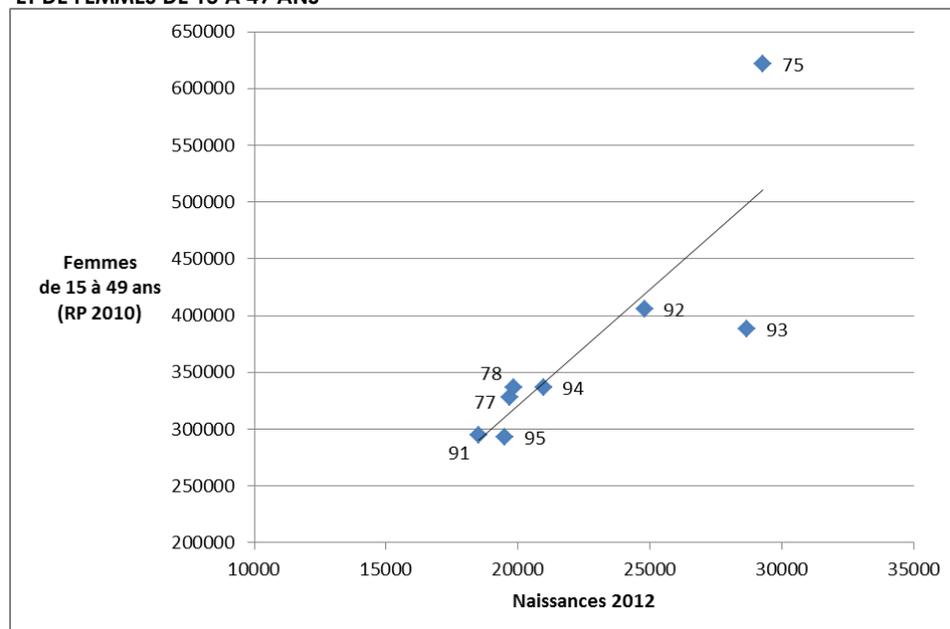
Le Graphique 20 montre qu'il y a en effet une forte corrélation entre naissances et nombre de femmes (ici 15 à 49 ans) mais que 2 départements se distinguent particulièrement : la Seine saint Denis avec un taux de naissances particulièrement élevé et à l'inverse, Paris, avec un taux de naissance particulièrement bas.

GRAPHIQUE 19 – EVOLUTION DU NOMBRE DE FEMMES DE 15 A 49 ANS ENTRE 1990 ET 2010



Source : Insee – Recensements de la population

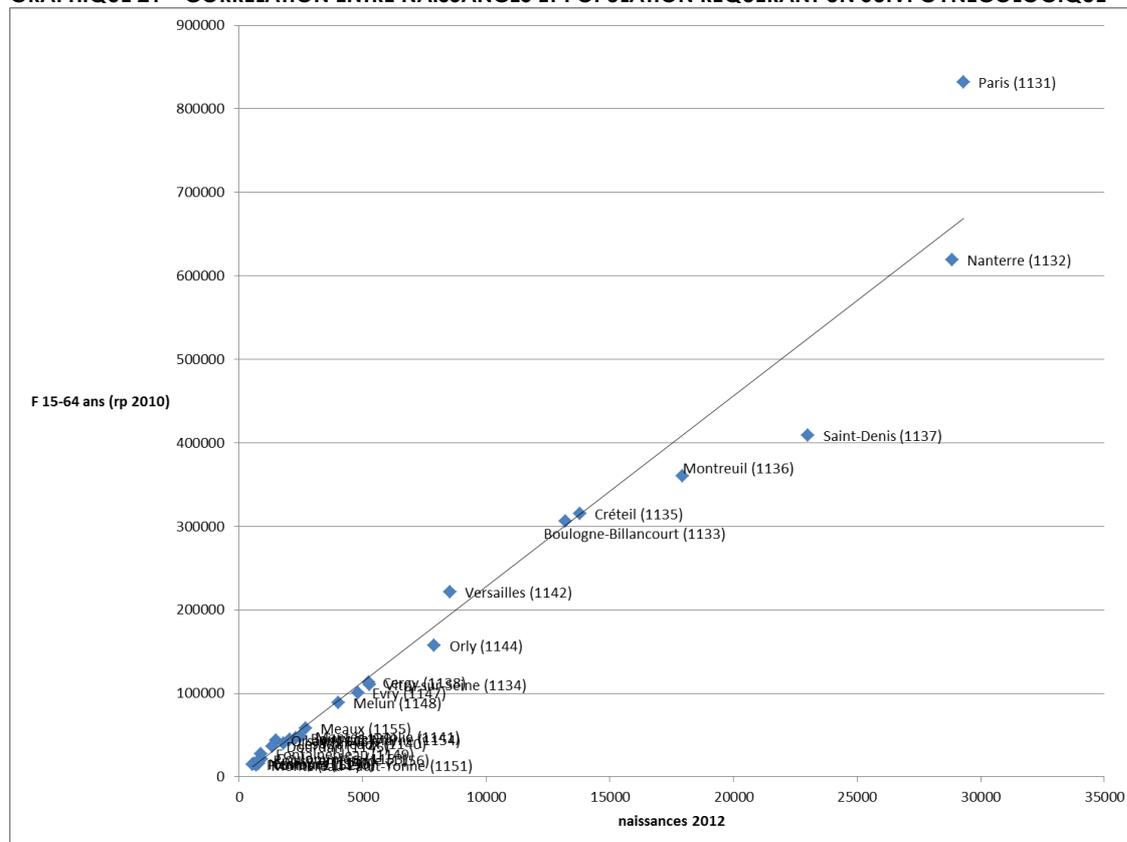
GRAPHIQUE 20 – SITUATION DES DEPARTEMENTS EN FONCTION DES VOLUMES DE NAISSANCES ET DE FEMMES DE 15 A 49 ANS



Source : Insee – Recensement de la population 2010 et Insee – Etat civil 2012

Analysé par zone (Graphique 21), cette différence de densité n'affecte que 4 zones : les 3 qui recouvrent la Seine Saint Denis et Paris).

GRAPHIQUE 21 – CORRELATION ENTRE NAISSANCES ET POPULATION REQUERANT UN SUIVI GYNECOLOGIQUE



Le choix d'un indicateur de densité rapporté aux naissances sous-estimerait les besoins en suivi gynécologique pour les zones situées au-dessus de la bissectrice. A l'inverse, un indicateur fondé sur le nombre de femmes sous-estimerait dans ces zones les besoins liés aux naissances en proportion plus grande. La différence ne sera significative que pour les zones les plus éloignées de la bissectrice : Saint Denis, Montreuil, Nanterre, Paris.

Ainsi, puisqu'il n'y a pas de corrélation parfaite entre naissances et femmes en âge de procréer, pour constituer un indicateur pertinent de la demande de soins par territoire, il faudrait idéalement faire le choix d'un indicateur composite mêlant le nombre de naissances et le nombre de femmes pouvant potentiellement faire l'objet d'un suivi gynécologique. Cet indicateur devrait rendre compte du temps moyen passé auprès d'une femme pour son suivi gynécologique au cours d'une année, et du temps moyen passé auprès d'une femme enceinte jusqu'à la naissance et le suivi de couches.

Il faut donc affecter un temps moyen de suivi par an pour chaque type de population :

- une naissance (du pré au post-partum),
- une femme en suivi gynécologique de soins courants et de prévention.

Pour estimer le temps moyen, il faudrait estimer un profil moyen de prise en charge. En l'absence de telles données on peut faire le choix d'un temps maximum passé pour chaque prise en charge en faisant une hypothèse de durée pour chaque acte :

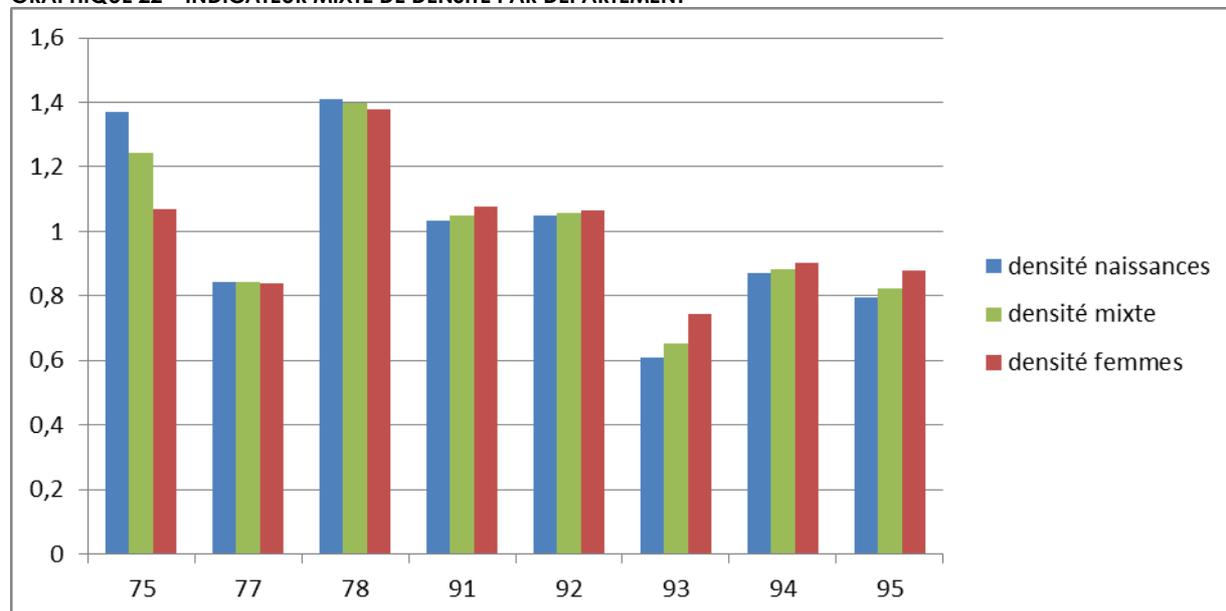
- une consultation annuelle de 30 minutes pour le suivi gynécologique
- 7 consultations de 45 minutes de suivi de grossesse, 8 séances de préparation à la naissance de 45 min, 2 visites de suite de couche de 1 heure (déplacement inclus), 10 séances de 20 minutes de rééducation, soit un total de 14,3 heures.

On voit ici qu'on fait l'hypothèse que la sage-femme libérale ne fait pas d'accouchement et ne suit pas les femmes après 50 ans (toutes hypothèses discutables), et que l'on prend des normes de temps arbitraires en l'absence de donnée de mesure réelle. Moyennant ces

hypothèses – fragiles-, un indicateur composite de demande sur un territoire doit pondérer par 0,5 le nombre de femmes de 15 à 49 ans et par 14,3 le nombre de naissances.

Le Graphique 22 montre les écarts de densité par département selon les indicateurs retenus. Bien sûr l'indicateur composite ne change le niveau d'un territoire (ici un département) que dans le cas où le rapport Naissances/Femmes n'est pas proche du rapport moyen. Encore une fois, il n'y a de différence que Paris et la Seine Saint Denis.

GRAPHIQUE 22 – INDICATEUR MIXTE DE DENSITE PAR DEPARTEMENT



Source : naissances Insee Etat Civil 2012, Femmes 15-49 ans Insee RP 2010, effectifs SF : fichier RPS extrait en novembre 2013

Les densités sont normées à 1 pour être comparables

Densité naissances = effectifs de sages-femmes libérales / naissances

Densité femmes = effectifs de sages-femmes libérales / Femmes de 15 à 49 ans

Densité mixte = effectifs de sages-femmes libérales / (0,5 x Effectifs de femmes de 15 à 64 ans + 14,3 x Naissances)

In fine, compte tenu du nombre d'hypothèses qu'il faut faire pour décider d'un indicateur mixte, compte tenu de ce que la statistique des femmes n'est pas une statistique aussi fiable que celle de l'Etat civil et surtout n'est pas mise à jour annuellement, il nous semble tout à fait préférable de maintenir un indicateur de densité calculé à partir des naissances.

> La prise en compte des personnes sans droits

Etant donné la part très importante sur certaines zones des naissances concernant des parents sans droits à la sécurité sociale, notre recommandation est d'en tenir compte pour quantifier la demande.

Deux options sont à discuter pour estimer une demande éligible à une prise en charge par une sage-femme libérale.

La première consiste à appliquer un indicateur de décote à la demande mesurée en naissances : en estimant (via des statistiques hospitalières ?) la part des naissances d'enfants de parents sans droits.

La seconde consiste à poser un modèle de répartition entre les libérales et la PMI qui attribue aux PMI la prise en charge des sans droits et aux libérales la prise en charge d'assurés sociaux. Ainsi il suffit de prendre en compte les effectifs de sage-femme de PMI dans l'indicateur d'offre pour calculer la dotation d'un territoire.

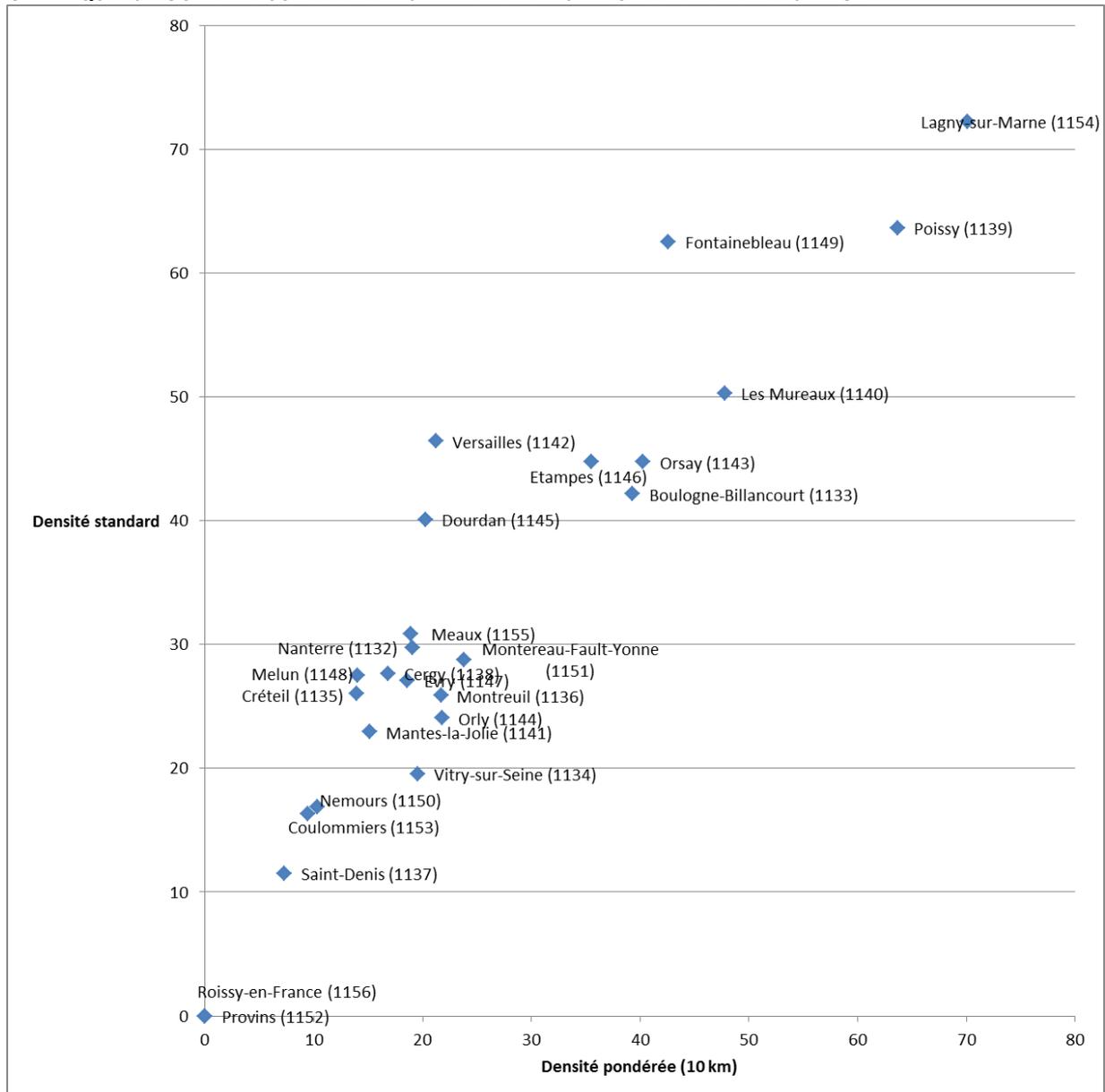
■ Vers une qualification des territoires représentative de l'offre réelle sur un territoire et d'une norme de dotation

> La prise en compte de l'accessibilité

La carte des zones montre combien les zones sont de géographies variées et un indicateur de densité qui rapporte simplement un nombre de sages-femmes exerçant sur la zone au nombre de naissances sur toute la zone ne tient pas compte de l'accessibilité réelle de l'offre, c'est-à-dire de la distance. La situation francilienne est particulièrement complexe en ce domaine puisqu'un indicateur de distance kilométrique n'a de sens qu'en zone peu dense où l'on peut considérer que le temps de parcours est proportionnel à la distance, ce qui ne vaut pas en zone urbaine, métropolitaine.

Toutefois, à titre exploratoire, nous avons calculé un indicateur pondéré par la distance : ainsi pour chaque commune, l'effectif de sage-femme libérale accessible est celui qui est compris dans un disque de rayon de 10km. Chaque sage-femme a un poids égal à la part de la population de la zone qu'elle dessert. Nous avons exclu Paris du raisonnement.

GRAPHIQUE 23 – COMPARAISON DE LA DENSITE ET DE LA DENSITE PONDEREE PAR LA DISTANCE



Lecture : selon l'indicateur standard de densité, Versailles a une densité plus forte que Boulogne, avec un indicateur tenant compte de l'accessibilité à 10km des sages-femmes, Versailles a une densité deux fois plus faible que Boulogne.

Le Graphique 23 compare l'indicateur de base (effectif sur la zone divisé par le nombre de naissances) et cet indicateur tenant compte de la distance. Il permet de voir qu'à densité égale, les effets de distribution sur le territoire de la zone sont notables sur nombre de zones dès lors qu'on s'éloigne de Paris ou dès lors qu'une zone n'a pas des effectifs régulièrement répartis sur le territoire de sorte que le territoire est entièrement couvert par une offre de sages-femmes accessible.

Cet indicateur ne saurait être pris comme une juste mesure mais il permet de visualiser combien la question de la distribution sur le territoire d'une zone des sages-femmes libérales conduit à des indicateurs de densité très variables. La question de l'accessibilité reste donc à étudier précisément : **à quelle condition (de temps, de distance) peut-on considérer qu'une sage-femme libérale contribue effectivement à l'offre de soins d'un territoire.**

Il nous semble nécessaire de statuer sur des critères standards d'accès pour pouvoir établir une règle pertinente de calcul de la densité locale.

> Une évaluation en temps réel de l'offre et une norme de densité fixée

Nous l'avons vu, la démographie et la géographie des installations est en train d'évoluer très rapidement. Le principe d'un zonage arrêté pour 5 ans paraît très sous-optimal, il conduit à des décisions d'installations très concentrées en certains endroits. Rien n'empêche puisque toute installation est soumise à autorisation d'activer une évaluation actualisée du calcul de la dotation d'une zone. Cela permettrait en outre d'avoir un dialogue objectivé avec les sages-femmes qui déposent une demande d'autorisation.

Notre recommandation est que la qualification d'un territoire soit une qualification tenant compte de l'état actuel de la zone d'installation. Cela implique aussi que la dotation d'un territoire ne soit pas appréciée en relatif mais en absolu.

Pas plus pour les sages-femmes que pour les autres professions de santé, la réflexion sur la démographie n'est assise sur une définition de ce qu'est le bon ratio de professionnels rapporté à la population à prendre en charge. Le dispositif de régulation retenu par l'assurance maladie vise à lisser les inégalités de dotation entre territoires. Mais un tel raisonnement repose sur l'hypothèse implicite selon laquelle si tous les territoires étaient également dotés, ils le seraient au bon niveau. Supposons un instant qu'il y ait des défauts de prise en charge flagrants dans les territoires sur-dotés ? Quel serait le sens de l'interdiction d'installation sur ces derniers ?

Dans un contexte de fort mouvement d'installation, il ne faut pas limiter des installations au motif qu'il y a moins de professionnels ailleurs nous semble-t-il, en revanche, il faut avoir un dispositif d'incitation très déterminant si l'on veut véritablement guider des installations. **Si on veut concevoir un processus de régulation concourant à l'amélioration de l'offre de soins, il faut se donner une jauge absolue** : il n'y a pas trop de sages-femmes à un endroit donné parce qu'il y en a moins à côté, il y a trop de sages-femmes parce qu'elles ne vivent pas de leur activité alors que tout le monde bénéficie du bon niveau de soins.

Des discussions émergent sur le numerus clausus, elles ne peuvent s'appuyer sur aucune réflexion établie pour penser qu'il y a trop ou pas assez de sages-femmes. La question est exactement la même que celle posée pour le dispositif de régulation des installations : quel est le bon niveau d'offre de soins ?

> Un zonage à repenser

Les zones ont une étendue et une hétérogénéité de territoires internes qui rend difficile le pilotage. Dans l'hypothèse où une norme de dotation cible serait posée, il reste la question de l'étendue du territoire sur laquelle il est calculé.

On peut là encore envisager deux systèmes : un calcul localisé de la dotation. Sur une aire jugée comme une aire raisonnable d'intervention, un calcul au point d'installation de la densité peut être fait. L'avantage d'une telle approche est qu'elle dispense du zonage et

qu'elle évite les effets de concentration. Selon ce principe si une sage-femme demande à s'installer en un point X, la densité de sages-femmes centrée sur ce point sur une aire fixée est calculée et il y a incitation en deçà d'un certain seuil et interdiction au-delà d'un autre seuil.

Dans l'hypothèse où le principe de zones demeure : le problème reste entier. Il faudra évaluer le scénario de zones telles que celles retenues pour d'autres professions de santé et comprendre pourquoi l'assurance maladie a opté pour un zonage administratif sans rapport avec le phénomène étudié. Il faudra nécessairement un zonage distinguant les zones rurales des zones périurbaines et urbaines. La construction d'une proposition de zonage excède le champ de cette étude.

5. Conclusion

L'analyse des variations qualitatives et quantitatives d'offre et de demande de soins libéraux de sages-femmes est d'évidence complexe. Le système de soins se transforme très rapidement : l'exercice libéral se développe et est appelé à se développer encore, renouvelant assez complètement ses pratiques et acquérant une nouvelle légitimité en évoluant vers l'accompagnement global ou presque global.

Les contenus et les niveaux d'activité sont aujourd'hui très variables, il en va de choix individuels comme de besoins différents selon les territoires. Les sages-femmes libérales interviennent dans un champ de « concurrence » particulièrement complexe.

Le nombre des sages-femmes augmente très rapidement en Ile de France comme ailleurs. Cependant la Région est encore – ou était au moment de la définition du zonage conventionnel – à un niveau de dotation inférieur à la moyenne nationale. Cela pose comme difficulté pour l'analyse que l'on n'est pas en situation d'observer si les zones sur-dotées sont des zones qui dysfonctionnent et en quoi elles dysfonctionnent ? De même que finalement on ne sait pas dire sur une zone intermédiaire si la prise en charge des patientes est satisfaisante.

Si demain il y a « trop » de sages-femmes, que se passera-t-il ? Les sages-femmes ont-elles vraiment la possibilité de faire peser sur la collectivité des dépenses supplémentaires : peuvent-elles comme les kinésithérapeutes jouer sur le volume des prescriptions ou comme les dentistes, jouer sur les tarifs ? A priori, pas ou peu. C'est donc par un manque de rentabilité de l'activité des sages-femmes qui seraient en surnombre que devrait se faire la régulation de l'offre de soins. Ce constat incite à ne pas moyenniser leur répartition mais à seulement en limiter la concentration au-delà d'un seuil qui reste à définir. Ce seuil doit être absolu : combien faut-il de sages-femmes pour bien prendre en charge 10000 naissances ?

Sur la réalité de ces ajustements en cas de trop grande concentration, nous n'avons rien pu apprécier : si certaines sages-femmes s'inquiètent des installations alentour, il y a très peu de signe d'une baisse d'activité, ce qui est normal vu le relativement faible niveau d'équipement des zones que nous avons étudiées. Il se dit dans les zones qui ont connu des installations multiples que la concurrence se ressent, mais elle n'a pas d'impact net sur l'activité. Il est très probable que la Région offre encore de très larges opportunités d'installation et à n'en pas douter, de nombreuses zones manquent nettement de sages-femmes : il en va de zones rurales en grandes couronnes comme de très grandes communes périurbaines.

Notre recommandation sera de concevoir un dispositif de régulation qui oblige à s'accorder sur ce qu'est le bon niveau de dotation pour un territoire et si possible de mettre en œuvre une régulation en temps réel et localisée, et non arrêtée pour 5 ans sur un découpage abstrait du territoire comme c'est le cas actuellement.