



# L'interprofessionnalité au profit de la santé de la femme

Document de propositions élaboré par :

## **L'ANESF**

*Association Nationale des Etudiant.e.s Sages-Femmes*

<http://anesf.com>

## **L'ISNAR-IMG**

*InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale*

[www.isnar-img.com](http://www.isnar-img.com)

**JUIN 2019**

# SOMMAIRE

<b>1. Contexte</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Préambule</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Domaine de compétences</b>	<b>3</b>
1.2.1. Sage-femme	3
1.2.2. Médecin généraliste	4
1.2.3. Gynécologue médical·e	4
1.2.4. Gynécologue Obstétricien·ne	5
<b>2. Formation</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Enseignement théorique</b>	<b>5</b>
2.1.1. Connaissance mutuelle des métiers	5
2.1.2. Cours mutualisés	6
2.1.3. Enseignements pratiques mutualisés	7
<b>2.2. Stages mutualisés</b>	<b>7</b>
<b>3. Exercice professionnel et prise en charge coordonnée</b>	<b>8</b>
<b>3.1. Les rôles de chacun·e</b>	<b>8</b>
<b>3.2. Développer l'interprofessionnalité</b>	<b>8</b>
<b>3.3. Communication</b>	<b>8</b>
<b>3.4. Offre de soins</b>	<b>9</b>

# 1. CONTEXTE

## 1.1 PREAMBULE

L'accès aux soins sur l'ensemble du territoire est un enjeu majeur de santé publique.

La diminution attendue du nombre de médecins généralistes en exercice jusqu'en 2025 et du nombre de gynécologues médicaux nécessite une réorganisation des soins.

Dans ce contexte, l'ANESF (Association Nationale des Étudiant·e·s Sages-Femmes) et l'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale) ont tenu à rappeler que le suivi des femmes au quotidien est également dans leur champ de compétence. Cette contribution a été rédigée conjointement par ces deux structures représentatives afin de clarifier leurs positions communes dans l'optique d'améliorer le suivi des femmes. Les parcours de soins pour les femmes doivent gagner en lisibilité et les compétences des professionnel·le·s en visibilité.

Nos propositions visent à favoriser le travail en interprofessionnalité, le partage des tâches et le développement de formes de coopération entre les différent·e·s acteur·trice·s de santé dans le double objectif d'améliorer la qualité des soins et de réduire les dépenses du système de santé.

La mise en place de l'interdisciplinarité nécessite de repenser les compétences et les formations de chacun·e.

## 1.2 DOMAINE DE COMPETENCES

À ce jour, quatre professions médicales sont concernées par la santé de la femme : les gynécologues médicaux (GM), les gynécologues-obstétricien.ne.s (GO), les médecins généralistes (MG) et les sages-femmes (SF).

La prise en charge des femmes (suivi gynécologique et obstétrical) est au carrefour des champs de compétences des sages-femmes et des médecins généralistes.

On constate un partage de qualification grandissant avec l'évolution constante des compétences de la profession de sages-femmes. Il apparaît ainsi indispensable de définir les rôles de chacun·e.

### 1.2.1. Sage-femme

Les sages-femmes ont un pouvoir de diagnostic et disposent d'un droit de prescription. Elles exercent une profession médicale à compétences définies. Ainsi, leur champ d'intervention est établi par le Code de la Santé Publique.

Art. L.4151-1 du code de la Santé Publique définit que « L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant [...]

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret. »

Art. L.4151-2 du code de la Santé Publique rappelle que: « Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations à la femme et son entourage dont la liste est fixée par arrêté du Ministre chargé de la Santé. »

Art. L4151-3 du code de la Santé Publique expose également qu' : « En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. »

Art. L.4151-4 du code de la Santé Publique : « Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

Dans le cadre de leurs compétences, sont énuméré·e·s de façon non limitative certains des actes que peuvent pratiquer les sages-femmes.

Depuis la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite HPST) de 2009, les sages-femmes se sont vu·e·s augmenter leur champ de compétences au-delà de la périnatalité, en accédant au suivi gynécologique de prévention en l'absence de pathologie. De plus, elles sont définies comme « habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux », sous réserve qu'en cas de pathologie elle adresse la patiente à un médecin.

Dans l'exercice de son activité professionnelle, le·la sage-femme, tient également un rôle élémentaire de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes, par exemple dans le repérage des situations de violences faites aux femmes.

Enfin en 2016 la loi de Modernisation de la Santé fût promulguée, leur donnant accès à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, dans un cadre bien défini.

### **1.2.2. Médecin généraliste**

Les médecins spécialisé·e·s en Médecine Générale sont des médecins de premier recours dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique. Ils assurent le suivi de la santé de la femme dans sa globalité aux différents âges de la vie, de la naissance à l'âge adulte.

Les médecins spécialisé·e·s en Médecine Générale sont des médecins de premier recours dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique. Ils assurent le suivi de la santé de la femme dans sa globalité aux différents âges de la vie, de la naissance à l'âge adulte.

Les missions des médecins généralistes sont définies dans le Code de la Santé Publique, et il est notamment mentionné que le·la médecin généraliste « contribue à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patient·e·s la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ». Il·elle « oriente ses patient·e·s, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social » et « s'assure de la coordination des soins nécessaires à ses patient·e·s » et « de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ». Il·elle « contribue aux actions de prévention et de dépistage ».

### **1.2.3. Gynécologue médical·e**

Le décret n° 2003-85 du 30 janvier 2003 a scindé l'ancien Diplôme d'Etudes de Spécialisées (DES) de « Gynécologie-Obstétrique et Gynécologie Médicale » en deux entités distinctes que sont les DES de « Gynécologie médicale » et de « Gynécologie – Obstétrique », reconnaissant la distinction entre une part médicale et une part chirurgicale. La formation est aussi passée d'une certification (anciennement CES) à une spécialisation (DES), ce qui a modifié l'activité de la spécialité. Cette distinction a été confirmée par l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, ainsi que dans l'arrêté du 21 avril 2017. La spécialité de gynécologie médicale est ainsi dévolue à la prise en charge médicale des pathologies gynécologiques et mammaires mais aussi à des activités plus spécialisées. Il va sans dire que la gynécologie médicale est également impliquée, comme elle l'a toujours été, dans le suivi gynécologique des patientes, notamment celles à risque, avec un attachement historique important.

#### **1.2.4. Gynécologue Obstétricien·ne**

La formation du DES de Gynécologie-Obstétrique (GO) est fixée par l'arrêté ministériel du 22 septembre 2004 ainsi que dans l'arrêté du 21 avril 2017. Cette formation spécialisée est composée de six années de Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM). La maquette de ce DES permet l'acquisition des compétences requises dans tous les aspects du socle de la spécialité : la chirurgie gynécologique fonctionnelle et oncologique, la prise en charge des grossesses à risque, les conduites à tenir obstétricales, la médecine périnatale et l'assistance médicale à la procréation. Le·la GO possède l'exclusivité du versant chirurgical des domaines gynécologique et mammaire. Il·elle est le·la médecin spécialiste des versants médicaux et chirurgicaux du domaine obstétrical. Il·elle est donc à la fois médecin, chirurgien·ne et accoucheur·euse, ce qui lui permet d'assurer, outre ses compétences spécifiques, la prise en charge des femmes à chacune des étapes de leur vie, à l'instar des trois autres professions reprises dans ce document. Certains gestes techniques, tels que la colposcopie, l'hystérocopie diagnostique et l'échographie gynécologique sont des compétences partagés entre GM et GO, en général sous couvert d'une formation spécifique. À noter que l'échographie peut aussi, selon les mêmes conditions, être une compétence des MG et des SF.

## **2. FORMATION**

Afin de répondre aux enjeux actuels de santé, il est nécessaire d'améliorer la connaissance mutuelle des compétences des professionnel·le·s de santé et leur collaboration. En effet, plus les professionnel·le·s se connaîtront et auront appris à travailler ensemble, plus la prise en charge des patientes sera efficiente et de qualité.

Dans le but de satisfaire cet objectif, il convient donc de lister des aptitudes à partager mais aussi de débiter une réflexion sur la réalisation d'enseignements et de travaux pratiques communs aux deux cursus médicaux, permettant ainsi de pérenniser les liens entre les différentes disciplines.

### **2.1. ENSEIGNEMENT THEORIQUE**

#### **2.1.1. Connaissance mutuelle des métiers**

La Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) marque à l'heure actuelle le début de l'apprentissage commun pour les étudiant·e·s en médecine et maïeutique. En effet, celle-ci comporte un tronc commun, et des enseignements spécialisés telle que l'Unité d'Enseignement (UE) "Petit Bassin", partagés par les deux filières.

Néanmoins, sur bon nombre d'aspects, cette année ne satisfait pas d'objectifs pédagogiques suffisants : outre l'apprentissage intensif et donc superflu qu'elle requiert, force est de constater que mettre des étudiant·e·s dans un même amphithéâtre n'est pas nécessairement corrélé à une meilleure connaissance mutuelle de leurs compétences.

Ces constats négatifs ont conduit à une réforme de cette année, actuellement en cours de finalisation. Cette dernière conserve l'idée d'une première année commune à quatre filières de santé, qui permet l'accès aux filières Médecine, Maïeutique, Pharmacie et Odontologie, accompagnée d'autres voies d'accès, composant le "parcours d'étude antérieur". Une part conséquente d'enseignements est prévue pour l'orientation et l'information sur les compétences respectives des professionnel·le·s de santé et doit être concrétisée. Ces enseignements pourront permettre de procéder à une orientation active des étudiant·e·s, après qu'il·elle· ont reçu toutes les informations nécessaires.

Ces enseignements aborderaient aussi la législation qui cadre l'interprofessionnalité et en présenteraient les grands principes et enjeux. Il est important qu'ils aboutissent car il s'agit d'une base nécessaire pour favoriser le travail en interprofessionnalité des professionnel·le·s de demain. Une présentation des référentiels de formation des différentes filières pourrait être intégré à cet enseignement afin de bien identifier les champs de compétences des multiples acteur·trice·s de santé.

Primordial, cet apprentissages des champs de compétences de chacun devra être renforcé lors du deuxième cycle des études de futurs professionnels de santé.

Les enseignements revisités, ainsi que les modules d'orientation pourraient ainsi marquer le début d'un apprentissage des compétences mutuelles des futur·e·s médecins généralistes et des sages-femmes.

### 2.1.2. Cours mutualisés

Cet apprentissage doit perdurer à la suite de cette première année. Pour cela, un prérequis est indispensable : l'intégration universitaire des écoles de sages-femmes.

L'intégration universitaire des écoles de sages-femmes permettrait en effet, entre autres choses, le vote collégial des maquettes de formation lors des conseils universitaires (Commission de la Formation et de la Vie Universitaire et Conseil d'Administration) par les étudiant·e·s et les professionnel·le·s. Elle favoriserait également la culture universitaire des formations et la collaboration des enseignant·e·s chercheur·euse·s dans un même environnement de travail.

Cette intégration universitaire ne peut se faire sans la mise en place d'un véritable statut pour les sages-femmes enseignant·e·s, aujourd'hui encore soumis·e·s à la fonction publique hospitalière. La création d'un statut de maître de conférence universitaire pour les sages-femmes est également un pré-requis nécessaire pour recruter des enseignant·e·s.

Le nombre d'enseignant·e·s en Médecine Générale devra lui aussi augmenter afin de pouvoir proposer une formation mutualisée de qualité. Le nombre d'enseignant·e·s en Médecine Générale est en effet actuellement très faible, avec le ratio nombre d'enseignant·e·s par rapport aux nombres d'étudiant·e·s le plus faible de toutes les spécialités médicales (environ huit fois moins)<sup>1</sup>.

Si la question du recrutement de ces enseignant·e·s est importante, c'est parce qu'elle conditionne la possibilité des étudiant·e·s d'être formé·e·s par des professionnel·le·s venant d'autres professions. Cette pratique permettrait ainsi de valoriser chacun·e des professionnel·le·s dans ses expertises. Chacune des professions et des formations pourra alors apporter à l'autre.

Tout comme la question des enseignant·e·s, la question de la structure des formations doit se poser. Actuellement, l'enseignement supérieur français est régi selon un modèle de bloc de compétences. Ceux ci permettent une homogénéisation du cadre de l'enseignement supérieur afin de faciliter les passerelles et poursuite d'études. Ils favorisent ainsi une certaine transversalité des formations et facilite grandement la valorisation des parcours individuels.

Une fois le cadre facilitant mis en place, il convient de s'interroger sur le fond des enseignements délivrés. Comme dit précédemment, les professions de sage-femme et de médecin ont des compétences communes et donc une formation commune doit être envisagée. Le partage des compétences entre les quatre professions médicales travaillant pour la santé de la femme rend nécessaires et cohérents des enseignements théoriques et pratiques communs tout au long des études en sciences médicales et maïeutiques.

Dans cette perspective, l'ANESF et l'ISNAR-IMG proposent une véritable réflexion sur l'existence et la la mise en place d'enseignements communs et mutualisés, aux thèmes variés tels que :

- la **santé de la femme et de l'enfant**, où il serait question de contraception, de prévention, de suivi de grossesse, d'interruption volontaire de grossesse, mais aussi de dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né et de l'enfant dans ses premiers mois de vie ;
- l'**éducation globale (thérapeutique et préventive) des patient·e·s** dans le cadre de pathologies chroniques (diabète par exemple), et de problématiques de santé publique tel que l'allaitement, la consommation de tabac et d'alcool, la vaccination ;
- la gestion de projets, par exemple de santé publique comme le dépistage ou la contraception ;
- les **prescriptions** et connaissances pharmacologiques communes, notamment dans le cadre du suivi gynécologique.

Ces enseignements communs pourront se faire aussi en formation continue, notamment via les Unités Mixtes de Formation Continue (UMFC). Cette formation continue doit en effet être commune à l'ensemble de ces professionnel·le·s pour les champs de compétences qu'ils.elles partagent.

---

<sup>1</sup> [Communiqué de Presse du Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale - 26 juin 2018 - Les conditions d'encadrement des internes de Médecine Générale ne s'améliorent pas](#)

### **2.1.3. Enseignements pratiques mutualisés**

L'enseignement commun théorique pourrait être complété par un apprentissage pratique de gestes techniques comme la pose d'implants sous-cutanés ou de dispositifs intra-utérins, mais aussi de simulation de situations cliniques nécessitant une prise en charge coordonnée. De manière générale, l'aptitude relationnelle avec les patient·e·s et l'équipe de soignant·e·s pourrait être travaillée au cours de ces temps inter-professionnels.

Ainsi, l'ISNAR-IMG et l'ANESF défendent la mise en place d'ateliers d'interdisciplinarité utilisant les outils modernes que sont la simulation et la réalité augmentée par exemple.

Ceux-ci pourront être organisés par des médecins généralistes et/ou des sages-femmes pour des étudiants sages-femmes et/ou internes en médecine générale et inversement.

Une véritable réflexion concernant l'apprentissage par les pairs doit également être instaurée. On peut en effet imaginer des relations de compagnonnage, à l'image des tutorats, bénéfiques pour les étudiant·e·s, qui permettraient un apprentissage précoce de la pédagogie et de l'encadrement et qui serviraient l'objectif de la connaissance mutuelle. Cet apprentissage pourrait notamment se mettre en place lors de travaux pratiques. Il existe en France des initiatives qui pourraient être généralisées : à Lyon par exemple, des étudiant·e·s sages-femmes de dernière année font des cours sur l'accouchement inopiné aux externes et les retours sont très bons.

## **2.2. STAGES MUTUALISES**

Il est nécessaire de repenser l'accueil et l'encadrement des étudiant·e·s sur les lieux de stages. A l'heure actuelle, la formation clinique se réalise de manière verticale : dans la plupart des cas, les étudiant·e·s sages-femmes se forment auprès des sages-femmes, tandis que les étudiant·e·s en médecine se forment auprès de médecins. L'ANESF et l'ISNAR-IMG soulignent l'importance que pourrait avoir un apprentissage croisé entre ces différent·e·s acteur·trice·s.

Par ailleurs, les internes de Médecine Générale ont à l'heure actuelle une formation en santé de la femme à prédominance hospitalière. Les stages ambulatoires en gynécologie sont rares à ce jour et l'essentiel de l'apprentissage de la santé de la femme en stage ambulatoire est réalisé au cours des stages chez les praticiens de Médecine Générale. Dans ce contexte, la possibilité de réaliser ces stages chez des professionnel·le·s n'exerçant pas la même profession, mais disposant de mêmes compétences, paraît plus que pertinente. Ceci satisferait la nécessaire connaissance mutuelle des compétences et ainsi un travail futur collaboratif et pluri-professionnel. Cela permettrait de plus une amélioration de l'accès à des stages ambulatoires entièrement dédiés à la santé de la femme, trop peu nombreux à l'heure actuelle.

Les stages en santé de la femme des internes de Médecine Générale chez des sages-femmes doivent donc être développés, et vice-versa. Ainsi, nous proposons par exemple que les internes de médecine générale réalisent des stages en exercice mixte avec des demi-journées de formation en ambulatoire (auprès de maîtres de stage sages-femmes, au sein de structures de santé diverses présentes sur le territoire) et des demi-journées de formation en milieu hospitalier. Nous proposons aussi que les étudiantes sages-femmes réalisent des stages chez des médecins généralistes maîtres de stage, sous réserve que ces terrains de stages n'empêchent pas la bonne réalisation des maquettes de formation des internes de médecine générale (et inversement pour les stages chez les sages-femmes).

Pour ce faire, il est nécessaire que les objectifs de stages soient au préalable définis et connus, et que les professionnel·le·s encadrant·e·s soient formé·e·s. Actuellement, il existe pour les médecins généralistes un statut de maître de stage des universités. Il s'agit d'un statut spécifique dont dépend une indemnisation pour les professionnel·le·s qui encadrent des étudiant·e·s. Ces professionnel·le·s sont formé·e·s et leurs pratiques d'enseignement peuvent faire l'objet d'un retour de la part des étudiant·e·s. Ce statut n'est pas encore mis en place chez les sages-femmes : l'ANESF, avec le soutien des associations professionnelles représentatives, et l'ISNAR-IMG demandent sa création.

### 3. EXERCICE PROFESSIONNEL ET PRISE EN CHARGE COORDONNEE

La prise en charge pluriprofessionnelle de la santé de la femme nécessite de redéfinir les rôles des professionnel·le·s impliqué·e·s ainsi que leurs moyens de communication.

#### 3.1. LES ROLES DE CHACUN·E

Les professionnel·le·s impliqué·e·s se regroupent en deux catégories : les acteur·trice·s de première et de seconde ligne de recours aux soins.

Les sages-femmes et médecins généralistes sont les acteurs de premier recours : les sages-femmes étant garant·e·s de la physiologie au même titre que les médecins généralistes, par ailleurs coordinateur·trice·s du parcours de soins. Le médecin généraliste prend aussi en charge les pathologies de la femme. A ce titre, les sages-femmes peuvent leur adresser des patientes qui auraient besoin d'une prise en charge pour certaines pathologies.

En cas de pathologie diagnostiquée chez une patiente, celle-ci peut alors être réorientée par les spécialistes de médecine générale et les sages-femmes vers les acteur·rice·s de seconde ligne : les gynécologues médicaux et obstétricien·ne·s. Il est à noter que gynécologues médicaux et obstétricien·ne·s peuvent aussi être consulté·e·s directement par les patientes.

La prise en charge des patientes en bonne santé est une compétence partagée par le médecin généraliste et la sage-femme. La possibilité de consulter en premier recours tant l'un que l'autre doit être conservée.

La prévention et le dépistage des pathologies peuvent être réalisées par l'ensemble des professionnel·le·s.

Concernant les situations pathologiques, leurs prises en charge nécessitent une coordination des professionnel·le·s dans la limite des compétences de chacun·e·s.

**La bonne prise en charge des patientes repose sur l'information claire et loyale concernant les compétences spécifiques et communes de ces professions.**

L'ANESF et l'ISNAR-IMG proposent la mise en place par les acteurs locaux de protocoles pour optimiser les parcours des patients en fonction des professionnel·le·s de santé de la femme présents sur un même bassin de vie.

#### 3.2. DEVELOPPER L'INTERPROFESSIONNALITE

Une prise en charge moderne, efficiente, de qualité et pérenne ne peut que reposer sur la mise en place d'un réseau de prise en charge pluridisciplinaire centré sur la patiente. Autour d'elle, les différent·e·s protagonistes interviennent selon leur domaine de compétence dans le respect de leur code de déontologie respectifs, dans un esprit de bonne coopération et coordination et dans l'intérêt exclusif de la patiente.

C'est pourquoi il est essentiel d'encourager la mise en réseau par l'exercice en maisons et centres de santé interprofessionnels et en équipe de soins primaires pour permettre un parcours de soins coordonné.

La mise en place d'un réseau interdisciplinaire doit être établie afin de construire une cohésion et une identité autour du soin. L'offre médicale sera d'autant plus pertinente par sa bonne complémentarité plutôt que par sa seule densité.

#### 3.3. COMMUNICATION

L'utilisation d'un système d'information commun à tou·te·s les praticien·ne·s a toute sa place pour optimiser la prise en charge des patientes et permettre une programmation pertinente des examens complémentaires. Le parcours de soins s'en trouverait optimisé et sécurisé.

Le dossier médical partagé peut permettre également une facilitation de correspondance et de coordination entre les différentes professions médicales. Cela concourrait à la continuité des soins. L'ANESF et l'ISNAR-IMG soutiennent donc son développement et son déploiement efficient.

### **3.4. OFFRE DE SOINS**

La répartition territoriale des différent·e·s professionnel·le·s est un élément clef pour développer l'offre de soins disponibles pour les femmes.

L'offre médicale disponible pour les femmes doit nécessairement s'évaluer en fonction des compétences et des pratiques exercées par les professionnel·le·s : la caractérisation de l'offre de soins de premier recours en gynécologie-obstétrique doit ainsi prendre en considération la proportion de médecins généralistes réalisant ces suivis. C'est pourquoi il paraît pertinent d'avoir un raisonnement par domaines de compétences exercées plus que par profession exercée.

Ainsi, des mesures cohérentes et incitatives pourraient être davantage mises en place pour l'ensemble des professionnel·le·s. Celles-ci peuvent être par exemple : prime à l'installation, engagement à exercer en zone défavorisée valorisé dès les études pour les futur·e·s médecins et sages-femmes, indemnisations et aides aux transports pour la réalisation de stages en libéral pendant les études accessibles aux étudiant.e.s sages-femmes et de médecine, accompagnement et aides incitatives lors des études, etc.