



Union Nationale et Syndicale des Sages Femmes

**LA SAGE-FEMME, un acteur majeur
dans la PREVENTION et le virage
AMBULATOIRE**

- un atout pour les femmes et pour les familles
- un partenaire du premier recours

UNSSF
1, impasse Reille
75014 PARIS
contact@unssf.org

La profession de sage-femme possède des compétences médicales ciblées (**justes soins**), une dimension psychoprophylactique (**prévention**), ainsi qu'une vocation d'accompagnement de la femme en pré, per et post-partum (**éducation sanitaire**).

En France, les sages-femmes possèdent une formation médicale correspondant à un niveau master, largement sous employée (**efficience, réduction des coûts**).

Alors que le système de soins actuel est confronté à un problème de démographie médicale, les compétences médicales spécifiques des sages-femmes sont sous utilisées.

Tout en conservant le choix de son praticien, l'usager doit être suffisamment informé de l'offre de soins et des professionnels de santé adaptés à ses besoins. Du temps médical spécialisé sera libéré si les sages-femmes sont plus impliquées dans le **suivi des grossesses physiologiques**, le **suivi gynécologique de prévention**, la **santé sexuelle** et le **suivi pédiatrique de prévention**. La durée d'hospitalisation sera diminuée, si la sage-femme est reconnue dans sa prise en charge au domicile des **suites de naissance physiologiques** et du **suivi pédiatrique de prévention du nourrisson**.

La sage-femme : un atout pour les femmes et pour les familles

La prévention et le soin adapté

Par ses compétences spécifiques, la sage-femme est une praticienne adaptée au suivi des femmes et des nourrissons en bonne santé et au diagnostic de la pathologie.

Elle est compétente pour assurer : l'entretien prénatal précoce, le suivi de grossesse, la préparation à la parentalité, l'accouchement, le suivi post-partum, l'organisation et la prise en charge du retour à domicile, la prise en charge du nouveau-né, le soutien à l'allaitement, la rééducation périnéale, la consultation de dépistage et de suivi gynécologique de prévention, la contraception, les vaccinations en collaboration étroite avec les médecins généralistes, ainsi que l'IVG médicamenteuse et les échographies sous certaines conditions.

Elle assure également sous prescription le suivi de grossesses pathologiques.

La même sage-femme peut intervenir avant, pendant et même bien après ou en dehors des grossesses.

En cela, **la sage-femme peut être une actrice majeure dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé, la santé sexuelle incluse.**

Ses compétences spécifiques sont adaptées aux femmes de tous âges, aux jeunes filles, aux nourrissons et leur entourage.

La sage-femme prend tout son rôle dans sa dimension d'actrice de prévention et de promotion de la santé primaire au sein des familles.

La sage-femme : un partenaire du 1^{er} recours – accroître la pertinence et la qualité des soins

La sage-femme est un partenaire du 1^{er} recours pour les soins en périnatalité en gynécologie de prévention. Elle assure si besoin l'orientation de la patiente vers un autre professionnel de santé et doit se coordonner avec eux et avec les acteurs de la prévention et du médico-social.

Tout en respectant le choix du praticien par l'utilisateur, l'orientation des patientes en fonction du niveau de risque de leur grossesse vers le type de praticien le plus adapté permettrait **d'utiliser les compétences de chacun des professionnels de santé à leur juste niveau.**

Dissocier la physiologie de la pathologie avec des passerelles d'orientation dans les 2 sens correspond aux recommandations de l'HAS.

Une médicalisation systématique des grossesses n'apporte aucune valeur ajoutée au suivi médical des patientes, augmente les dépenses de soins et ceci souvent au détriment d'un suivi plus global de prévention et d'éducation. En plus, chaque femme, même si elle a un parcours médicalisé par nécessité, devrait pouvoir bénéficier d'un suivi sage-femme pour tous les aspects normaux de sa grossesse. Evitons de réduire la grossesse de certaines femmes à leur pathologie.

Actuellement le **parcours de soins** dans le cadre d'un suivi de grossesse n'est pas codifié. Chaque femme fait le choix du professionnel de santé qu'elle identifie comme « approprié » sans pour autant connaître les différents intervenants possibles avec leurs domaines de compétences.

PROPOSITIONS :

Le juste soin : parcours de soins coordonnés

L'organisation d'un parcours de soins coordonnés devrait permettre de développer les échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués dans l'intérêt du patient, au bénéfice des femmes et des familles, pour une meilleure efficacité en santé publique.

Promouvoir le rôle de la sage-femme dans un parcours de soins coordonnés permettrait de simplifier l'accès aux soins pour une partie féminine de la population.

Les outils nécessaires pour identifier la sage-femme dans ce parcours de soin :

- Informer les professionnels de santé du champ de compétences des sages-femmes.
- Informer les usagers : donner une vision globale du parcours de soins en indiquant les différents professionnels concernés, leur rôle et leur articulation aux différentes étapes.
- Donner les moyens pratiques aux sages-femmes de prendre en charge dans sa globalité la grossesse physiologique et la prévention (accès plateau technique, ...) afin de permettre aux femmes d'accéder à une diversité de lieux d'accouchement (établissements de santé, maisons de naissance, ouverture des plateaux techniques)

La sage-femme, un acteur majeur dans la prévention et le virage ambulatoire

hospitaliers, accouchement à domicile programmé avec des sages-femmes libérales pouvant accéder à une assurance responsabilité professionnelle)

La coordination ville-hôpital :

Afin d'améliorer l'organisation des suites de naissance, l'UNSSF estime indispensable de reconnaître la valeur du suivi sages-femmes en ambulatoire par la création d'actes de **coordination**, d'**astreinte** et de **majoration des visites à domicile** remplaçant l'hospitalisation, ainsi qu'une prise en charge de l'enfant au titre de l'assurance maternité pendant la période postnatale. Toute sortie devrait être préparée en amont afin de rester en cohérence avec le parcours de soins.

L'UNSSF insiste sur l'importance d'organiser de façon **formalisée et cohérente** avec les établissements les transferts en urgence en cas de problème identifiés par la sage-femme à domicile vers un établissement de santé pour la mère ou pour l'enfant.

Ouverture de l'offre de soins :

De nombreuses patientes émettent le souhait d'un accompagnement global avec une approche de la naissance permettant d'avoir un professionnel unique tout au long de la grossesse et de l'accouchement. Les associations d'usagers ont émis plusieurs appels en ce sens.

- L'UNSSF demande d'améliorer l'accès aux plateaux techniques hospitaliers pour les sages-femmes libérales. Les professionnels libéraux déplorent, malgré une loi existante depuis 1991 (*Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière*), l'inaccessibilité des plateaux techniques hospitaliers. Cette possibilité doit être réaffirmée auprès des directeurs d'établissement de santé.
- L'UNSSF demande de développer et de pérenniser les maisons de naissance où les sages-femmes libérales peuvent exercer la spécificité de leur approche médicale dans le cadre d'un accompagnement global de la patiente.
Le suivi de l'évaluation des projets doit être effectif et devrait permettre dans un délai raisonnable d'envisager leur avenir, en tout cas bien en amont du 26 novembre 2020, date prévue de la fin des expérimentations.
- L'UNSSF demande d'améliorer l'accès à une RCP raisonnable afin de permettre aux usagers d'être accompagnés par des sages-femmes dans tous les lieux de leur choix, y compris à leur domicile.

Reconnaissance du rôle des Sages-femmes dans la prévention.

I. Question de l'allaitement :

Du point de vue du nourrisson, l'allaitement présente un certain nombre de bénéfices sur sa santé (ANAES, 2002). Du point de vue de la santé de la mère également. La Haute Autorité de santé (HAS) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS 1999) recommandent l'allaitement exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant.

En 2013, la part des nourrissons allaités à la naissance s'élève à 66 %. Elle n'est plus que de 40 % à 11 semaines, 30 % à 4 mois et 18 % à 6 mois (DREES, 2016).

Si la pratique de l'allaitement a beaucoup progressé depuis les années 1990, elle est stable depuis une dizaine d'années et se situe à un niveau inférieur à celui de nombreux pays voisins. Le sevrage en France apparaît très précoce et continu dans le temps.

La reconnaissance et l'information sur les compétences des sages-femmes en matière d'allaitement, autant pour les mères que pour les nourrissons, permettra un accompagnement vers une durée d'allaitement plus longue.

II. Question du Tabac :

Parmi les femmes ayant arrêté de fumer pendant leur grossesse, **82 % déclarent reprendre à la naissance de leur enfant**. Les sages-femmes, et plus particulièrement les sages-femmes tabacologues, sont en première ligne pour travailler avec les femmes pour continuer leurs efforts vers un sevrage définitif.

III. Question des vaccinations :

La coqueluche reste encore, à l'heure actuelle, endémique parmi les nouveau-nés et nourrissons et ce, malgré une couverture vaccinale importante dans cette tranche d'âge. Les contamineurs principaux sont alors les proches et notamment les parents. La stratégie du cocooning mise en place en 2004 visait à pallier ce problème en limitant la transmission aux nouveau-nés. Cependant, les études récentes semblent montrer que cette politique vaccinale reste encore trop peu appliquée. Seuls 32% des parents possédant un carnet de santé sont correctement vaccinés contre la coqueluche dans un délai permettant de protéger l'enfant. (Marie Scauftaire-Megarbane, 2015).

Les sages-femmes participent aux actions de prévention mais leurs actes sont peu valorisés, particulièrement en ce qui concerne l'entourage.

Conclusions :

Investir dans une profession de sages-femmes compétente, présente partout sur le territoire, disponible et coordonnée, en valorisant la présence, les différents lieux d'exercice et les actes des sages-femmes permettra :

- D'investir dans la santé des femmes et de leurs familles par le biais de la prévention.
- De garantir leur santé tout en réussissant le virage ambulatoire.
- Un accès aux soins pour tous dans les domaines de la maternité, du suivi pédiatrique de prévention, de la gynécologie de prévention et de la santé sexuelle.

Volet Hospitalier.

Il semble important d'aborder également le volet hospitalier qui conditionne le volet ambulatoire.

Qualité de prise en charge :

- Relancer le travail de réécriture des décrets de périnatalité qui datent de 1998 et ne répondent plus aux enjeux d'aujourd'hui. Il est essentiel afin de maintenir un haut niveau de qualité dans les structures de définir le contingent de personnel dans chaque type d'unité (grossesses pathologiques, diagnostic anténatal, urgences obstétricales etc..) et de prendre en compte le couple mère enfant. (Un service de 10 lits de suites de couches c'est 20 patients). Les structures ont profondément changé depuis 1998. Il est temps d'adapter les textes aux structures existantes. D'autre part de nombreux pays ont défini des contingents par nombre de lits et par type de structure. Cette disposition permet d'améliorer la qualité de la prise en charge des patientes mais également améliore sensiblement la qualité de vie au travail réduisant ainsi l'absentéisme. C'est donc un facteur, à moyen terme, d'économie pour l'hôpital.

Demande faite en 2018 auprès de la Ministre : Mise en place d'un groupe de travail sur les décrets de périnatalité. (Travail entamé en 2014 par M DEBEAUPUIS mais non achevé).

T2A et Périnatalité

- Nécessité de mettre un terme au tout T2A en périnatalité. La périnatalité est probablement le meilleur élève des restructurations passant de 1500 maternités dans les années 80 à un peu plus de 500 en 2018. Si cela a plus ou moins permis une amélioration des indicateurs de santé, elle met, aujourd'hui, à bout de souffle de nombreuses structures petites et moyennes. En effet, les variations de la natalité ne sont pas prévisibles, et une faible baisse des accouchements se traduit par de fortes différences de chiffre d'affaires pour l'hôpital, cela conduit souvent à de graves difficultés sur le personnel, sur la qualité de prise en charge. Il faut donc changer de paradigme et envisager d'établir une carte périnatale définissant le nombre et la situation géographique des structures et financer ces unités par une dotation globale de base permettant d'assurer un fonctionnement normal à l'unité et une autre partie variable en fonction de l'activité, du type de prise en charge, des indicateurs qualité. Poursuivre dans la voie de la T2A pour la périnatalité, c'est précariser de nombreux établissements qui maintiennent leur activité périnatale dans l'intérêt des populations et c'est également une prise de risque au bout de la chaîne pour les patientes (pas de remplacement, augmentation de la vétusté, etc...).

Demande auprès de la Ministre en 2018 : Mise en place d'une réflexion sur le financement de la périnatalité comme le préconise la cour des comptes. (Rapport de 2015)