

# **Fiche technique**

## **Une femme = une sage-femme**

Mai 2021

## SOMMAIRE

<b>Glossaire</b>	3
<b>I. Contexte</b>	3
<b>II. Pourquoi cette revendication ?</b>	4
<b>A. Maltraitements institutionnelles</b>	4
<b>B. Aspects sécuritaires</b>	4
<b>C. Evolution des compétences</b>	5
<b>E. Formation des ESF</b>	5
<b>III. Modèles étrangers</b>	6
<b>A. Au Canada</b>	6
<b>B. En Australie</b>	6
<b>C. Au Royaume-Uni</b>	7
<b>IV. Comment le mettre en place en France ?</b>	8
<b>A. Vers un changement de mentalité ?</b>	8
<b>B. Révision des décrets de périnatalité</b>	8
<b>V. Controverses</b>	9
<b>Bibliographie</b>	10

## I. Glossaire

**AAD** : Accouchement Accompagné à Domicile

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

**BC** : Birth Center

**CMU** : Community Maternity Units

**ENP** : Enquête Nationale de Périnatalité

**ESF** : Étudiant·e·s Sages-Femmes

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**MDN** : Maison de Naissances

**MGP** : Midwifery Group Practice

## I. Contexte

Depuis le mois de novembre 2020, une **pétition** (1) a été lancée par plusieurs personnes dont **Anna Roy**, sage-femme, qui a obtenu à ce jour plus de 69 000 signatures. Elle fait suite à de nombreux témoignages, notamment sur les réseaux sociaux, racontant les **maltraitements qui découlent de la surcharge de travail** dans les services de maternité. La pétition demande à ce que **chaque sage-femme puisse s'occuper uniquement d'une femme en travail**.

Le slogan « **une femme – une sage-femme** » a notamment été repris lors des manifestations qui ont débuté en janvier 2021, pour dénoncer les conditions de travail des sages-femmes, ainsi que leur mécontentement à la suite du Ségur de la Santé. Également, depuis, de nombreuses **tribunes ont été co-écrites par les organisations professionnelles** pour revendiquer ce slogan.

## II. Pourquoi cette revendication ?

### A. Maltraitements institutionnelles

Le hashtag #jesuimaltraitante a été lancée en même temps que le slogan « une femme - une sage-femme » afin de dénoncer les maltraitements qui découlent des insuffisances du système de santé.

Ces **maltraitements institutionnelles** sont dues au **manque cruel de moyens et de personnels** dans les maternités. En moyenne, un·e sage-femme va accompagner et prendre en charge trois couples lors d'une garde de douze heures, et jusqu'à 25 patientes en suite de couches.

### B. Aspects sécuritaires

On observe de plus en plus régulièrement une **rupture dans la continuité de la prise en charge des femmes et des nouveau-nés**. Les évaluations des pratiques professionnelles montrent une **absence de surveillance** des femmes après l'accouchement, ainsi qu'une absence de surveillance du rythme cardiaque fœtal (2).

Outre le risque médical encouru par la patiente et son nouveau-né, l'effectif insuffisant des sages-femmes conduit à deux phénomènes reconnus :

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

Les publications montrent que les **indicateurs périnataux sont meilleurs voire satisfaisants lorsque le ratio femme/sage-femme est élevé** (3).

## C. Evolution des compétences

Les **compétences des sages-femmes** ont énormément évolué depuis les décrets de périnatalité de 1998. Elles concernent plus précisément la **gynécologie, l'orthogénie**, mais également la **pratique des échographies**, notamment en salle de naissance (confirmation du diagnostic de la présentation, index de liquide amniotique...).

De plus, notre profession comporte une dimension psycho-sociale d'une extrême importance. Cela correspond à :

- > La qualité et le temps d'accompagnement nécessaires afin d'assurer la sécurité des couples et des nouveau-nés ;
- > La prévention et le dépistage de pathologies ;
- > La prise en charge de femmes ayant une pathologie, qu'elle soit obstétricale et/ou fœtale ;
- > Le repérage des vulnérabilités dont les violences dans le cadre des consultations d'urgence notamment ;
- > Le repérage des situations de précarité ;
- > Les temps administratifs d'organisation et de coordination.

Toutes ces compétences, qu'elles soient nouvellement acquises ou inscrites depuis longtemps dans le référentiel métier, nécessitent **du temps supplémentaire dans les services de maternité, et doivent donc rentrer en compte dans le calcul des effectifs.**

## D. Formation des ESF

Le modèle « une femme = une sage-femme » pourrait également permettre une **amélioration des conditions de stages** des étudiant·e·s sages-femmes.

Le manque d'effectifs de sages-femmes dans les services peut avoir des conséquences sur la formation initiale des étudiant·e·s sages-femmes. La partie clinique de la formation nécessite du temps et un **encadrement essentiel à l'apprentissage** des compétences des futur·e·s sages-femmes.

### III. Modèles étrangers

De nombreux pays européens comme le Royaume-Uni, l'Irlande, la Suède, la Norvège, la Finlande ou encore l'Islande ont mis en place un modèle se rapprochant de « une femme - une sage-femme ». Selon les pays, les modèles sont légèrement différents.

#### A. Au Canada

Au Canada, les sages-femmes travaillent le plus souvent regroupé·e·s dans **un cabinet composé de plusieurs sages-femmes**. Ils·Elles suivent leur patiente et s'adaptent à elle pour accoucher soit en milieu hospitalier soit à domicile. Ils·Elles obtiennent un financement public pour la reconnaissance de leur charge de travail, et souvent ils·elles peuvent engager une personne s'occupant des charges administratives. Travailler dans un cabinet de groupe et pouvoir préserver du temps hors des gardes sur appel ou exercer un temps partiel permet également de diminuer le dilemme de prise en charge et de prévenir l'épuisement des sages-femmes. Les femmes sont donc souvent **suivies par deux personnes différentes maximum en cas de grossesse à bas risque**.

Cependant, les sages-femmes en milieu rural font face à certains défis spécifiques à leur lieu de pratique. Les **longues distances** peuvent alourdir la charge de travail ou encore augmenter l'inquiétude lors de situations d'urgence. Ces dernières doivent également collaborer avec un nombre plus élevé de comités et d'institutions hospitalières, ce qui les oblige à s'adapter à différents types de dossiers patients (4).

#### B. En Australie

En Australie, plusieurs modèles de pratiques de sages-femmes se sont développés. Parmi eux, s'est développé le **modèle « midwifery group practice » (MGP)**. C'est un modèle de soins en maternité dirigé uniquement par des sages-femmes. Chaque couple se voit attribuer **un·e sage-femme principale et un·e sage-femme référent·e** au sein de l'équipe du MGP. Ces deux sages-femmes travaillent sur appel. Les MGP sont des services proposés par les hôpitaux. Certain·e·s sages-femmes de MGP peuvent également réaliser les **accouchements accompagnés à domicile (AAD)**. Chaque sage-femme travaillant dans le MGP bénéficie **de deux jours de congés par semaine sans travail sur appel**. Ces jours sont considérés comme sacrés par les sages-femmes et essentiels au maintien de l'équilibre emploi-vie personnelle. De plus, les règlements institutionnels imposent une limite maximum de 12h de travail successives (5).

On trouve également un deuxième modèle : **les soins de sages-femmes privé·e·s**. C'est le·la même sage-femme qui s'occupe de la même patiente dès le début de sa grossesse, jusqu'à la naissance et dans les premières semaines de vie du nouveau-né. Les soins de sage-femme privé·e·s peuvent commencer à partir du moment où une femme est

au courant de la grossesse et les rendez-vous se poursuivent tout au long de la grossesse souvent au domicile de la femme. Ce suivi permet une **prise en charge de la sécurité sociale** sur les frais de sage-femme. Certain·e·s sages-femmes ne fournissent que des soins prénataux et postnataux et certain·e·s **assisteront à l'accouchement de leurs patientes privées dans un hôpital**. Les sages-femmes sont bien sûr tenu·e·s de se référer à un·e obstétricien·ne en cas de complications de la grossesse ou de l'accouchement (6).

## C. Au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, on trouve des modèles semblables aux précédents.

Les **Birth Center (BC)**, également appelés **Community Maternity Units (CMU)** en Écosse, sont semblables aux maisons de naissances (MDN) en France. Certains centres sont **séparés de l'hôpital** mais de nombreux hôpitaux ont leur propre centre de naissance à côté de leur service de maternité conventionnelle. Ces centres sont **dirigés par des sages-femmes, et sont accessibles à toutes les femmes ayant une grossesse à bas risque** obstétrical. Les soins sont gratuits, sauf pour les centres privés à but lucratif où le suivi et l'accouchement peuvent être facturés environ 7 000 £ à 9 000 £ (entre 8000 et 10 000 euros).

Le **“one-to-one midwifery”** s'est développé et permet une relation continue et personnelle entre une femme et sa sage-femme. Les sages-femmes se tournent vers ce modèle pour **plus d'autonomie dans leur pratique** et de **flexibilité dans leurs horaires de travail**. Ces sages-femmes travaillent souvent dans **un BC mais sur garde d'astreinte**. Ce modèle a été très demandé par les sages-femmes pour également pouvoir continuer d'exercer en pré, per et post partum, et donc d'éviter une dégradation de l'état de leurs connaissances faute de pratique (7).

On trouve également des sages-femmes qui **travaillent en « caseload »**, des petits groupes de sages-femmes comme les MGP. L'équipe est disponible sur appel pour les accouchements que ce soit à domicile, dans la maison de naissance ou dans la salle de travail traditionnelle. Elles s'adaptent complètement au projet de la femme qu'il·elle·s suivent (8).

## IV. Comment le mettre en place en France ?

### A. Vers un changement de mentalité ?

L'application de modèles de continuité des soins est accompagnée de profondes **modifications dans les structures des maternités**. La plupart des modèles soumettent les sages-femmes à des horaires plus flexibles de gardes avec un système d'astreinte sur appel. Les gardes sont souvent en 12 heures avec des jours de repos.

Lorsque l'on regarde les modèles étrangers, on réalise que ces modèles sont pleinement ancrés dans les mentalités de ces pays. Les femmes peuvent choisir librement leur modèle de suivi et d'accouchement. Les hôpitaux proposent différents services (MDN, Service conventionnel, AAD) qui sont tous remboursés.

Les sages-femmes peuvent également choisir librement comment elles veulent exercer.

### B. Révision des décrets de périnatalité

Le rôle des sages-femmes devient de plus en plus important. **L'Enquête Nationale Périnatale (ENP)** de 2016 conclut que les **sages-femmes ont un rôle croissant, notamment en salle de naissance** : il-elle·s réalisent 87.4% des accouchements par voie basse non instrumentale contre 81% en 2010. Si l'on considère l'organisation des parcours de santé en périnatalité et l'évolution de la demande des futurs parents (accompagnement, sécurité maximale et respect de la physiologie), alors les ratios des personnels tels que les décrets de périnatalité de 1998 (9) les ont décrits, sont obsolètes.

La **révision du nombre de sages-femmes devient incontournable** afin d'organiser de façon optimale les services au sein des maternités.

Les professionnel·le·s de la périnatalité demandent la révision des ratios de personnels en s'appuyant notamment sur les **recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)** de 2018 qui préconise notamment « *que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement* »

Quelques député·e·s se sont interrogé·e·s sur le sujet, notamment Marie-Pierre Rixain qui a posé une question au gouvernement sur le sujet (10).



## V. Controverses

Le modèle de garde sur astreinte a été remis en cause notamment car elle exposerait les sages-femmes à un **risque de burnout plus élevé** et **une perturbation de la vie familiale** (11), avec un possible déséquilibre entre la vie personnelle et professionnelle. Les appels nécessitent que le-la sage-femme soit toujours disponible s'il-elle travaille seul·e, et non en duo ou en équipe. Certain·e·s des sages-femmes font état de la difficulté à se **détacher mentalement du travail**. Même les jours où ils-elles ne travaillent pas et ne sont pas sur appel, ils-elles ont parfois du mal à éteindre leur téléphone et continuent à se soucier de leurs patientes. Certain·e·s mentionnent un sentiment permanent d'anticipation lorsqu'ils-elles sont de garde sur appel.

Tou·te·s les sages-femmes ont décrit une **période d'acclimatation nécessaire** pour l'adaptation au travail en MGP. Cette période d'adaptation a été décrite comme pouvant aller jusqu'à dix-huit mois. Elle est nécessaire pour s'habituer aux gardes sur appel.

Mais tou·te·s les sages-femmes travaillant dans ces modèles estiment qu'ils sont **moins stressants que le milieu hospitalier**, ce qu'ils-elles justifient par le fait qu'ils-elles connaissent mieux les situations des femmes qu'ils-elles prennent en charge. De plus, les sages-femmes estiment qu'ils-elles sont **plus épanouies dans ce travail**, en particulier, grâce à la continuité des soins, l'établissement de relations avec les femmes et leurs familles, et la possibilité de pratiquer de manière autonome. Les sages-femmes sont également satisfait·e·s de la **création de relations collégiales avec les autres sages-femmes** travaillant dans le MGP et de la possibilité de pratiquer **à tous les niveaux** de leur domaine de compétence (soins prénataux et postnataux).

**Garance de Richoufftz,**

**VP en charge des Perspectives Professionnelles 2020-2021**

## VI. Bibliographie

1. Signez la pétition [Internet]. Change.org. [cité 18 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.change.org/p/olivier-véran-permettons-aux-femmes-d-accoucher-humainement-une-femme-une-sage-femme>
2. Houlon J.M; Pasquier J.C.; Audra P.: la surveillance du travail, avant, pendant et après l'accouchement – Pratiques en gynécologie-obstétrique - MASSON -2003.
3. Hundley, V. A., Cruickshank, F. M., MUne, J. M., Glazener, C. M. A., Lang, G. D., Turner, M., ... Mollison, J. (1995). Satisfaction and continuity of care : staff views of care in a midwife-managed delivery unit. *Midwifery*, 11, 163-173.
4. Martinelli S, Wolfrath R. Implications de la continuité des soins pour les sages-femmes *Revue de littérature*. :161. Disponible sur : [https://doc.rero.ch/record/209189/files/HESAV\\_TB\\_Martinelli\\_2013.pdf](https://doc.rero.ch/record/209189/files/HESAV_TB_Martinelli_2013.pdf)
5. Australian caseload midwifery: The exception or the rule - ScienceDirect [Internet]. [cité 18 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519211000035?via%3Dihub>
6. Midwifery Continuity of Care - Australian College of Midwives [Internet]. [cité 18 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.midwives.org.au/midwifery-continuity-care>
7. Farmer E, Chipperfield C. One-to-one midwifery. *Mod Midwife*. avr 1996;6(4):19-21. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8788902/>
8. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sex Reprod Healthc*. 1 juin 2018;16:50-5. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575617303178>
9. Hosmat - décret périnatalité. :9. Disponible sur : <http://www.hosmat.fr/hosmat/bonnes-pratiques/perinatalite/code-sante-b.pdf>
10. Question n°31782 - Assemblée nationale [Internet]. [cité 18 juin 2021]. Disponible sur: <https://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-31782QE.htm> Disponible sur : <https://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-31782QE.htm>
11. Martinelli S, Wolfrath R. Implications de la continuité des soins pour les sages-femmes *Revue de littérature*. :161. Disponible sur : [https://doc.rero.ch/record/209189/files/HESAV\\_TB\\_Martinelli\\_2013.pdf](https://doc.rero.ch/record/209189/files/HESAV_TB_Martinelli_2013.pdf)

