

Contribution Sage-Femme Référence

Juin 2021

SOMMAIRE

I. Glossaire	3
II. Introduction	3
III. Notion de sage-femme référent·e	4
IV. Pourquoi un·e sage-femme référent·e ?	5
A. Rôle de coordination et de continuité de soins	5
B. Rôle de prévention et de dépistage	6
C. Démographie	6
D. Vers un suivi global	7
V. Les freins à la mise en place	8
A. Modification des listes de prescriptions	8
B. Promouvoir les compétences des sages-femmes	8
VI. Conclusion	8
VII. Bibliographie	9

I. Glossaire

AAD : Accouchement Accompagné à Domicile

ANESF : Association Nationale des Étudiant·e·s sages-femmes

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

ARS : Agence Régionale de Santé

CIANE : Collectif Inter Associatif autour de la Naissance

CSP : Code de la Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

PT : Plateau technique

II. Introduction

Les compétences des sages-femmes sont inscrites dans le Code de la Santé Publique (CSP). Ces compétences sont **encore aujourd'hui mal connues** de la population générale, entraînant un manque de libertés dans le choix de son·sa praticien·ne.

Lors du Conseil d'Administration de mai 2018, l'Association Nationale des Etudiant·e·s Sages-Femmes (ANESF) s'est positionnée pour la mise en place d'un statut de sage-femme référent·e au cours de la vie d'une femme. « *Ce statut permettrait aux sages-femmes d'être un·e professionnel·le de santé de premier recours dans le cadre du suivi de grossesse, du suivi gynécologique de prévention et de dépistage, en assurant une prise en charge globale des femmes et des couples.*

Afin d'optimiser leur prise en charge les femmes seront libres de déclarer un·e sage-femme libéral·e référent·e au cours de leur suivi gynécologique ou à l'occasion d'une grossesse. Le choix de leur sage-femme référent·e peut évoluer à tout moment. »

Cette contribution, regroupant les arguments en faveur du·de la sage-femme praticien·ne de premier recours, **n'a pas pour but d'élargir les compétences** des sages-femmes, mais de leur donner **les moyens de les exercer au mieux.**

III. Notion de sage-femme référent·e

Grâce à leur formation initiale, les sages-femmes ont une **approche globale** centrée sur la femme, le couple, la famille en permettant le **respect de la physiologie**. Selon l'Article R4127-318 du CSP « *La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception* » [1].

Être le·la praticien·ne de premier recours permet aux sages-femmes d'exercer et d'assurer dans **leur champ de compétences**, le suivi médical des patientes tout au long de leur vie, que ce soit le suivi **gynécologique ou le suivi de grossesse**.

Dans la loi visant à l'amélioration du système de santé par la confiance et la simplification de avril 2021, apparaît la **première notion de sage-femme référente**. Selon l'Article L. 162-8-2. « *Afin de favoriser la coordination des soins en lien avec le médecin, pendant et après la grossesse, l'assurée ou l'ayant droit peut déclarer à son organisme gestionnaire de régime de base de l'assurance maladie le nom de sa sage-femme référente* ». [2] Les modalités de cette déclaration de sage femme référente doivent encore être définies par voie réglementaire prochainement.

Cette loi est un premier pas dans l'avancée vers la sage-femme référente. Mais elle limite la sage-femme dans ses compétences car ce statut est restreint au suivi de grossesse. La sage-femme peut suivant ses compétences être également le **premier recours du suivi gynécologique de prévention**.

IV. Pourquoi un·e sage-femme référent·e ?

A. Rôle de coordination et de continuité de soins

Les Agences Régionales de Santé (ARS) répertorient **les professionnel·le·s de premier recours**. Ces listes comprennent les médecins généralistes, les infirmier·e·s, les masseur·se·s-kinésithérapeutes et les chirurgien·ne·s-dentistes. La gynécologie étant une **priorité de santé publique**, des praticien·ne·s de premier recours doivent également être mis en place.

Depuis 2009, les **compétences des sages-femmes** en termes de gynécologie ne cessent d'augmenter et de se diversifier. Ils·Elles sont **totale·ment autonomes dans le suivi d'une femme en bonne santé** de la puberté à la ménopause. Ils·Elles sont donc le·la praticien·ne de choix pour être la personne référente de la santé de la femme. Le·La sage-femme référent·e peut réaliser une **orientation directe** de la patiente vers d'autres professionnel·le·s de santé médico-psycho-sociaux si nécessaire.

Avoir un·e seul·e professionnel·le référent·e permet également **d'assurer un meilleur suivi** et de **fluidifier le parcours de soins** des femmes. Dès 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande « *Le suivi des femmes avec une grossesse normale doit être assuré autant que possible par un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par la même personne. Si le suivi est réalisé par un groupe de professionnels de santé, une personne « référente » dans ce groupe facilite la coordination et l'organisation des soins et leur articulation avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien* » [3].

Cela vise ainsi à **fluidifier le parcours de soins** des femmes. L'objectif est de **faciliter le suivi** et la prise en charge des femmes en **coordonnant l'action des professionnel·le·s de santé et limiter les dépenses de santé**.

B. Rôle de prévention et de dépistage

Le suivi gynécologique et le suivi de grossesse sont des instants particulièrement intimes, au cœur de la santé des femmes. Ces consultations peuvent être source d'inquiétude chez les patientes. La sage-femme unique référente permet de créer un **lien de confiance mutuelle**, et donc être totalement à l'écoute des besoins.

Comme le suggère la publication du **Collectif Inter associatif Autour de la Naissance** (CIANE) en 2014 « *Il est important que l'accompagnement des professionnels ne se limite pas à l'aspect médical et technique : il est attendu des professionnels qu'ils soient à l'écoute et capables de s'adapter aux besoins diversifiés des femmes et des couples qui, s'ils aspirent tous à un équilibre entre intimité et soutien, n'ont pas forcément la même définition de cet équilibre* » [4].

Dans sa pratique, le·la sage-femme est quotidiennement amené·e à rencontrer des femmes victimes de violences sexistes et sexuelles. Le lien de confiance établi entre une femme et son·sa sage-femme référent·e, est un avantage certain pour le dépistage de celles-ci

La grossesse est une période particulière qui permet aux femmes de se faire suivre plus régulièrement, et pour certaines, de **réintégrer le parcours de soin** quand celles-ci l'ont interrompu. L'accès à un·e sage-femme référent·e permet de mettre en place un réel suivi pour toutes ces femmes sans suivi jusqu'alors. Ainsi, pouvoir **sensibiliser à l'importance de la santé génésique**, tel que le dépistage du cancer du sein, ou la vaccination contre les infections à papillomavirus (HPV).

C. Démographie

Depuis une dizaine d'années, le nombre de gynécologues-obstétricien·nes ne cesse de **décroître**. L'INSEE annonce encore **16% des effectifs en moins** d'ici 2030. Il devient difficile pour les femme de trouver un·e gynécologue acceptant les nouvelles patientes. Les délais d'attente grandissent sans cesse. Les pathologies gynécologiques se développent donc dans l'ombre, mettant plus de temps et plus de coût à la Sécurité Sociale pour les traiter. Pourtant, chaque femme doit pouvoir avoir accès à un·e sage-femme dès qu'elle est en âge de procréer . Il devient donc primordial de favoriser la mise en place de le·la sage-femme référente qui peut tout aussi bien suivre ces femmes, dans le respect de ces compétences. Et ensuite les rediriger vers un·e médecin après le diagnostic d'une pathologie.

Cette mesure permettrait de **désengorger les cabinets médicaux** et d'éviter un **mauvais accès aux soins** des femmes.

D. Vers un suivi global

Le·la sage-femme référente est donc au centre de l'accompagnement semi-global de la patiente : suivi gynécologique et de grossesse de la patiente. Cet accompagnement exclut le moment de l'accouchement.

Parallèlement, le **suivi global** est défini par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) en 2002 comme « *Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveillance et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant.* » [5]. Cet accompagnement du couple est une demande de plus en plus présente des patientes. Il permet une approche à la fois médicale, psychologique et humaine où cohérence et continuité s'allient avec le respect de la mère, du père/second parent et de l'enfant, avec un·e **sage-femme référent·e au cœur de ce suivi**.

D'un point de vue de santé publique, ce type de suivi assure des soins de qualité à moindre coût, tout en s'inscrivant dans une **optique de prévention** par la création d'un lien père/second parent-mère-enfant le plus optimal possible.

Actuellement, les sages-femmes qui, en France, s'inscrivent dans une démarche d'accompagnement global, proposent des **accouchements à domicile (AAD) ou en plateau technique (PT)** qui sont encore à développer en France.

V. Les freins à la mise en place

A. Modification des listes de prescriptions

Ainsi, alors qu'un·e sage-femme peut traiter une infection urinaire pendant la grossesse, il·elle ne peut le faire dans le cadre du suivi gynécologique. Ce qui d'une part, impose le **recours à un·e médecin pour faire cette prescription**, engendrant un surcoût à l'assurance maladie. D'autre part, sur les territoires déficitaires en médecins, les patientes concernées ne pourront pas avoir recours à une prescription rapide à cause des délais de RDV augmentés, ou la surcharge des médecins ne prenant plus de nouveaux·elles patient·e·s. Ces patientes n'ont alors pas de recours de proximité et se rendent aux urgences pour obtenir une prescription.

De la même façon, dans un souci de limiter les risques infectieux dans le cadre de la santé sexuelle, les sages-femmes sont capables de traiter les infections sexuellement transmissibles chez les patientes, mais ne sont pas en mesure de les traiter **chez leurs partenaires**. On en revient donc au problème de surcharge des médecins.

Il est donc nécessaire de supprimer la liste de prescriptions des sages-femmes qui n'évolue pas aussi rapidement que les compétences des sages-femmes. [6]

B. Promouvoir les compétences des sages-femmes

Le champ des compétences des sages-femmes ne fait qu'augmenter notamment en **gynécologie et orthogénie**. Cependant le grand public est peu au fait de ces évolutions. Il est donc nécessaire de promouvoir les compétences des sages-femmes. Ainsi que sensibiliser les autres acteur·ice·s de santé sur le champ de compétences des sages-femmes.

VI. Conclusion

Le·la sage-femme de premier recours vise donc à améliorer l'état de santé de la femme, de la mère et de l'enfant en prévenant la survenue de complications médicales, psychologiques ou sociales.

Le peu de connaissance et de communication sur les compétences des sages-femmes dessert la profession et ne permet pas la promotion de l'offre de soins existante pour les femmes.

VII. Bibliographie

[1] Article R4127-318 du CSP :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026202949/

[2] Loi visant à l'amélioration du système de santé par la confiance et la simplification

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/systeme_sante_confiance_simplification1

[3] HAS - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées : [HAUTE AUTORITE DE SANTE \(has-sante.fr\)](http://has-sante.fr)

[4] CIANE - Accompagnement des femmes : [Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? - CIANE](#)

[5] ANSFL - Suivi global : <https://ansfl.org/document/laccompagnement-global/>

[6] Contribution Sage-femme, praticien de 1^{er} recours de 2014 - ANESF, ONSSF, UNSSF, CNSF, CNEMA, ANSFL, ANSFC