



**Association nationale des sages-femmes libérales - ANSFL**  
**Association nationale des sages-femmes orthogénistes - ANSFO**  
**Association nationale des sages-femmes territoriales - ANSFT**  
**Association professionnelle de sages-femmes - APSF**

## **La grossesse et la mise au monde en France - Qu'en-est-il de la physiologie ?**

### **Synthèse**

En France, la gestion et l'organisation de la périnatalité est centrée sur le risque obstétrico-pédiatrique et la pathologie. Les résultats relatifs à la santé périnatale sont contrastés malgré une forte médicalisation de la naissance et celle-ci ne laisse aucune place à une approche physiologique.

La sage-femme française occupe une place centrale en matière d'information, de dépistage et de prévention. Elle assure la santé gynécologique et sexuelle, la contraception, l'éducation, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), le suivi et l'accompagnement pre, per et postnatal. (maternité - parentalité - santé du tout petit - initiation des premiers soins et des premiers liens dont l'allaitement)

Les sages-femmes exercent en milieu hospitalier, en clinique, à la PMI (Protection Maternelle et Infantile), en Centre de Planification et d'Éducation Familiale ou en cabinet libéral.

Les sages-femmes accompagnent ces processus physiologiques tout en veillant à leur bon déroulement. En cas de pathologie, elles font appel au médecin et travaillent en complémentarité avec lui. Le temps du médecin est celui de l'intervention et de l'urgence.

Trois approches sont identifiées dans les pays anglo-saxons : un modèle de soin dispensé par les sages-femmes pour les femmes à bas risque (*Midwife-led*, *midwife-led continuity*), un modèle impliquant un suivi uniquement par des médecins (*medical-led*) et un modèle mixte associant médecin et sage-femme (*shared models of care*).

Le statut de sage-femme référente existant dans la proposition de loi visant à améliorer le système de soins par la confiance et la simplification est une démarche essentielle dans l'amélioration du système de soins. Elle est en accord avec les attentes et les besoins des femmes. Cette proposition fait suite au Ségur de la Santé et à la commission des 1000 jours. Comme le définit l'OMS, la santé ne se réduit pas au diagnostic de « l'absence de pathologie ».

Les données dont on dispose actuellement montrent que les soins de maïeutique prodigués par les sages-femmes sont avantageux sur le plan du rapport coût/efficacité, abordables et durables. Le retour sur investissement de la formation et du déploiement de sages-femmes communautaires est similaire au coût par décès évité par la vaccination.

De nombreux travaux menés ces dernières années, ainsi que les résultats de l'étude de Renfrew et al. (2014), publiés dans la revue *The Lancet*, plaident de façon indiscutable, en faveur d'un changement d'organisation des soins périnataux qui ne seraient pas centrés principalement sur l'identification et le traitement des pathologies d'une minorité, mais sur des soins de qualité pour tous.

Pour les femmes à faible risque obstétricaux, il s'agit de sortir d'un modèle centré sur la pathologie et le risque, et d'une démarche essentiellement diagnostique, pour une approche essentiellement centrée sur la femme et sa santé. Ce changement comprend une approche de prévention et de soutien capable de renforcer les capacités et les ressources propres des femme. La pratique de sage-femme est ici cruciale.

## **Dans cet esprit, les sages-femmes demandent :**

### ***A. Une organisation de la périnatalité plus efficiente et proche du souhait et des besoins des femmes afin de promouvoir leur santé***

- Mise en place d'une **sage-femme référente** pour chaque femme enceinte qui aurait un rôle d'accompagnement, de soutien et de coordination du parcours périnatal, non réductible à des « soins »
- **Augmentation des effectifs de sages-femmes dans les maternités** afin que chaque femme puisse bénéficier des soins, du soutien et de l'accompagnement d'une sage-femme dédiée, à tout moment, pour chaque naissance (une femme-une sage-femme)
- Mise en place effective des **unités physiologiques dirigées par des sages-femmes** au sein des services hospitaliers, avec une responsabilité équivalente au chef de service pour la sage-femme coordonnatrice.
- **Développement et la valorisation des maisons de naissances** et création d'une **offre de lieux d'accouchement diversifiée incluant l'accouchement à domicile** permettant aux parents de faire un choix

## ***B. Développer les compétences des sages-femmes au profit de la santé des femmes***

- Création d'un **entretien postnatal** (EPN) à proposer systématiquement dans la continuité de l'entretien prénatal précoce (EPP) devenu obligatoire depuis mai 2020, afin d'assurer un suivi et un accompagnement continu, de l'avant à l'après, pour chaque femme dans son parcours maternité, ainsi que pour prévenir les difficultés majeures liées à de tels bouleversements.
- Mise en place d'un véritable parcours du suivi et du soutien postnatal par :
  - **2 visites post natales supplémentaires à 3 mois et 6 mois.**
  - des **séances collectives de soutien à la parentalité** sur le modèle des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
- Création d'un acte plus large que la rééducation périnéale afin de **soutenir tous les remaniements inhérent à la maternité, qu'ils soient corporels ou psychiques**
- Autorisation de **prescrire tous les médicaments nécessaires** à l'exercice de leur Art, (comme cela est précisé pour les chirurgiens-dentistes).
- Autorisation de **prescrire ou de renouveler un arrêt de travail** pendant toute la période périnatale, car c'est reconnaître les besoins spécifiques des femmes pour leur maternité sans que la grossesse ne soit identifiée comme une pathologie.
- Autorisation de **l'IVG instrumentale** car c'est rendre ce droit plus accessible aux femmes
- Mise en place d'un **suivi du deuil périnatal** par au moins trois visites à domicile en sortie d'hospitalisation, après une interruption médicale de grossesse ou un décès périnatal
- **Pérennisation du remboursement des actes de télémedecine**, comme c'est le cas pour les médecins

## ***C. L'autonomie de la profession de sage-femme***

- Renforcer et clarifier le statut de **profession médicale** en mettant en cohérence tous les règlements administratifs et sanitaires avec le code de la santé publique tout comme avec ceux de la fonction publique hospitalière et territoriale, dans le respect de la hiérarchie des normes.
- Promouvoir **l'égalité professionnelle**, que ce soit au sein des professions médicales dont les sages-femmes font partie, ou que ce soit en termes d'égalité relative au genre
- **Revaloriser les salaires et les cotations** des sages-femmes afin qu'ils soient cohérents avec leur niveau de compétences et de responsabilité médicale.
- Créer un **statut d'emploi spécifique pour la sage-femme fonctionnaire** afin que son activité ne soit pas coordonnée ou supervisée par une autre profession (médecin, infirmière,

éducatrice, etc... ). Notamment dans la fonction publique territoriale, où l'activité des sages-femmes devrait, toujours et uniquement, être coordonnée par une sage-femme.

- Simplifier et favoriser **l'exercice mixte** : hospitalier/territoriale/libéral
- Donner à la **recherche en maïeutique**, à l'université, une véritable autonomie
- Donner l'accès au **double statut hospitalier et universitaire**, pour les sages-femmes chercheuses

Le 22 février 2021, pour :

l'association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL) : Laurence Platel - 06 89 85 42 12

l'association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO) : Chantal Birman - 06 61 20 10 50

l'association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT) : Claudine Schalck - 06 64 98 12 24

l'association professionnelle de sages-femmes(APSF) : Christine Morin - 06 09 60 74 20