

# PROPOSITIONS DE PARCOURS DE SANTÉ DES FEMMES

-

## SAGE-FEMME PRATICIEN DE 1<sup>ER</sup> RECOURS

- Le Collectif des sages-femmes -

# DÉFINITION DU PARCOURS DE SANTÉ

---

Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans leur territoire de santé, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix.

Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours a priori et calibrer et anticiper les ressources nécessaires. (ARS Ile-de-France)

Les objectifs finaux de l'approche « parcours » peuvent être résumés dans la phrase suivante : faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment. Le tout au meilleur coût.

## **Pour la sage-femme praticien de 1er recours**

Le parcours de santé des femmes est l'organisation d'une prise en charge globale et continue des femmes au plus proche de leur lieu de vie.

La lisibilité, l'accessibilité et la fluidité du parcours de santé s'appuient sur la qualité de l'information, des conditions d'accueil et d'accompagnement de la femme tout au long de sa vie.

## Vision « politique » de la santé des femmes

Sage-femme, **PRATICIEN DE PREMIER RECOURS** pour la santé des femmes : ses actions de dépistage, de prévention et de diagnostic de la pathologie la mettent au cœur du dispositif permettant à la patiente d'être au centre de la filière de soins. Pour cela, il faut développer et promouvoir l'exercice libéral de la profession.

Dès 2005, la HAS précisait que « *Le pronostic materno-foetal a été comparé pour le suivi systématique des grossesses à bas risque entre les obstétriciens ou les gynécologues et les sages-femmes et/ou les médecins généralistes. Il n'y avait pas de différence (grade A). 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* ». (HAS Avril 2005)

De même, elle précise en 2007 (Orientation des femmes enceintes en fonction de leur niveau de risques) que la sage-femme, le médecin généraliste et le gynécologue médical assurent le suivi des mêmes patientes et réfèrent au gynéco-obstétricien pour les mêmes niveaux de risques.

L'HAS pointe en mars 2013, dans un document sur la Périnatalité, la situation en France :

« Peu de prise en compte de la sécurité émotionnelle des femmes : entretien prénatal précoce peu réalisé. Préparation à la naissance et à la parentalité : peu abordée en entretien prénatal, peu suivie, ruptures dans le continuum éducatif »

La Cour des Comptes note en 2011 (*Rapport de la Cour des Comptes, chapitre VI : le rôle des sages-femmes dans le système de soins, page 173 – 198*) que les sages-femmes sont reconnues comme pouvant assurer un suivi global, respectueux des usagers et de la physiologie, avec une médicalisation à bon escient et des prescriptions parcimonieuses (statistiques UNCAM) tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement, du post-natal et du suivi gynécologique.

Dans ce même rapport, la Cour des Comptes préconise que « *l'utilisation optimale des compétences de chacun implique une redéfinition des pratiques et des responsabilités : compétence des sages-femmes pour la pratique de l'obstétrique physiologique, prise en charge des seules grossesses pathologiques par les obstétriciens* ».

Dans le rapport du Comité des Sages demandé par Madame Touraine, page 76, il est noté « *que les sages-femmes sont moins prescriptrices du fait de consultations plus longues et mettant l'accent sur le conseil et la prévention au-delà de l'acte médical* ».

Le plan périnatalité 2005 – 2007 reconnaissait d'ailleurs qu'il fallait replacer la sage-femme dans ses rôles et compétences de suivi des grossesses normales afin « *de faire mieux et moins pour les grossesses à bas risques* » tout en permettant de libérer du « *temps médecins* » pour « *faire mieux et plus pour les grossesses à hauts risques* ».

Les pays mettant les sages-femmes au 1er plan de la santé des femmes sont aussi parmi les plus avancés en matière de droit des femmes.

Pour exemple, le Royaume-Uni, avec un nombre de naissances légèrement inférieur, compte 35 889 sages-femmes, alors que la France en compte 23000. La place des sages-femmes dans la politique périnatale est différente avec des indicateurs périnataux meilleurs qu'en France. De même, la Suède a fait le choix de la sage-femme pour la contraception.

Dans notre pays, la prise en charge de la grossesse n'a été pensée depuis plusieurs années qu'en terme de risques potentiels, entraînant une hyper technicisation. Pourtant, les indicateurs périnataux en France en termes de morbidité et de mortalité périnatales n'ont pas évolué depuis plusieurs années et sont moins bons que chez certains de nos voisins européens.

D'autre part, le rapport du Professeur Dominique TURCK « Plan d'action : Allaitement maternel » en juin 2010 note que « *malgré une augmentation récente, la prévalence et la durée de l'allaitement en France sont parmi les plus faibles d'Europe : le taux d'initiation en maternité était de 62,6% en 2003 et la durée médiane de l'ordre de 10 semaines* » alors que le bénéfice d'un allaitement long n'est plus à démontrer en terme de Santé Publique.

Grâce à sa formation initiale, la sage-femme a une approche globale centrée sur la femme, le couple, la famille dans une démarche de maintien en santé tout en permettant le respect de la physiologie.

### **En France, il nous faut :**

- ◆ Améliorer la prévention des cancers génitaux féminins par un accès plus facile aux consultations gynécologiques, en particulier dans les populations rurales et défavorisées, par le développement de l'exercice libéral et l'aide à l'installation dans des zones sous-dotées, en cabinet, dans des centres de santé.
- ◆ Améliorer la prise en charge de la contraception par des consultations adaptées à la patientèle et à sa demande (taux d'IVG en France très élevé au vu de la quantité de moyens contraceptifs mis sur le marché). Les consultations de gynécologie de prévention et de contraception font de la sage-femme un acteur incontournable.
- ◆ Améliorer la prévention et le dépistage des violences (de toutes sortes) faites aux femmes et à leurs enfants
- ◆ Améliorer la prise en charge et le suivi de l'allaitement maternel : par sa compétence médicale lui permettant la prise en charge de la mère et de l'enfant, la sage-femme est un acteur incontournable, dans ce domaine, en pré et postnatal.
- ◆ Permettre à la sage-femme d'intervenir dans des actions de prévention auprès des jeunes, des groupes de femmes.
- ◆ Permettre à la profession la prescription de l'IVG médicamenteuse (à titre expérimental au début). C'est un besoin de Santé Publique avec la continuité de l'offre de soins qui en ce domaine devient très problématique.

# QUELQUES PROPOSITIONS

---

**1.**

## **CONSULTATION À TARIF UNIQUE POUR UN ACTE DONNÉ**

Concernant la valeur de la consultation, en parfait accord avec les principes de la codification CCAM, il est demandé un tarif unique pour un acte donné : consultation de grossesse à bas risque, consultation gynécologique de prévention ou de contraception.

Ces consultations médicales ont le même contenu, les mêmes obligations et la même responsabilité, qu'elles soient réalisées par une sage-femme, un médecin généraliste ou un médecin gynécologue.

Seule la consultation pour grossesse pathologique ou la consultation gynécologique pour pathologie devrait avoir une valeur supérieure (assurée par le médecin gynéco-obstétricien et/ou le gynécologue médical).

## 2.

# REDÉFINIR LE PARCOURS DE SANTÉ GÉNÉSIQUE ET PÉRINATAL

Chaque femme doit pouvoir avoir accès à une sage-femme dès qu'elle est en âge de procréer. Nécessité d'un renforcement de l'articulation des différents professionnels et d'une meilleure continuité entre le pré et le post-natal.

Extrait du PRS ARS IDF :

*« Face à l'évolution des pratiques hospitalières, qui se caractérise principalement par une diminution de la durée moyenne de séjour en maternité, un partage croissant du suivi de grossesse avec la ville, et une prise en charge qui tend à se centrer sur l'accouchement, la redéfinition du parcours de santé en périnatalité est indispensable... »*

- ◆ Définir un parcours de soin bas risque organisé par les sages-femmes et un parcours haut risque par les médecins = Rendre la sage-femme référent pour la grossesse à bas risque.  
Consultation à bas risque à un tarif unique quel que soit le praticien (généraliste, obstétricien et sage-femme)
- ◆ Consultation gynécologique de prévention et de contraception à un tarif unique quel que soit le praticien (généraliste, obstétricien et sage-femme)
- ◆ Inscrire les sages-femmes dans la réalisation de consultations pré-conceptionnelles au même titre que les médecins
- ◆ Incitation à l'information et à la contraception chez les jeunes filles:
  - o Information et prévention faites dans les collèges et lycées.
  - o Consultation par une sage-femme : information et de contraception chez la jeune fille dès 14/15 ans, prise en charge à 100% par l'Assurance maladie (sur le modèle de l'examen bilan bucco-dentaire) associée à la prévention des IST
    - Taux d'IVG en France des 12-17 ans 6,7%
    - Pas de suivi gynéco pour 20% des femmes chez les 25-35 ans.

### 3.

## FIABILISER LE PARCOURS DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

- ◆ Instaurer une consultation sage-femme prénatale initiale obligatoire au 1er trimestre de la grossesse afin de garantir à chaque femme un contact précoce avec une sage-femme permettant d'évaluer le plus précocement possible les facteurs de risque médicaux mais aussi psychologiques et/ou sociaux de la parturiente.

A l'issue de cette consultation médicale la patiente sera orientée selon un parcours bas risque ou haut risque, en ville ou à l'hôpital.

De même, les besoins sociaux seront évalués avec une prise en charge par la PMI, en fonction du besoin.

Les rôles, missions et champ d'action de chacun, devant être bien définis entre hôpital/ville/PMI.

Au cours de cette consultation les modalités de suivi seront également expliqués : 7 consultations obligatoires, suivi échographique, EPP, préparation à la naissance et à la parentalité, modalité de prise en charge pour le retour à domicile (promotion du PRADO, cadrage des sorties précoces,..).

La patiente devra alors être sensibilisée à la nécessité de trouver une sage-femme de proximité qui pourra assurer la prise en charge post natale.

Prise en charge du coût de la consultation différente si non réalisée par la sage-femme (sur le modèle du médecin généraliste référent)

- ◆ Améliorer la mise en place de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) en instaurant un acte clairement identifié à la NGAP, à réaliser au 4ème mois, éventuellement obligatoire comme les consultations prénatales  
Favoriser la réalisation de l'EPP (21,4% EPP réalisée sur enquête périnatale 2010), sensibiliser les médecins (généralistes et spécialistes) à sa réalisation pour toutes les femmes.
- ◆ Envisager un Entretien post natal au cours du 1er mois en reflet de l'EPP
- ◆ Améliorer la mise en place et la réalisation des Séances Postnatales  
Actuellement, il existe 2 SP inscrites à la NGAP depuis 2007 mais peu pratiquées car pas d'information aux femmes sur cette possibilité, tarif non approprié pour une séance individuelle, et non prise en charge par l'assurance maternité. Ces séances seraient plus efficaces en petit groupe comme les séances de préparation à la naissance dont elles doivent être la continuité. Ceci permettrait d'améliorer la prise en charge et la poursuite de l'allaitement maternel, la prévention et le dépistage des dépressions du post-partum, l'information sur la contraception postnatale. Selon Etudes & résultats de la DRESS N°660\_septembre 2008, les femmes se sentent moins bien suivies/aidées après l'accouchement.

## **Objectif de ces 3 mesures :**

Améliorer le suivi de la grossesse et l'état de santé de la mère et de l'enfant en prévenant la survenue de complications médicales, psychologiques ou sociales. Le coût initial supplémentaire serait compensé par une moindre consommation de soins (hospitalisation de la mère et/ou de l'enfant, morbidité maternelle ou néonatale,...) et un coût des consultations « normales » non sur évaluées en dehors de pathologie (C à bas risque à tarif unique cf. point 1)

## 4.

# OFFRIR UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DE LA GROSSESSE ET LA NAISSANCE

- ◆ Améliorer l'articulation du lien ville/hôpital/PMI
- ◆ Favoriser les échanges villes/hôpital/PMI : participation aux staffs

*La sage-femme est un acteur primordial du réseau de soins en périnatalité, elle peut assurer la fonction de coordinatrice de ce réseau autour de la patiente.*

- ◆ Faciliter l'accès des sages-femmes libérales au plateau technique : consultations, échographies, accouchements...

## 5.

# RENDRE VISIBLE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

- ◆ Les sages-femmes sont associées à la réalisation des campagnes nationales (INPES notamment) - leur place doit apparaître dans les documents finalisés (il y a encore souvent des oublis)
- ◆ Identifier les sages-femmes comme acteur de dépistage pour les cancers gynécologiques (dépistage cancer col/ cancer sein) y compris dans le dépistage organisé.
- ◆ Identifier la sage-femme comme référent pour le suivi de l'allaitement maternel.
- ◆ Associer les sages-femmes à la promotion de la vaccination pour les femmes, les enfants et le conjoint dans les stratégies de cocooning (cf coqueluche)
- ◆ Sensibiliser les autres acteurs de santé sur le champ de compétences des sages-femmes, y compris le droit de prescription (pharmaciens +++). Les pharmaciens d'officine sont souvent amenés à conseiller les patientes et les orienter vers des professionnels de proximité pour le suivi. Sensibiliser également les infirmières scolaires, les médecins scolaires sur l'offre sage-femme en ville.
- ◆ Informer les jeunes femmes dès 16 ans au moment de l'envoi des premières cartes vitales de l'offre de soin sage-femme pour le suivi gynécologique et la contraception en adressant un flyer récapitulatif de l'accès possible à une sage-femme tout au long de la vie génitale.
- ◆ Intégrer clairement les sages-femmes, dans l'information du Pass contraception-prévention pour les lycéens mis en place par les régions.

## Références

1. Parcours de santé et interruption volontaire de grossesse. ARS d'Ile De France. Karine GALAUP, conseiller médical auprès du directeur de la démocratie sanitaire, de la communication et des partenariats, avec la participation d'Isabelle PINTO, démographe à la direction de la stratégie. Juillet 2012  
[http://www.ined.fr/statistiques\\_ivg/2010/T27\\_2010.html](http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2010/T27_2010.html)
2. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. HAS Avril 2005.  
[http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos\\_femmes\\_enceintes](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes)
3. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS Mai 2007  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_orientation\\_femmes\\_enceintes\\_synthese.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf)
4. Rapport de la Cour des Comptes, chapitre VI : le rôle des sages-femmes dans le système de soins, page 173 – 198\_2011  
[http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1178\\_RapportCourdescomptes.pdf](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1178_RapportCourdescomptes.pdf)
5. Plan périnatalité 2005 – 2007  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf)  
<http://www.sante.gouv.fr/resultats-de-l-evaluation-du-plan-perinatalite-2005-2007.html>
6. « La situation périnatale en France en 2010, Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », Études et résultats, n° 775, DREES
7. Rapport du Professeur Dominique TURCK « Plan d'action : Allaitement maternel » en juin 2010  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Plan\\_daction\\_allaitement\\_Pr\\_D\\_Turck.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf)
8. « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement » Etudes & résultats de la DRESS N°660\_septembre 2008