



**HAL**  
open science

# Le suivi des grossesses physiologiques par les sages-femmes en Lorraine : quelle est la place de la sage-femme dans le suivi prénatal ?

Aurélie Signani

► **To cite this version:**

Aurélie Signani. Le suivi des grossesses physiologiques par les sages-femmes en Lorraine : quelle est la place de la sage-femme dans le suivi prénatal ?. Médecine humaine et pathologie. 2008. hal-01891492

**HAL Id: hal-01891492**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01891492v1>**

Submitted on 9 Oct 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

***Le suivi des grossesses physiologiques  
par les sages-femmes en Lorraine.***

Quelle est la place de la sage-femme dans le suivi  
prénatal ?



Mémoire présenté et soutenu par  
Aurélie Signani

Promotion 2008

*« Les femmes ont un rapport fraternel avec les  
sages-femmes. »*

*Docteur J. WAYNBERG*

# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier, tout d'abord, Madame Cresson, sage-femme cadre enseignante puis directrice de l'Ecole de sage-femme de Nancy pour son soutien et son aide pour la constitution de ce mémoire.

Je remercie Madame Arcangely-Belgy, sage-femme cadre enseignante et surtout sage-femme de consultation, qui a su me guider et me conseiller en tant qu'expert pour la construction de ce mémoire.

Je remercie Madame Poutas, directrice de l'Ecole de sage-femme de Nancy pendant les quatre années de ma formation, pour sa rigueur et sa ténacité ainsi que pour son obstination.

Je remercie mes consœurs et amies de promotion pour leur soutien dans les moments difficiles mais aussi pour les moments agréables passés au sein, ainsi qu'à l'extérieur de l'Ecole.

Enfin, je remercie ma famille : ma mère et mon frère tout particulièrement pour leur attention et leur compréhension ainsi que ma grand-mère, ma tante, mon oncle et mon cousin.

# SOMMAIRE

<b>Remerciements .....</b>	<b>3</b>
<b>Sommaire .....</b>	<b>4</b>
<b>Préface.....</b>	<b>7</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>8</b>
<b>Première partie : Contexte politico socio-économique .....</b>	<b>9</b>
<b>1.La société actuelle.....</b>	<b>10</b>
1.1. La politique périnatale.....	10
1.1.1. Vers un fonctionnement en réseau .....	10
1.1.2. Un besoin accru en personnel .....	11
1.1.3. La prise en compte des usagers.....	12
1.1.4. Le souci d'économie des dépenses .....	12
1.1.5. Discussion autour du plan de périnatalité .....	12
1.2. Une crise organisationnelle et financière .....	13
1.2.1. La fermeture des maternités .....	13
1.2.2. Bilan limité des réseaux de périnatalité .....	14
1.3. La reprise de la natalité .....	15
1.4. L'expression des usagers .....	15
<b>2.Du point de vue des professionnels .....</b>	<b>17</b>
2.1. Une crise démographique, des professions délaissées.....	17
2.1.1. La permanence des soins.....	17
2.1.2. La répartition inégale des professionnels.....	17
2.1.3. Le repos de sécurité.....	18
2.1.4. Les trente-cinq heures .....	18
2.2. La crise de la responsabilité médicale et des assurances .....	18
2.2.1. L'augmentation des primes individuelles.....	18
2.2.2. Les assurances privées, le problème de la responsabilité civile et des assurances des sages-femmes.....	19
2.3. La valorisation des professionnels .....	19
2.3.1. Les compétences des sages-femmes .....	19
2.3.2. Les gynécologues obstétriciens.....	21
2.3.3. Les médecins généralistes .....	22
2.4. Les recommandations professionnelles.....	23
2.5. Conclusion .....	23
<b>3.La situation en Lorraine, généralités .....</b>	<b>25</b>
3.1. Les gynécologues obstétriciens.....	25
3.2. Les sages-femmes .....	26

<b>Deuxième partie :</b>	<b>Etude menée en Lorraine.....</b>	<b>27</b>
<b>1.Présentation de l'enquête.....</b>		<b>28</b>
1.1. Problématique .....		28
1.2. Objectifs et Hypothèses.....		28
1.2.1. Objectifs .....		28
1.2.2. Hypothèses .....		29
<b>2.Méthologie.....</b>		<b>30</b>
2.1. Populations étudiées.....		30
2.2. Présentation de l'outil utilisé .....		31
2.3. Terrain .....		32
2.4. Les biais .....		32
<b>3.Résultats de la recherche .....</b>		<b>33</b>
3.1. Généralités .....		33
3.2. Les établissements de Lorraine .....		33
3.2.1. Généralités .....		33
3.2.2. L'organisation des consultations prénatales .....		35
3.2.3. D'un point de vue statistique .....		38
3.3. Les centres périnataux de proximité en Lorraine .....		39
3.3.1. Généralités .....		39
3.3.2. L'organisation des consultations prénatales .....		39
3.3.3. D'un point de vue statistique .....		41
3.4. Les sages-femmes libérales en Lorraine .....		41
3.4.1. Généralités .....		41
3.4.2. L'organisation des consultations prénatales .....		44
3.4.3. En vue du suivi global.....		47
<b>Troisième partie :</b>	<b>Perspectives d'avenir.....</b>	<b>49</b>
<b>1.Synthèse et analyse.....</b>		<b>50</b>
1.1. Les établissements.....		50
1.2. Les centres périnataux de proximité.....		51
1.3. Les sages-femmes libérales.....		52
1.4. Conclusion de l'étude.....		54
<b>2.Les difficultés et les solutions envisagées .....</b>		<b>56</b>
2.1. Un accompagnement de qualité .....		56
2.2. Développement du suivi.....		57
2.2.1. Une meilleure information de la profession.....		57
2.2.2. D'un point de vue budgétaire .....		57
2.2.3. En milieu rural .....		58
2.2.4. L'installation des sages-femmes libérales .....		59
2.3. Le suivi global.....		60

2.3.1.	Définition .....	60
2.3.2.	L'accès aux plateaux techniques.....	60
2.3.3.	Les maisons de naissance.....	61
<b>Conclusion.....</b>		<b>63</b>
<b>Bibliographie .....</b>		<b>64</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>		<b>72</b>
<b>Annexe 1.....</b>		<b>I</b>
<b>annexe 2.....</b>		<b>II</b>
<b>Annexe 3.....</b>		<b>VI</b>
<b>Annexe 4.....</b>		<b>X</b>
<b>Annexe 5.....</b>		<b>XV</b>
<b>Annexe 6.....</b>		<b>XVII</b>



## PREFACE

Pendant ma formation et surtout à l'occasion des stages, de nombreuses patientes m'ont interrogée sur la formation et sur les compétences des sages-femmes. Ainsi il m'est apparu, plus qu'évident, que les principales intéressées : les femmes, ne connaissaient que la sage-femme en salle de naissance et essentiellement comme une assistante de gynécologue obstétricien voire comme l'infirmière spécialisée dans les accouchements (quand ce n'est pas une profession issue d'un enseignement professionnel).

Il m'est paru alors indispensable de m'intéresser aux compétences des sages-femmes et plus particulièrement aux consultations prénatales et de dresser un état des lieux au sein de la région dans laquelle j'effectue ma formation : la Lorraine.

Ainsi les femmes ayant adopté cette solution trouvent que la sage-femme est compétente dans ce domaine et sont satisfaites de la qualité du suivi et bien qu'au sein même de la Maternité A. Pinard de Nancy la sage-femme ait une place privilégiée pour le suivi des grossesses, cette place privilégiée est-elle généralisée à toute la Lorraine ?

# *Introduction*

Alors que les Français renouent avec la maternité ; le taux de fécondité en France est l'un des plus élevés d'Europe<sup>1</sup> (annexe1), il semble intéressant d'identifier les différents professionnels du monde de la naissance dans un contexte où la pénurie des gynécologues obstétriciens est pressentie, et que le système de santé est destiné plus que jamais à des modifications en vue d'une efficacité des dépenses.

Ce mémoire est destiné à situer la place de la sage-femme dans le suivi prénatal en Lorraine, alors que 80 % des grossesses sont physiologiques et que les compétences nécessaires sont reconnues.

Il permettra de situer le contexte politico socio-économique dans lequel les professionnels de la naissance et les usagers se côtoient, c'est-à-dire de mettre en relation les textes institutionnels et la réalité sur le terrain, dans une première partie.

Dans une deuxième partie, une étude menée en Lorraine auprès des établissements, des centres périnataux de proximité ainsi que des sages-femmes libérales essaiera de recenser les sages-femmes effectuant les consultations et de connaître l'organisation du suivi prénatal.

Enfin la troisième partie permettra de faire une synthèse et de proposer des solutions quant à la promotion du suivi prénatal par les sages-femmes.

---

<sup>1</sup> On peut nuancer cette affirmation par le fait que l'éventuelle reprise de la natalité serait due à un décalage des naissances : les femmes ont des enfants plus tard.

***Première partie :***  
***Contexte politico socio-***  
***économique***

# 1. LA SOCIETE ACTUELLE

La politique périnatale est construite autour d'un plan appelé plan de périnatalité 2005-2007 afin de répondre aux exigences actuelles de la société c'est-à-dire la sécurité et l'humanité tout en confrontant les problèmes du système de santé français : les dépenses et la nécessité de personnel.

## 1.1. La politique périnatale

Le plan de périnatalité a été établi en vue d'atteindre les objectifs suivants pour l'année 2008 [1] :

- La mortalité périnatale devrait atteindre un taux de 5,5 pour 1000 naissances (6,5 pour 1000 naissances en 2003)
- La mortalité maternelle devrait atteindre un taux de 5 pour 100000 naissances (9 décès pour 100000 naissances en 2003).

L'objectif de ce plan sera atteint en développant quatre points essentiels : l'humanité, la proximité, la sécurité et la qualité qui vont être à l'origine d'un renforcement des réseaux par une augmentation du personnel, la prise en compte des usagers dans un contexte d'économie de santé.

### 1.1.1. Vers un fonctionnement en réseau

Il existe de nombreux réseaux de périnatalités basés essentiellement sur des réseaux inter-établissements qui sont essentiels dans la prise en charge maternelle et néonatale par les transferts. Ces transferts sont organisés selon les types des établissements définis selon la possibilité de soins à la mère et à son enfant. Le gouvernement veut investir cette idée dans le but de créer des réseaux entre les villes, les centres de protection maternelle et infantile et les établissements hospitaliers afin de répondre à un souci de sécurité.

Il veut également étendre l'implantation des centres périnataux de proximité ; un centre pourra être créé dans des établissements où il n'y a jamais eu d'accouchements, et étendre leurs actions par la diversification des consultations et la mise en place d'hospitalisation en post-partum.

Il renforcera aussi l'action des centres de protection maternelle et infantile notamment par la mise en place de statistiques concernant la santé des jeunes enfants et en soutenant les relations entre les différents acteurs : pédopsychiatres, assistantes sociales, ...

Il conforte aussi le rôle des sages-femmes libérales dans les réseaux et le développement de l'hospitalisation à domicile.

Ces réseaux devront également apporter les informations sur les modalités de prise en charge dans le réseau : taux de césariennes, durée de séjours, ...

Enfin par un souci de suivi de qualité, le gouvernement a décidé de revaloriser le carnet de maternité jusqu'ici très peu utilisé. Ce carnet de maternité permet d'être utilisé comme un dossier médical dans le but d'une prise en charge pluridisciplinaire.

### **1.1.2. Un besoin accru en personnel**

Par ces différentes mesures, le plan de périnatalité doit faire face à une question essentielle : le personnel, car dans un contexte de pénurie de professionnels de santé, comment assurer la mise en place de réseaux compétitifs ?

Pour plus de sécurité pour la prise en charge de la mère et de son enfant, le gouvernement prévoit la création de nombreux postes dans le cercle de la naissance. Ainsi il prévoit :

- 480 sages-femmes
- 370 praticiens hospitaliers
- 1300 infirmiers

Ces recrutements seraient possibles par l'augmentation du numerus clausus en fin de première année pour les médecins et les sages-femmes et celle des quotas pour les écoles d'infirmières pendant ces dernières années.

Outre le personnel des maternités, il faudra renforcer les effectifs des services de SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation pour assurer les transferts in utero. Le gouvernement prévoit alors le recrutement de 50 praticiens hospitaliers, 30 infirmiers et 20 ambulanciers pour les SMUR, et 300 infirmiers pour les transports inter hospitaliers.

Ce plan de périnatalité est donc conséquent du point de vue des effectifs mais également par un aspect économique.

Dans l'objectif de valoriser certaines professions, le gouvernement veut mettre en avant la compétence des soignants. Ainsi les sages-femmes ont vu leurs prescriptions ainsi que leurs actes réévaluer par la loi d'Août 2004. Quant aux médecins pour renforcer les équipes, on augmentera le nombre de places post-internat soit l'augmentation du nombre de chefs de clinique et une formation destinée aux médecins généralistes en vue du suivi de grossesses sera mise en place.

### **1.1.3. La prise en compte des usagers**

Les usagers ont la volonté de reconquérir le monde de la grossesse et souhaitent accoucher et non être accouchés, ils veulent donc réinvestir cette période.

Dans un souci de satisfaction des usagers, le gouvernement va leur permettre d'intervenir dans les décisions nationales concernant l'élaboration, le suivi et l'évaluation de la politique périnatale à titre de consultants.

La mesure essentielle du gouvernement consiste à l'instauration des commissions nationales de la naissance dans lesquelles les professionnels et les usagers seront rassemblés.

### **1.1.4. Le souci d'économie des dépenses**

Dans une période où le souci d'économie de santé est plus que jamais à l'ordre du jour, le gouvernement se doit de contribuer à l'efficacité des dépenses.

Ainsi il est quand même important de souligner les dépenses de santé occasionnées par la grossesse : sept consultations sont préconisées lors d'une surveillance de grossesse physiologique ainsi que trois échographies et de nombreux bilans biologiques.

### **1.1.5. Discussion autour du plan de périnatalité**

La politique en matière de périnatalité se veut avide en matière de personnels malheureusement face à la pénurie actuelle il semble difficile de renforcer les effectifs et ceci ne sera qu'un rattrapage.

L'exemple de la Grande-Bretagne est signifiant : pour un nombre identique de naissances soit 760000 en 2003, la Grande-Bretagne compte 26000 sages-femmes alors que le nombre de sages-femmes françaises est de 16000 (source : Conseil National de l'ordre des sages-femmes) [2].

De plus, le gouvernement a mis en avant la formation nécessaire des médecins généralistes pour le suivi de grossesse dans le but de remédier à un manque de gynécologues obstétriciens (ce sujet sera abordé dans une autre partie).

Or les sages-femmes ont toutes les compétences requises pour les consultations prénatales physiologiques et peuvent dépister la pathologie.

Pourquoi selon le professionnel choisi, le coût d'une grossesse est-il différent ? Il serait peut être intéressant, toujours dans un souci d'efficacité des dépenses, d'instaurer un tarif unique pour une consultation prénatale quelque soit le spécialiste, et de revaloriser cette tarification en fonction de la pathologie. Cette pathologie serait toujours prise en charge par les médecins qu'ils soient généralistes ou spécialistes.

## **1.2. Une crise organisationnelle et financière**

### **1.2.1. La fermeture des maternités**

Depuis une dizaine d'année, on observe une diminution du nombre de maternités sur le territoire français, que ce soit des établissements publics ou des établissements privés [3].

Cette fermeture permet de faire face à la pénurie des personnels médicaux et paramédicaux. En effet le personnel est transféré d'un établissement à l'autre augmentant ainsi l'effectif de ce dernier.

Cependant cette solution n'est pas optimale [2]. Si elle permet de faire face à la pénurie de soignants, elle entraîne d'autres difficultés notamment pour l'accueil de ces nouveaux patients : les établissements "hébergeurs" ne sont, pour la plupart, pas dotés d'une capacité d'accueil plus importante. Les établissements sont amenés à être modifiés : changement de service voire création de nouveaux bâtiments au sein de l'établissement.

Enfin un autre problème se pose : celui des femmes enceintes qui sont obligées de parcourir plus de kilomètres tant pour le suivi de la grossesse, que pour leur accouchement.

La fermeture de ces maternités entraîne des disparités entre les régions, les départements et le problème de la proximité est dorénavant d'actualité.

Il est à noter que certains établissements, dont le service de maternité a été fermé, accueillent aujourd'hui des centres périnataux de proximité. Les établissements concernés sont ceux qui pratiquaient moins de 300 accouchements par an et nous l'avons vu : le plan de périnatalité 2005-2007 prévoit également d'instaurer des centres dans des établissements où il n'y a jamais eu d'accouchements. On prévoit également de diversifier les offres de soins voire de permettre la mise en place du suivi de la femme et de son enfant en post-partum.

### **1.2.2. Bilan limité des réseaux de périnatalité**

#### ***La mise en place des réseaux***

Ces réseaux ont été mis en place afin de couvrir tout le territoire.

Le plan de périnatalité 2005-2007 prévoit l'extension de ces réseaux ; les réseaux déjà mis en place sont essentiellement des réseaux inter établissements permettant le transfert des mères et des enfants dans des établissements adaptés à leur besoin en évitant ainsi les abus. Les réseaux devraient intéresser également les professionnels de santé de ville, des centres de protection maternelle et infantile (PMI) ainsi que les centres médico-sociaux.

L'objectif est de créer des réseaux de proximité incluant les praticiens libéraux, les professionnels exerçant en PMI, et les établissements publics ou privés afin de garantir une prise en charge optimale de la mère et de son enfant.

#### ***La faiblesse des réseaux***

Selon le syndicat national des gynécologues obstétriciens de France (SYNGOF), la norme en personnels liée aux décrets de périnatalité, a conduit à une fuite des personnels vers des plus grands centres où les conditions de travail sont meilleures



(nombre garde par mois moins important car plus de praticiens). Cette fuite est également accentuée par la mise en place des trente-cinq heures [4].

Ceci renforce la difficulté des petits établissements à occuper les postes vacants dans toutes les spécialités de la naissance.

Ceci est également à l'origine de l'accélération des fermetures des maternités et à la mise en place de plus en plus fréquente de convention de "prêt de personnels" par le système des vacances pour aider les plus petits établissements à fonctionner.

### **1.3. La reprise de la natalité**

Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) [5], la France détient le nombre de naissances le plus important d'Europe avec 796800 naissances en 2006.

En 1995, on comptait 729609 naissances, en 2000, on en comptait 774782. Il est à noter que le nombre de naissances avait considérablement augmenté en 2000 puis avait diminué les années suivantes.

Depuis, le nombre de naissances augmente chaque année depuis 3 ans ; outre le problème des cotisations pour les retraites qui semble s'en accommoder puisqu'on prévoit qu'il y ait 1,4 cotisant pour un retraité, cette augmentation concerne également les professionnels de la naissance.

En effet, cette augmentation du nombre de naissances sur le territoire français se ressent également dans les maternités alors même que les plus grands établissements ont dû faire face à la fermeture des petits centres.

Enfin, de nombreux établissements voient le nombre de patients affluer alors même qu'ils doivent faire face à une pénurie de professionnels.

### **1.4. L'expression des usagers**

Pour de nombreuses associations d'usagers telles que le CIANE : collectif inter associatif autour de la naissance, la politique de périnatalité de ces dernières années a conduit à la fermeture de nombreuses maternités effaçant le statut des petits établissements de proximité au bénéfice des plus grands centres.

Il serait dû à une politique d'occupation maximum des lits et donc de rendement en concentrant tous les personnels disponibles sur quelques centres du fait de la pénurie des professionnels de la naissance [6].

De plus, les praticiens recherchent des meilleures conditions de travail possible dans les grands centres par un nombre de gardes moins important que dans les petits établissements. Mais d'après le CIANE, ceci est à l'origine d'une surmédicalisation de la grossesse tenant obligatoirement dans la programmation des naissances en vue d'une occupation optimale des lits. Cette programmation des naissances est synonyme de déclenchement artificiel du travail et d'analgésie péridurale pour remédier à la douleur occasionnée par les thérapeutiques. Cette démarche serait aussi à l'origine du taux de césariennes avoisinant les 20%. Cependant selon une étude menée en 1998, la surmédicalisation de la naissance n'entraînerait pas une amélioration des indicateurs de périnatalité [7].

Dans un contexte, où la mauvaise entente est ressentie entre les parents d'une part, et les établissements d'autre part, les demandes d'accouchement à domicile sont accrues et il existe une volonté des parents à réinvestir la naissance et à la considérer comme un phénomène naturel [8].

Ainsi, les parents prônent l'idée d'une naissance pour laquelle ils se sentent investis et qu'ils n'auront pas subie. La création des maisons de naissance et la valorisation de la préparation à la naissance et à la parentalité semblent des solutions retenues en vue d'un évènement naturel.

Enfin une dernière idée retenue est la volonté des usagers à un investissement croissant des sages-femmes pour le suivi des grossesses.

## **2. DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS**

### **2.1. Une crise démographique, des professions délaissées**

#### **2.1.1. La permanence des soins**

Selon l'URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie, la permanence des soins est une organisation de l'offre de soins libérale et hospitalière mise en place afin de répondre aux demandes de soins exprimés par les patients [9].

Selon le plan de périnatalité [1], un gynécologue-obstétricien et un anesthésiste doivent être présents si le nombre d'accouchements est supérieur à 1500 par an. Un pédiatre doit également être sur place s'il existe une unité de réanimation néonatale ou de soins intensifs.

#### **2.1.2. La répartition inégale des professionnels**

Selon le SYNGOF, certaines spécialités dont la gynécologie obstétrique, la pédiatrie néonatalogie et l'anesthésie réanimation sont délaissées pour d'autres spécialités. En effet ces spécialités sont considérées comme pénibles du fait des contraintes en matière de permanence des soins [10].

De nombreuses publications, notamment certains rapports rédigés par le conseil national de l'ordre des médecins [11], dénoncent la diminution du nombre des professionnels au cours des prochaines années malgré certaines mesures : essentiellement l'augmentation du *numerus clausus*.

De plus leur répartition sur le territoire et par type d'établissement est inégale.

Selon le collège national des gynécologues obstétriciens français, 213 postes sont restés vacants en 2002 en raison d'un manque de professionnels d'une part, et de manque de moyens : certains postes ne peuvent être budgétés faute de financement [4].

Pour permettre d'assurer une continuité des soins avec des contraintes acceptables, le syndicat national des gynécologues obstétriciens français préconise un nombre de huit médecins par liste de garde entraînant un regroupement des professionnels et donc la fermeture de certains centres.

### **2.1.3. Le repos de sécurité**

La circulaire n° 2003-219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins définit le repos compensateur comme un arrêt de toute activité clinique auprès du patient, il s'applique aux personnels enseignants et hospitaliers.

Ainsi un praticien ayant effectué une garde de 24 heures ne peut exercer aucune autre activité (consultations, échographie,...). Dans les petits établissements où le nombre de gynécologues obstétriciens est limité, le nombre de gardes pendant un mois peut être important et représenté une contrainte quant à l'exercice de cette spécialité.

### **2.1.4. Les trente-cinq heures**

Selon le SYNGOF, la mise en place des trente-cinq heures qui avaient pour but la création de nouveaux emplois dans tous les secteurs d'activité est à l'origine d'un manque accru de personnel dans les établissements de soins, un secteur où la pénurie de personnels était déjà présente [4]. Ainsi la périnatalité souffre de cette réforme : dans les maternités les heures supplémentaires s'accumulent et beaucoup de services fonctionnent avec moins de personnel [2].

## **2.2. La crise de la responsabilité médicale et des assurances**

### **2.2.1. L'augmentation des primes individuelles**

La judiciarisation de la société a gagné le monde médical, ainsi les patients ont de plus en plus recours aux conseils des avocats [4].

Selon le SYNGOF, l'augmentation des procédures judiciaires et les évolutions légales concernant le droit des patients (circulaire ministérielle du 2 mars 2006) sont à l'origine d'une augmentation considérable des primes d'assurance : augmentation des primes individuelles dans le secteur privé et augmentation des franchises et des primes pour les établissements publics.

La spécialité gynécologie obstétrique peut, également par cet aspect, être une spécialité délaissée au profit d'autres spécialités moins contraignantes.

## **2.2.2. Les assurances privées, le problème de la responsabilité civile et des assurances des sages-femmes**

Le problème des assurances se pose davantage dans le milieu libéral que pour les sages-femmes exerçant dans les établissements publics ou privés.

La loi du 4 mars 2002 impose à chaque professionnel de santé de souscrire à une responsabilité civile dont l'objectif est d'apporter une garantie aux victimes d'erreurs médicales.

Selon les associations et les syndicats de sages-femmes [12], l'augmentation du nombre de procédures judiciaires a conduit certains assureurs à ne plus proposer ce type de contrats laissant le monopole à un faible nombre de compagnies d'assurances entraînant ainsi l'augmentation des primes. De plus, certaines compagnies excluent certains actes, qui peuvent être pratiqués, du contrat dont l'accouchement à domicile par exemple.

Par cet aspect, l'installation d'une sage-femme en libéral dans le cadre du suivi global : consultations prénatales, accouchement, ou même de la surveillance du début de travail peut s'avérer difficile.

## **2.3. La valorisation des professionnels**

### **2.3.1. Les compétences des sages-femmes**

#### ***La loi de 1982***

La loi numéro 82-413 du 19 mai 1982 relative à l'exercice de la profession de sage-femme détermine que l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-natals en ce qui concerne la mère et l'enfant [13].

#### ***La loi de 2004***

La loi numéro 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique stipule que la déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage-femme. Lorsque,

à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin [14].

Ainsi, avec la mise en place de la déclaration de grossesse, les sages-femmes ont la possibilité de suivre complètement une grossesse physiologique : elles peuvent pratiquer la totalité des consultations sans référer à un médecin et ainsi permettre à la femme de n'être suivie que par un seul professionnel.

Cependant il existe des disparités entre les compétences reconnues dans un cadre législatif et celles reconnues par les patients.

Une étude menée en Moselle auprès de 70 femmes par une étudiante sage-femme en 2006 dans le cadre de son mémoire de fin d'année [15] a montré que :

- 53 femmes sur les 70 interrogées soit 75 % d'entre elles savent que la sage-femme peut suivre une grossesse
- pour 26 femmes soit 37 % considèrent que la sage-femme ne peut pas faire la déclaration
- pour 45 d'entre elles soit 64 % : il est obligatoire de voir un gynécologue obstétricien pendant la grossesse.

Cette étude montre alors que les patientes et les usagers ont une certaine méconnaissance des compétences des sages-femmes : ainsi, une femme ne peut avoir un choix éclairé du professionnel qui l'accompagnera pendant sa grossesse. On peut supposer que ce constat émane d'une mauvaise politique de communication de la part des sages-femmes et des institutions.

### ***Vers une reconnaissance des études***

Dans le cadre de la reconnaissance des diplômes sur le plan européen, le plan de périnatalité prévoit la valorisation des professionnels de santé par l'intégration au système Licence-Master-Doctorat. Ainsi la licence représente 3 ans d'étude après le baccalauréat, le master un niveau de 5 ans d'étude après le baccalauréat et le doctorat entraîne des travaux de recherche pendant au minimum 3 ans ainsi qu'une soutenance de thèse.

Les études de sage-femme seraient reconnues à un niveau licence soit 3 ans alors que la durée des études est de 5 ans. Cette durée a récemment évolué pour permettre l'intégration des dernières évolutions de la profession.

Selon l'étude citée ci-dessus [15], 17 femmes sur les 70 interrogées soit 24 % d'entre elles connaissent le nombre d'année de formation d'une sage-femme. Ainsi la mise en place d'un diplôme universitaire niveau master II pourrait être un moyen de reconnaissance et donc de valorisation de la profession auprès des usagers.

### **2.3.2. Les gynécologues obstétriciens**

#### ***Gynécologie médicale, gynécologie obstétrique***

Le décret 2003-85 du 30 janvier 2003 modifiant le décret 88-321 du 7 avril 1988 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales instaure la création d'un diplôme d'études spécialisées de gynécologie médicale [16].

Ainsi, au sein de la gynécologie obstétrique, on dénombre deux spécialités : la "gynécologie obstétrique" qui est une spécialité chirurgicale et la "gynécologie et obstétrique" qui correspond à trois spécialités non chirurgicales donc médicales : la gynécologie, l'obstétrique et la gynécologie obstétrique [11].

Par conséquent, l'association des gynécologues obstétriciens en formation (AGOF) souligne que la scission de la filière gynécologie obstétrique pourrait accentuer la pénurie de gynécologue obstétricien à plus ou moins long terme [17].

#### ***La féminisation de la profession***

Depuis quelques années, on observe une féminisation de la médecine et la gynécologie obstétrique comptent désormais, en 2006, 37 % de femmes environ exercice libéral et hospitalier confondu (source DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [18]).

Outre le changement opéré par les nouvelles générations de médecins : ils privilégient une qualité de vie meilleure et donc moins d'heures effectuées par rapport à leurs aînés (selon le SYNGOF), la féminisation de la médecine accentue ce phénomène [4].

En effet, le conseil national de l'ordre des médecins confirme que les femmes effectuent moins d'heures que leur confrère et que l'exercice salarié est privilégié par rapport au libéral [11]. De plus, l'exercice en libéral serait plus facilement acceptable en association pour les femmes alors que les hommes seraient indépendants. Enfin le nombre de temps partiels ne cesse de croître ; les femmes sont aussi des mères qui régissent la vie de famille.

### **2.3.3. Les médecins généralistes**

Depuis 1999, année de la mise en place d'un stage obligatoire en gynécologie et la possibilité d'effectuer un diplôme universitaire de gynécologie obstétrique [19], les médecins généralistes représentent l'alternative à la pénurie programmée des gynécologues obstétriciens selon le CNGOF : conseil national des gynécologues obstétriciens de France [4]. En effet ceux-ci pourraient suivre les grossesses et se référer aux gynécologues obstétriciens en cas de pathologies trop lourdes.

De plus, par la féminisation de la profession, il semblerait que les médecins généralistes auraient plus à cœur la médecine de la femme et inversement les patientes s'orienteraient davantage vers un médecin femme.

Enfin par l'implantation des médecins généralistes sur tout le territoire, bien qu'il existe des disparités selon les départements et les régions, il semble que cette possibilité soit envisageable de part le suivi de proximité qui est proposé.

Cependant le manque de médecins généralistes qui est pointé du doigt depuis quelques années, notamment dans les secteurs ruraux, est un aspect plutôt négatif pour l'alternative à l'insuffisance de gynécologues obstétriciens. En effet, il serait intéressant de savoir si les médecins généralistes peuvent accorder un peu de leur temps au suivi de grossesse alors que leurs journées sont déjà bien saturées pour des motifs de consultation tout aussi divers. De plus, si la plupart des médecins se regroupent en ville, une femme n'aurait que peu d'intérêt à aller se faire suivre en ville par un médecin généraliste alors qu'elle peut trouver un gynécologue obstétricien.

Selon le conseil national de l'ordre des médecins, environ 2 médecins généralistes sur 1000 auraient des compétences en gynécologie obstétrique sachant que



seulement 20 % d'entre eux auraient des compétences plus particulières en obstétrique [11].

## **2.4. Les recommandations professionnelles**

La Haute Autorité de Santé prévoit des recommandations professionnelles concernant le suivi des femmes ayant des grossesses normales ou à risques. Selon la Haute Autorité de Santé, la grossesse est considérée comme un évènement naturel.

Ces recommandations sont établies par des professionnels de santé : médecins généralistes, gynécologues, obstétriciens, sages-femmes, des sociétés savantes et des associations professionnelles. Concernant le suivi des femmes enceintes, il existe des recommandations pour la pratique clinique "Comment mieux informer les femmes enceintes" dont l'objectif est de proposer des directives concernant les modalités de suivi médical des femmes enceintes. Les professionnels concernés par ces recommandations sont les médecins généralistes et spécialistes ainsi que les sages-femmes. Il est précisé que les grossesses dites "normales" peuvent être suivie par une sage-femme ou un médecin généraliste [20].

## **2.5. Conclusion**

Alors que la société française actuelle semble renouer avec la naissance par la reprise de la natalité et que les femmes françaises ont un des meilleurs taux de fécondité d'Europe, le monde de la naissance semble lui, confronter à une réalité qui est toute autre.

En effet, la politique périnatale encadrée par le plan de périnatalité établi en vue de répondre à des exigences d'humanité, de proximité, de sécurité et de qualité est plus que jamais soumis à une situation de terrain plus réservée.

Afin de garantir une certaine proximité aux usagers et de répondre à la fermeture des maternités, le plan de périnatalité prévoit l'instauration d'un réseau ville / hôpital, or les réseaux actuels sont essentiellement des réseaux inter-établissements.

Sur le plan de la sécurité, cette politique nécessite de nombreux professionnels, cependant on constate que le monde de la naissance se heurte à des insuffisances de professionnels : les spécialités de la naissance semblent délaissées par les contraintes

engendrées pour un corps médical qui se féminise et qui se heurte de plus en plus à des procédures judiciaires.

Ainsi, le plan de périnatalité se veut ambitieux ; les objectifs de sécurité devront être atteints dans un souci d'efficience des dépenses alors même que les effectifs sont insuffisants.

Afin de pallier à ces insuffisances, quelques solutions ont été mises en place : le diplôme inter-universitaire en gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes et une reconnaissance des compétences des sages-femmes par la loi du 9 août 2004.

Nous allons dresser quelques généralités sur les professionnels : gynécologues obstétriciens et sages-femmes qui constituent le paysage périnatal lorrain avant d'aborder concrètement l'étude.

### **3. LA SITUATION EN LORRAINE, GENERALITES**

En Lorraine, le nombre de femmes en âge de procréer : de 15 à 49 ans est d'environ 635 000 en 2005 selon l'INSEE (la Lorraine comptant un peu plus de 2 357 000 habitants) [5].

#### **3.1. Les gynécologues obstétriciens**

Selon la DREES, la Lorraine compte 168 gynécologues obstétriciens dont 29,6% de femmes. 73 sont installés en cabinets publics, 70 exercent en hôpital, 16 exercent en hôpitaux privés à but non lucratif et enfin 7 exercent dans des hôpitaux privés à but lucratif [21].

En ce qui concerne l'âge des gynécologues obstétriciens : 87 % d'entre eux ont plus de 45 ans et 32,3 % ont plus de 55ans.

L'âge moyen des gynécologues obstétriciens français est de 50,3 ans et celui des gynécologues obstétriciens lorrains est de 51,3 ans : il est légèrement au dessus de la moyenne ; c'est le troisième plus élevé après la Franche Comté et l'Ile de France. Il est cependant en accord avec l'âge moyen des médecins toutes spécialités confondues [22]. En 2003, le conseil national de l'ordre des médecins soulignait que les gynécologues obstétriciens étaient une population vieillissante puisque 60 % d'entre eux avaient plus de 50 ans [11].

En Lorraine, on compte un gynécologue obstétricien pour environ 3780 femmes en âge de procréer sachant que l'indice de fécondité en Lorraine est de 1,79 en 2006 légèrement en dessous de la moyenne nationale [5].

On note que la Meuse a enregistré l'augmentation la plus importante du nombre de naissances soit 11 % alors que l'augmentation sur le plan régional est de 2 % [23].

## 3.2. Les sages-femmes

En Lorraine, on compte 805 sages-femmes dont moins de 1% d'hommes. En janvier 2007, 88 sages-femmes étaient installées en libéral, 654 sages-femmes soit 81 % d'entre elles, exerçaient en hospitaliers et enfin 63 sages-femmes étaient salariées dans d'autres établissements que les hôpitaux.

En ce qui concerne l'âge des sages-femmes : en Lorraine 64,5 % d'entre elles ont moins de 45 ans.

L'âge moyen des sages-femmes françaises est de 42,2 ans. Pour le secteur libéral, 51 % des sages-femmes françaises ont moins de 45 ans. Il est à noter que les plus jeunes privilégieront les cabinets de groupe selon les syndicats et les associations de sages-femmes [24].

L'étude réalisée dans la deuxième partie va permettre de situer la place de la sage-femme dans le suivi prénatal en Lorraine et ainsi la rapprocher de la pratique au niveau national : une étude réalisée en 2003 montre que la déclaration est faite essentiellement par le gynécologue obstétricien dans 74,5 % des cas et dans 24,3 % des cas par le médecin généraliste (il faudrait une étude plus récente pour évaluer la place de la sage-femme depuis la mise en place de la loi de 2004), et seulement 31,9 % des femmes ont eu au moins une consultation par une sage-femme, pourtant trois quarts des établissements déclarent que des consultations sont réalisées par des sages-femmes [21].

***Deuxième partie :***  
***Etude menée en Lorraine***

# **1. PRESENTATION DE L'ENQUETE**

## **1.1. Problématique**

En 2006, la fécondité des femmes françaises a augmenté et est actuellement de deux enfants par femme alors même que le personnel soignant connaît une crise. On observe un manque de personnel dans les hôpitaux, un manque de reconnaissance et certaines spécialités médicales dépourvues de volontaires ; et ce problème est d'autant plus présent pour les spécialités entourant la naissance : pédiatres, anesthésistes, gynécologues obstétriciens. Pour ces derniers on prévoit une disparition de la spécialité d'ici quelques dizaines d'années.

En réponse à cette pénurie de médecins, certaines professions paramédicales se voient attribuer de nouvelles compétences : les opticiens et les orthoptistes sont de plus en plus spécialisés pour faire face au manque d'ophtalmologistes.

Pour les professionnels de la naissance, la sage-femme (profession médicale tout comme les dentistes et les médecins) représente cette alternative, sachant que 70 à 80 % des grossesses sont physiologiques et relèvent tout à fait des compétences de la sage-femme.

## **1.2. Objectifs et Hypothèses**

### **1.2.1. Objectifs**

L'objectif de cette étude est de recenser les établissements et les sages-femmes libérales qui proposent des consultations prénatales et de connaître leur organisation.

Un questionnaire permettra également de connaître les établissements et les sages-femmes libérales qui ne proposent pas de consultations prénatales et de mettre en évidence les problèmes rencontrés vis-à-vis du suivi obstétrical par les sages-femmes.

### **1.2.2. Hypothèses**

Mes hypothèses sont les suivantes :

En Lorraine, la sage-femme a-t-elle une réelle place dans le suivi obstétrical ? Si oui, quelle est cette place ? On peut supposer que la sage-femme a une place négligeable au sein du suivi de grossesses.

Existe-t-il des difficultés à la mise en place des consultations prénatales par les sages-femmes ? Les difficultés rencontrées sont peut être à relier à la méconnaissance de la profession amenant très peu de demandes.

Les sages-femmes ont-elles une place à pourvoir au sein du suivi prénatal ? On peut supposer que les sages-femmes ont la volonté de pratiquer davantage de consultations et d'avoir ainsi un rôle dans l'accompagnement des femmes enceintes.

## 2. METHOLOGIE

Cette étude est une étude descriptive. Elle a été réalisée grâce à trois types de questionnaires réalisés en mai 2007 et distribués en Lorraine en juin et juillet 2007. Une relance téléphonique a été nécessaire en octobre 2007 et une dernière en janvier 2008 pour les établissements. L'étude a été clôturée début février 2008.

### 2.1. Populations étudiées

Trois types de populations ont été étudiés :

- Les établissements publics et privés de Lorraine soit 22 établissements : 2 établissements en Meuse, 6 établissements en Meurthe-et-Moselle, 9 établissements en Moselle et 5 établissements dans les Vosges.
- Les centres périnataux de proximité de Lorraine soit 4 centres : un dans chaque département.
- Les sages-femmes libérales de Lorraine soit 70 sages-femmes : 1 sage-femme en Meuse, 15 sages-femmes en Meurthe-et-Moselle, 41 sages-femmes en Moselle et 13 sages-femmes dans les Vosges.

Le recrutement des sages-femmes libérales s'est fait à partir de trois sources différentes dont deux officielles : une première série a été établie à partir des sages-femmes libérales recensées au niveau du Conseil National de l'Ordre, ensuite une deuxième liste a été établie par l'intermédiaire des présidentes du Conseil de l'Ordre Départemental et enfin la dernière liste a été établie grâce à l'annuaire des Pages Jaunes. Les sages-femmes contactées sont celles qui apparaissaient dans les trois listes.

Cette démarche a été choisie suite à un constat simple : la liste officielle émanant du Conseil National de l'Ordre était incorrecte car les sages-femmes libérales installées récemment n'y figuraient pas. Les Pages Jaunes semblaient une bonne alternative : on suppose qu'une femme enceinte consulte plus facilement un annuaire des professionnels qu'une liste officielle.



## 2.2. Présentation de l'outil utilisé

L'outil utilisé pour réaliser cette étude est un questionnaire. Au total, 96 questionnaires ont été envoyés. Selon le type de population le questionnaire envoyé est différent.

Pour les établissements (annexe 2) : il est composé de trois parties différentes, il compte vingt questions au total :

- La première partie s'intéresse à des généralités et compte 8 questions
- La deuxième partie s'intéresse à l'organisation des consultations prénatales et compte 9 questions
- La troisième partie s'intéresse aux statistiques et compte 3 questions.

Pour les centres périnataux de proximité (annexe 3) : il est composé de trois parties différentes, il compte vingt questions au total :

- La première partie s'intéresse à des généralités et compte 6 questions
- La deuxième partie s'intéresse à l'organisation des consultations prénatales et compte 11 questions
- La troisième partie s'intéresse aux statistiques et compte 3 questions.

Pour les sages-femmes libérales (annexe 4) : il est composé de quatre parties différentes, il compte vingt-et-une questions au total :

- La première partie s'intéresse à des généralités et compte 4 questions
- La deuxième partie s'intéresse aux consultations prénatales et compte 6 questions
- La troisième partie s'intéresse à l'organisation des consultations et compte 8 questions.
- La quatrième partie s'intéresse aux statistiques et compte 3 questions.

## **2.3. Terrain**

Ce questionnaire a été distribué par mes soins via le service postal aux sages-femmes cadres de maternité des différents établissements, aux sages-femmes des centres périnataux de proximité et aux sages-femmes libérales.

## **2.4. Les biais**

L'étude est limitée par la forme des questionnaires : la majeure partie du questionnaire est élaborée grâce à des questions à choix multiple. Cette méthode a été choisie pour faciliter l'analyse des données mais peut influencer la personne interrogée.

De plus, certaines questions ouvertes contenaient des réponses non appropriées suite à une mauvaise compréhension.

Enfin, il existe un biais de recrutement concernant les sages-femmes libérales ; certaines sages-femmes contactées n'exercent plus la profession et d'autres, de par la méthode de recrutement, ont été exclues de l'étude.

Cette méthode a été choisie pour la simplicité des réponses : le temps imparti à ce questionnaire pour des professionnels est moindre (versus des entretiens individuels) par les questions à choix multiples et permet d'obtenir davantage de réponses.

## 3. RESULTATS DE LA RECHERCHE

### 3.1. Généralités

Sur les 96 questionnaires qui ont été envoyés, 79 réponses ont été obtenues.

	Réponse	Non réponse	Total	
Etablissements	22	0	22	
Centres périnatals de proximité	4	0	4	
	Meuse	1	0	1
	Meurthe-			
Sages-	et-	9	6	15
femmes	Moselle			
libérales	Vosges	10	3	13
	Moselle	33	8	41
	Lorraine	53	17	70
	Total	79	17	96

### 3.2. Les établissements de Lorraine

#### 3.2.1. Généralités

En Lorraine, il existe 22 établissements.

	Etablissements publics	Etablissements privés	Total
Niveau 1	10	3	13
Niveau 2a	3	1	4
Niveau 2b	3	1	4
Niveau 3	1	0	1
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>5</b>	<b>22</b>

Il est à noter que, un des établissements privés a signalé que les sages-femmes ne pratiquaient pas de consultations prénatales : il est donc comptabiliser en tant qu'établissement privé ne proposant pas de consultations par des sages-femmes, mais n'ayant pas eu de réponses pour les autres thèmes abordés, il est compté comme non réponse (n=21 et non 22)

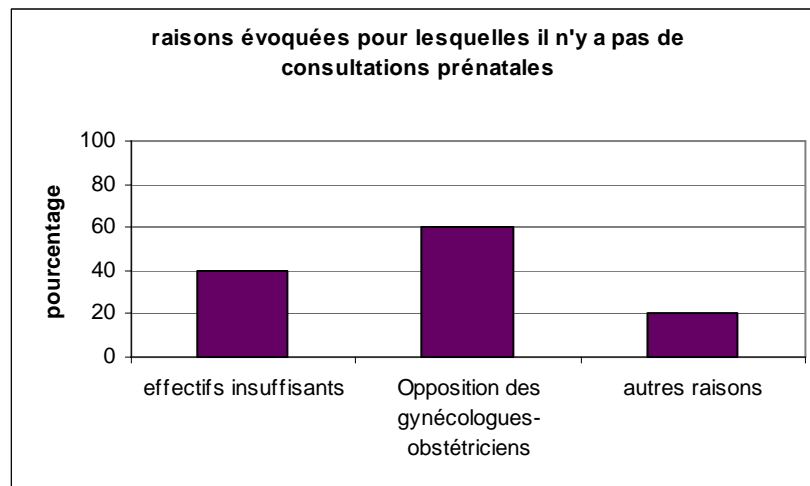
Selon les données recueillies, on remarque que la moyenne d'âge des gynécologues obstétriciens exerçant en établissement est supérieure à 40 ans. Il est à confronter avec la moyenne d'âge des sages-femmes : 64,5 % d'entre elles ont moins de 45 ans.

Ainsi 38 % des établissements (soit 8 établissements) comptent des gynécologues obstétriciens dont la moyenne d'âge est comprise entre 50 et 60 ans : ceci confirme les données exposées dans la première partie à savoir que la population des gynécologues obstétriciens est vieillissante.

En Lorraine, sur les 22 établissements recensés, seuls 6 d'entre eux ne proposent pas des consultations prénatales effectuées par des sages-femmes. Il est important de prendre en compte que 5 de ces établissements sont des établissements privés.

Ainsi les établissements publics offrent une réelle place à la sage-femme pour le suivi des grossesses.

Toutefois, on peut prendre note que dans les établissements privés, les sages-femmes assurent les consultations post terme et le suivi des grossesses pathologiques en accord avec le médecin.



Ainsi la principale raison évoquée repose sur l'existence d'une opposition de la part des gynécologues obstétriciens à la mise en place d'un suivi prénatal par une sage-femme au sein des établissements.

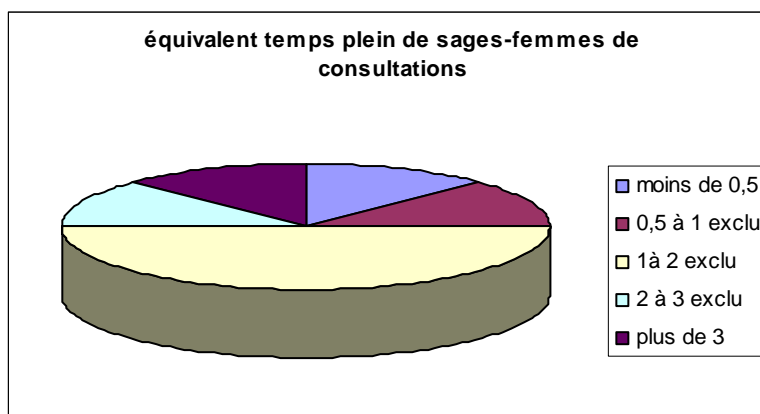
Pour l'item "autre raison évoquée", on précise que ce n'est pas la politique de l'établissement. En effet les établissements privés fonctionnent sur le même mode qu'un cabinet libéral et explique que les médecins soient opposés à la création d'un poste de sage-femme au sein de la consultation car ceci pourrait nuire à leur exercice et donc diminuer leurs revenus.

Il est donc normal de constater que 100 % des établissements évoqués n'ont aucun projet futur de mise en place de consultations prénatales.

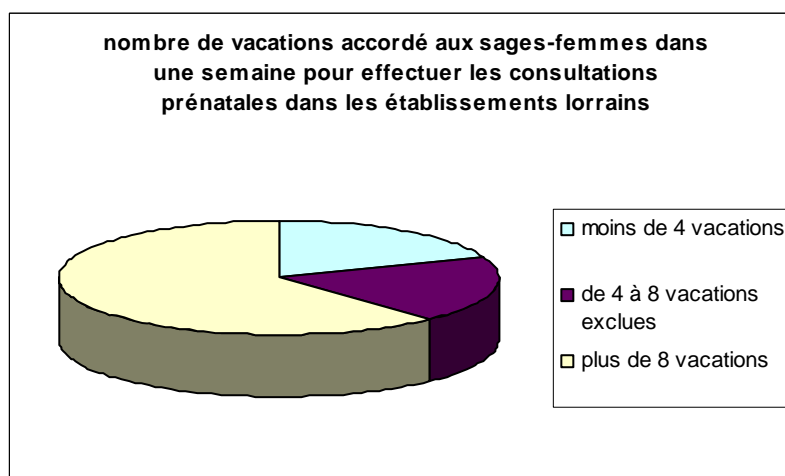
### **3.2.2. L'organisation des consultations prénatales**

Dans mon questionnaire, j'ai voulu connaître l'année de mise en place des consultations prénatales pratiquées par les sages-femmes dans les établissements et notamment si la loi d'août 2004 avait été un point important pour l'instauration des consultations. Malheureusement les résultats sont inexploitable par un manque de précision dans l'énoncé de la question ; pour la date de mise en place des consultations certaines réponses données concernaient la date de mise en place dans le cadre législatif. Cependant on note que 10 établissements sur les 16 ayant des sages-femmes de consultations, ont mis en place le suivi de grossesse par les sages-femmes après 2004.

Il est intéressant de connaître l'organisation précise des consultations prénatales et notamment le nombre d'équivalent temps plein de sages-femmes de consultations. En effet, il est à opposer avec le nombre de gynécologues obstétriciens pratiquant les consultations soit un nombre moyen de 5,8. Ce nombre moyen est à titre indicatif car il est calculé à partir d'équivalent temps plein et de nombre effectif.



De plus, il faut prendre en compte le nombre de vacances<sup>2</sup> par semaine accordé aux sages-femmes pour le suivi des grossesses.

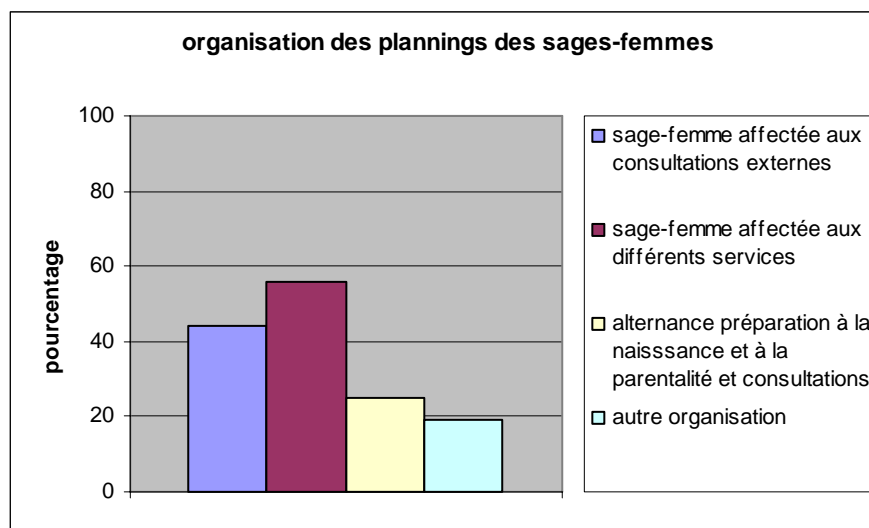


On observe ainsi que seulement 62 % des établissements accordent plus de 8 vacances par semaine (soit 4 jours) aux sages-femmes pour effectuer des consultations prénatales.

Ce questionnaire vise aussi à savoir, si les sages-femmes de consultations sont affectées définitivement aux services de consultations externes ou si les sages-femmes

<sup>2</sup> Une vacation représente 4 heures de temps de travail.

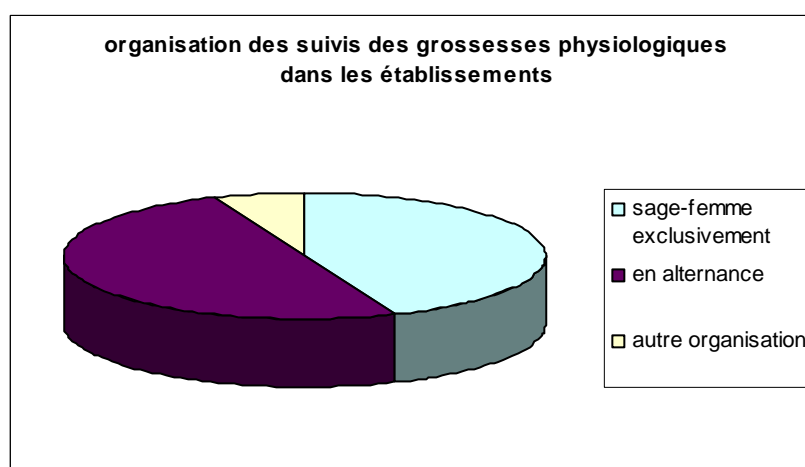
effectuent des roulements dans les différents services de la maternité. Ainsi, dans les établissements dont les sages-femmes font des roulements, on peut supposer qu'une femme voit plusieurs sages-femmes pendant sa grossesse.



Dans 56 % des établissements proposant des consultations, les sages-femmes occupent par roulement la place de sage-femme de consultations.

Enfin, il est important de noter que 62 % des établissements n'ont proposé aucune formation aux sages-femmes concernant le suivi des grossesses et la plupart considèrent que la formation initiale est suffisante.

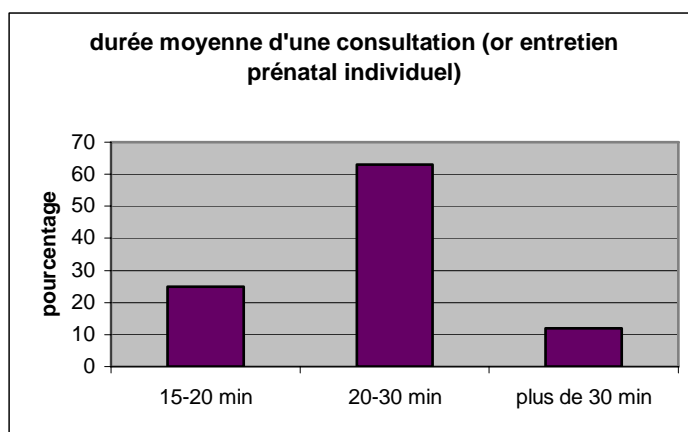
L'enquête permet de mettre en évidence si l'intégralité des consultations prénatales sont réalisées par une sage-femme.



Ainsi, seulement 44 % des établissements proposent un suivi prénatal exclusif par une sage-femme. On note que 50 % des établissements proposent une consultation en alternance entre le gynécologue obstétricien et la sage-femme. Et 6 % (soit un établissement) propose une consultation par un gynécologue obstétricien pratiquée par trimestre ; elle est couplée à l'échographie.

On note que 94 % des établissements (soit 15 sur les 16 proposant des consultations prénatales par les sages-femmes) proposent une consultation prénatale par mois.

L'étude permet de mettre en évidence que la durée des consultations prénatales selon les praticiens est différente.



Ainsi, 63 % des sages-femmes ont une durée de consultation de 20 à 30 minutes et on peut noter aussi que 12 % d'entre elles consacrent plus de 30 minutes aux consultations prénatales.

### 3.2.3. D'un point de vue statistique

Il semble intéressant de connaître la proportion des consultations prénatales faites par les sages-femmes dans les établissements.





Ainsi dans 63 % des cas, les sages-femmes assurent moins de 25 % des suivis des grossesses. Cependant on note que dans 12 % (soit 2 établissements) des cas, plus de 50 % des grossesses sont suivies par les sages-femmes ; ce sont des établissements dans lequel le suivi de grossesse est assuré exclusivement par une sage-femme.

De plus 50 % des établissements signalent que ce pourcentage augmente avec les années. Pour les autres, il reste constant : on peut supposer que l'évolution est impossible car le planning de consultation est complet et que le nombre de sages-femmes de consultations n'évolue pas.

### **3.3. Les centres périnataux de proximité en Lorraine**

#### **3.3.1. Généralités**

La Lorraine compte 4 centres périnataux de proximité issus de la fermeture de maternités. Il existe un centre périnatal de proximité dans chaque département.

On note que 3 centres sur les 4 fonctionnent avec des gynécologues obstétriciens, un des centres fonctionne sans médecin.

La moyenne d'âge des gynécologues obstétriciens est supérieure à 40 ans et pour 33 % d'entre eux : la moyenne d'âge est comprise entre 50 et 60 ans. Ainsi on confirme que la population médicale est une population vieillissante et que la relève ne pourra faire face au manque considérable de médecins.

#### **3.3.2. L'organisation des consultations prénatales**

100 % des centres périnataux proposent des consultations prénatales pratiquées par des sages-femmes.

75 % des centres n'ont proposé aucune formation aux sages-femmes.

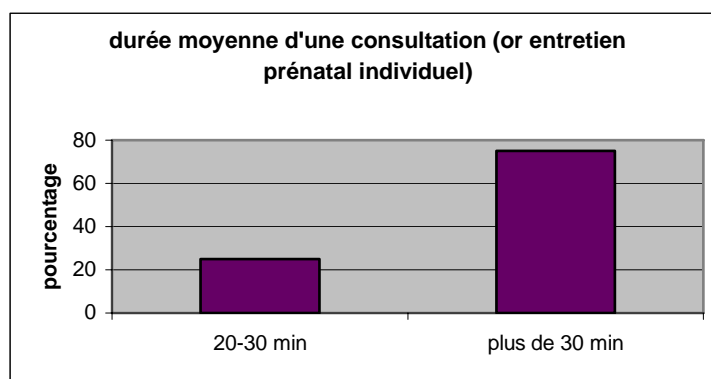
2 centres comptent 1 à 2 équivalent(s) temps plein de sages-femmes de consultations et les 2 autres en comptent plus de 2.

De plus, 100 % des grossesses suivies par une sage-femme le sont exclusivement.

Dans 75 % des centres, les sages-femmes assurent les consultations prénatales, mais aussi la rééducation périnéale ainsi que des surveillances de rythme cardiaque fœtal. Et dans 25 % des cas, elles assurent la préparation à la naissance et à la parentalité en plus des consultations prénatales.

Ainsi 25 % des centres consacrent moins de 2 jours aux consultations, pour les 75 % restant : plus de 4 jours y sont consacrés.

La durée des consultations varie selon les praticiens et selon les sages-femmes.

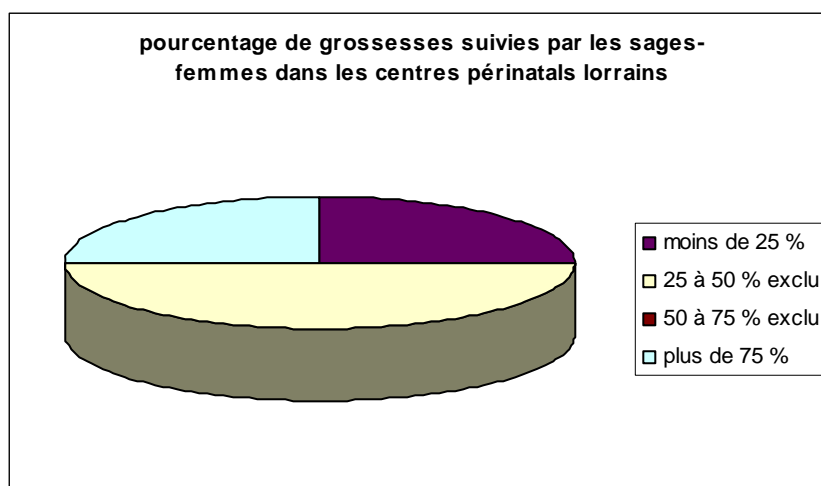


Ainsi dans 75 % des cas, les sages femmes consacrent plus de 30 minutes aux consultations.

On note également que dans la totalité des centres la consultation d'anesthésie est faite dans l'établissement où la femme souhaite accoucher.

Dans 50 % des centres, la patiente est envoyée dans l'établissement dans lequel elle souhaite accoucher pour la consultation du 9<sup>ème</sup> mois. Pour les autres, la patiente est envoyée dans l'établissement choisi dès le 8<sup>ème</sup> mois. On note que la moitié des centres utilisent les dossiers de l'établissement choisi par la patiente.

### 3.3.3. D'un point de vue statistique



Ainsi dans 2 des centres, les sages-femmes assurent 25 à 50 % du suivi des grossesses, il y a un centre dans lequel les sages-femmes assurent moins de 25 % du suivi des grossesses. Enfin il en existe un pour lequel tous les suivis de grossesses sont assurées par une sage-femme (il n'y a pas de gynécologue obstétricien).

Dans la moitié des cas, ce pourcentage a augmenté et pour l'autre moitié : il reste constant.

## 3.4. Les sages-femmes libérales en Lorraine

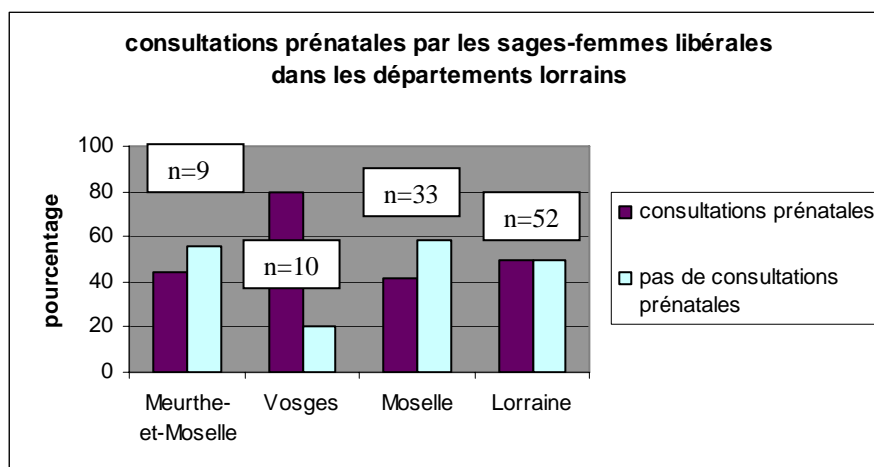
### 3.4.1. Généralités

Sur les 70 sages-femmes interrogées, il y a eu 53 réponses au total. Seulement 52 réponses ont été incluses dans les statistiques. En effet, une sage-femme en Meuse a été contactée, cette sage-femme ne pratique que des soins infirmiers, elle a donc été exclue des statistiques. Ainsi la Lorraine est, dans ce cas, représentée par les trois départements suivants : la Meurthe-et-Moselle, les Vosges et la Moselle.

On montre alors que la Meuse est dépourvue totalement de sage-femme libérale : on peut l'expliquer par le fait que la Meuse est un département rural avec une faible population ; ainsi les conditions d'exercice dans ce type de département est assez laborieux puisqu'il nécessite beaucoup de déplacement car pour avoir un nombre de patientes suffisant il faut avoir un secteur d'activité étendu, pour pouvoir vivre de son activité. Ceci est à mettre en parallèle avec la raréfaction des médecins généralistes dans certaines campagnes.

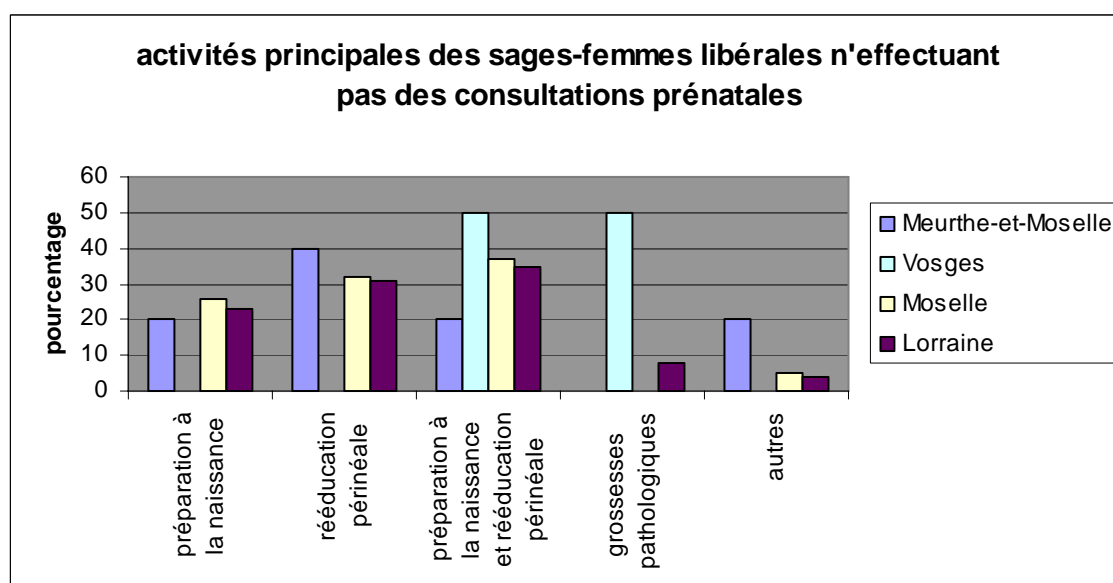
Toutes les statistiques ont été calculées par rapport au nombre de sages-femmes qui m'ont répondu et n'est donc pas représentatif de la totalité des sages-femmes libérales.

Ainsi selon les départements, on s'aperçoit de la disparité des activités des sages-femmes libérales, mais sur la région Lorraine ceci se répartit équitablement (sauf Meuse).



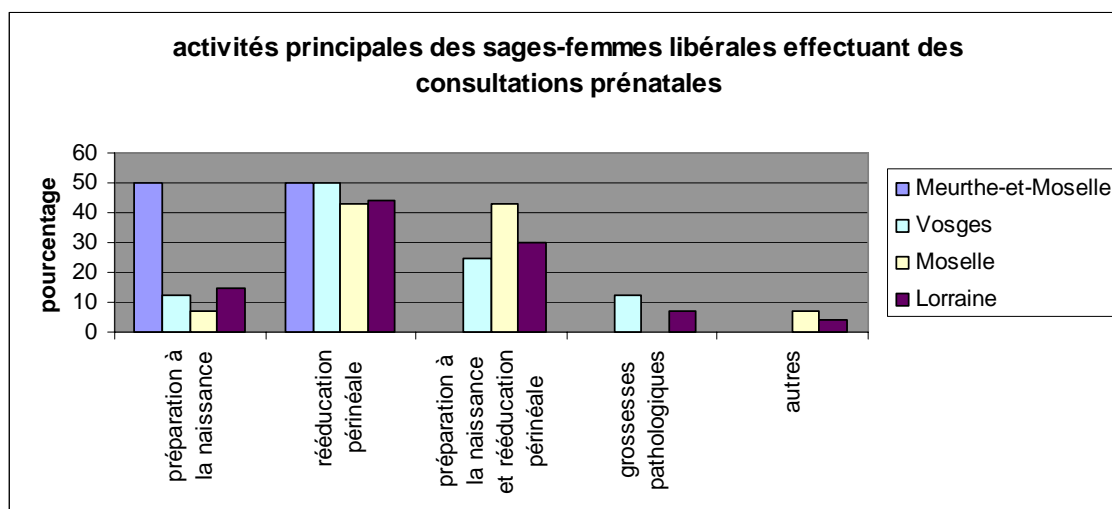
Ainsi le département des Vosges est le mieux pourvu en consultations prénatales faites par des sages-femmes libérales.

Les principales activités des sages-femmes libérales sont la préparation à la naissance et à la parentalité et la rééducation périnéale.

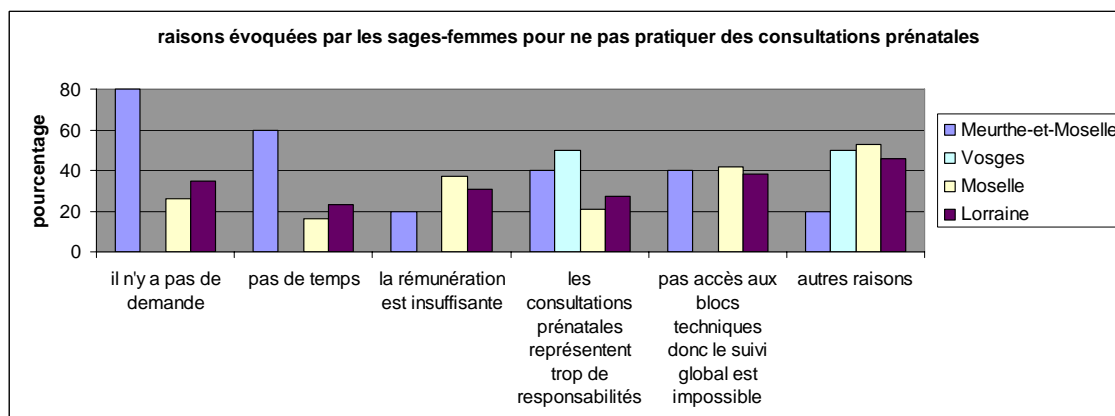


Parmi les sages-femmes libérales qui pratiquent des consultations prénatales, la préparation à la naissance et à la parentalité semble délaissée au profit de la rééducation périnéale.

Ceci peut être mis en relation avec les tarifs appliqués selon les activités : une séance de rééducation périnéale est cotée SF 7 sachant que SF vaut 2,65 € soit 18,65 €, une consultation est cotée C soit 19,00 € depuis décembre 2007 (15,30 € en 2004) [24], la première séance de préparation à la naissance et à la parentalité est cotée C2,5 et les 7 séances suivantes cotent C2 pour un groupe de trois personnes maximum [26].



Les sages-femmes libérales évoquent plusieurs raisons pour lesquelles elles ne pratiquent pas de consultations prénatales.

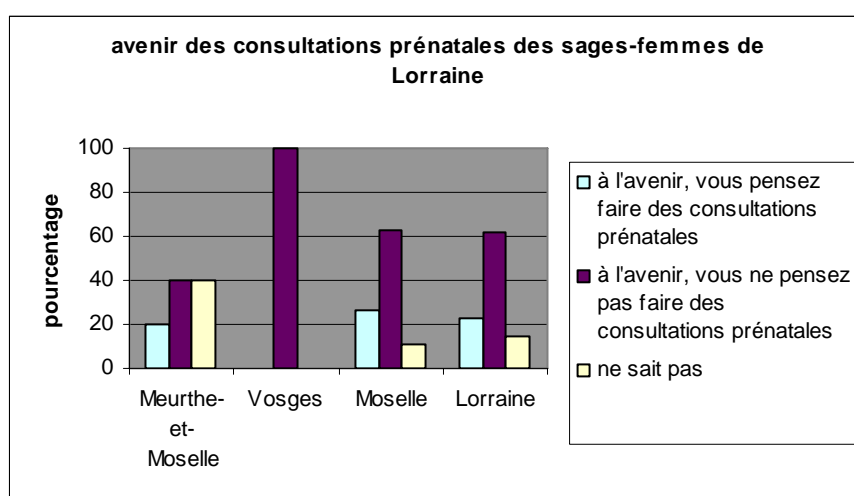


Ainsi, pour 31 % d'entre elles, la rémunération est jugée insuffisante, 38 % d'entre elles, jugent que le suivi global est impossible faute d'accessibilité aux plateaux techniques.

Concernant les autres raisons évoquées :

- 25 % d'entre elles pensent qu'elles requièrent une formation
- 25 % d'entre elles expliquent ceci par le début de leurs activités en libéral
- 25 % d'entre elles évoquent un choix personnel
- Enfin 25 % d'entre elles évoquent le fait qu'il existe une concurrence avec les gynécologues obstétriciens ou qu'il est difficile de trouver un gynécologue obstétricien en cas de pathologie.

On note que plus de 60 % des sages-femmes ne pratiquant pas les consultations prénatales n'en pratiqueront pas à l'avenir. Cependant 15 % ne se prononcent pas.



### 3.4.2. L'organisation des consultations prénatales

Le nombre moyen de consultations prénatales sur une année effectuées par les sages-femmes libérales est disparate.

	Meurthe-et-Moselle	Vosges	Moselle	Lorraine
Moins de 10 consultations par an	0%	0%	22%	<b>12%</b>
10 à 20 consultations par an	25%	33%	8%	<b>19%</b>
20 à 30 consultations par an	0%	22%	0%	<b>8%</b>
30 à 50 consultations par an	0%	45%	8%	<b>19%</b>
50 à 80 consultations par an	50%	0%	0%	<b>8%</b>
80 à 100 consultations par an	0%	0%	8%	<b>3,5%</b>
100 à 150 consultations par an	0%	0%	0%	<b>0%</b>
150 à 250 consultations par an	25%	0%	30%	<b>19%</b>
250 à 400 consultations par an	0%	0%	16%	<b>8%</b>
Plus de 400 consultations par an	0%	0%	8%	<b>3,5%</b>

Ainsi 58 % des sages-femmes libérales pratiquent moins de 50 consultations par an ceci représente un suivi de 10 grossesses par an.

11 % des sages-femmes libérales pratiquent 50 à 100 consultations prénatales par an soit 10 à 15 grossesses par an.

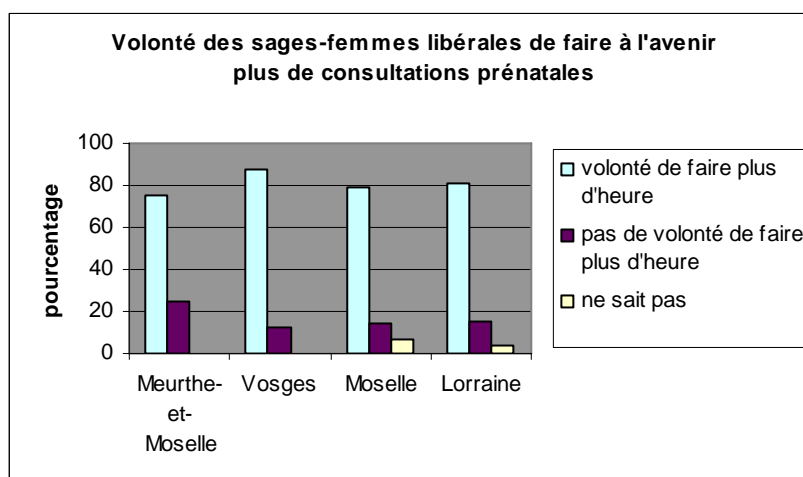
19 % des sages-femmes libérales pratiquent 150 à 250 consultations par an : soit 25 à 30 grossesses par an.

Enfin environ 11 % des sages-femmes libérales pratiquent plus de 250 consultations prénatales soit plus de 30 grossesses par an.

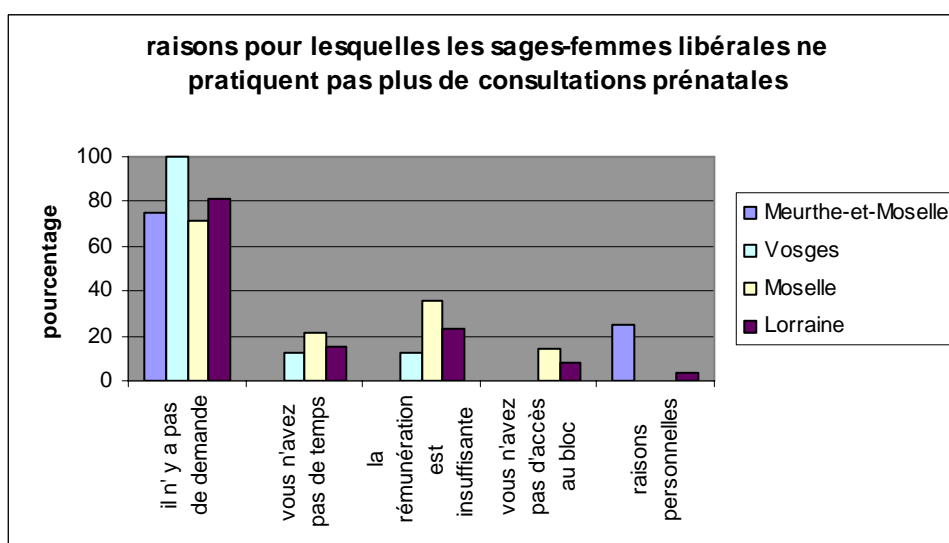
D'un point de vue organisationnel, 88 % des sages-femmes libérales assurent quelques consultations prénatales dans la semaine ; la plupart d'entre elles affirment qu'elles se conforment aux disponibilités de leurs patientes. Les 12 % restant consacrent des horaires spécifiques aux consultations.

61 % des sages-femmes consacrent moins de 2 heures par semaine aux consultations prénatales.

Ainsi 79 % des sages-femmes affirment vouloir faire plus de consultations, et 4 % d'entre elles (soit une sage-femme) ne se prononcent pas.



Enfin, lorsqu'on s'intéresse aux raisons pour lesquelles les sages-femmes ne peuvent pas consacrer plus d'heures au suivi de grossesse actuellement, 81 % d'entre elles évoquent le manque de demande et 23 % d'entre elles évoquent une rémunération insuffisante.



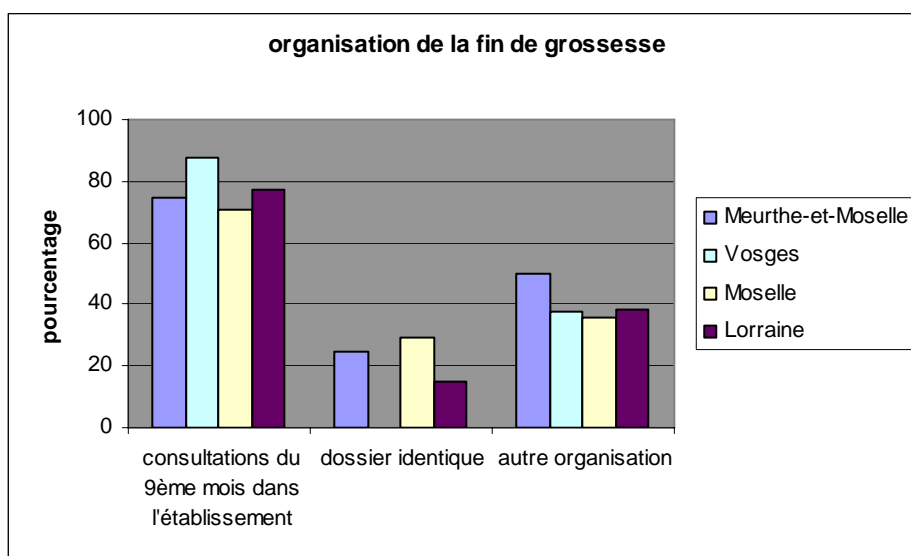
La durée d'une consultation prénatale chez une sage-femme libérale est de 20 minutes au minimum. Cependant la durée moyenne varie selon la sage-femme : 69 % d'entre elles y consacrent plus de 30 minutes.

En ce qui concerne le suivi, 96 % des sages-femmes libérales pratiquent une consultation par mois.



100 % des consultations d'anesthésie sont effectuées dans l'établissement dans lequel la patiente souhaite accoucher.

Pour la fin de grossesse, l'organisation est différente selon les sages-femmes.



77 % des sages-femmes libérales organisent la consultation du 9<sup>ème</sup> mois dans l'établissement dans lequel la patiente souhaite accoucher.

15 % d'entre elles utilisent un dossier identique.

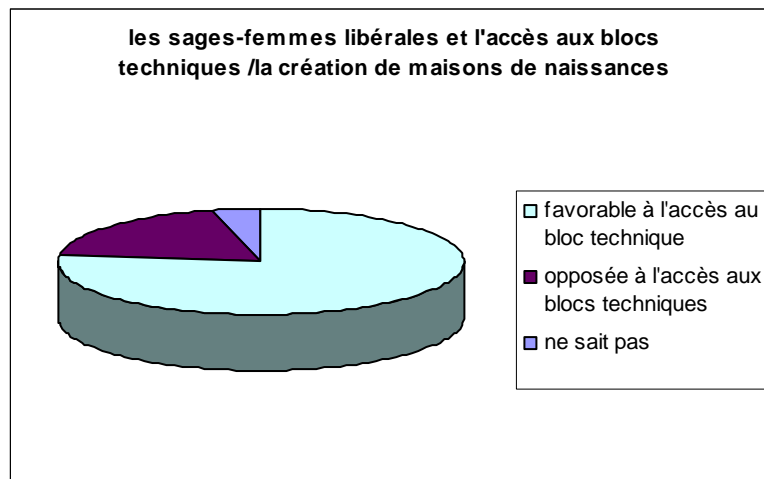
Parmi les autres organisations évoquées, 50 % utilisent le carnet de maternité entre l'établissement et elles-mêmes.

### 3.4.3. En vue du suivi global

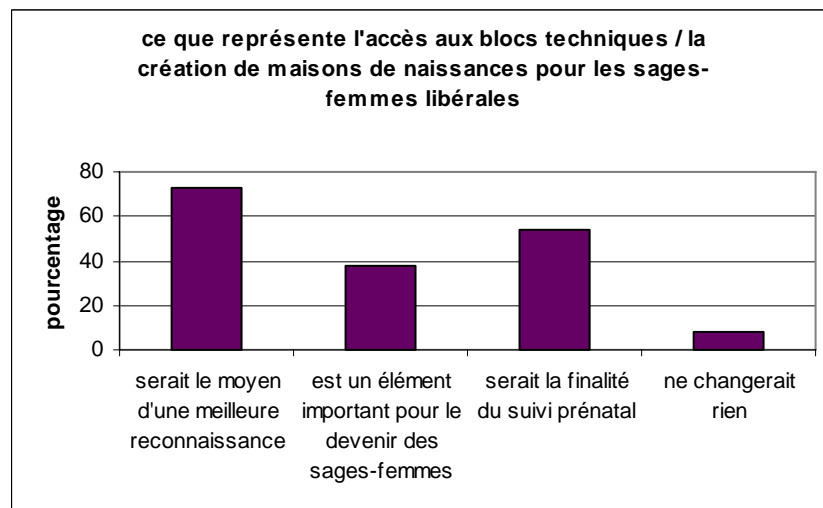
Parmi les sages-femmes effectuant des consultations prénatales, on peut dire que 92 % d'entre elles proposent un suivi global regroupant les consultations prénatales, la préparation à la naissance et à la parentalité, la consultation postnatale et la rééducation périnéale.

15 % des sages-femmes libérales de Lorraine assurent les accouchements de leurs patientes (soit 4 sages-femmes) et 4 % soit une d'entre elles assurent les accouchements à domicile.

Parmi les sages-femmes effectuant les consultations prénatales, 77 % d'entre elles sont favorables à l'accès aux blocs techniques ou à la création de maisons de naissances.



Enfin, cette possibilité d'accès aux blocs techniques ou la création de maisons de naissances est un point important pour les sages-femmes libérales.



73 % d'entre elles déclarent que ce serait le moyen d'une meilleure reconnaissance de la profession et 54 % d'entre elles déclarent que ce serait la finalité du suivi prénatal.

Dans la troisième partie, nous allons dresser une synthèse de cette étude et préciser les limites. Puis nous aborderons les difficultés évoquées afin de proposer des solutions.

***Troisième partie :***  
***Perspectives d'avenir***

# 1. SYNTHÈSE ET ANALYSE

## 1.1. Les établissements

Parmi les 22 établissements présents en Lorraine, 16 d'entre eux proposent des consultations prénatales pratiquées par des sages-femmes. Il est encourageant de constater que 16 établissements sont publics alors que la Lorraine compte 17 établissements publics et les 5 restants sont des établissements privés. La Lorraine peut donc affirmer qu'il existe une place réelle pour la sage-femme au sein de ses établissements, en effet les établissements privés n'ayant pas le même mode de fonctionnement que les hôpitaux publics : les médecins ont une place préférentielle et il est donc normal de ne pas trouver au sein de ces établissements une place pour les sages-femmes en consultation.

On remarque que 10 de ces établissements ont mis en place le suivi par les sages-femmes pendant ou après 2004 : on peut donc supposer que la loi du 9 août 2004 autorisant les sages-femmes à pratiquer la déclaration de naissance n'est pas étrangère à cet intérêt soudain pour les consultations.

Concernant l'organisation des services, 75 % des établissements possèdent plus de un équivalent temps plein de sage-femme de consultations et ainsi 62 % des établissements proposent des consultations réparties sur toute la semaine.

Cependant, on observe que dans 56 % des établissements les sages-femmes occupent par roulement la fonction de sage-femme de consultations : on peut alors supposer qu'une femme n'est pas suivie par une seule sage-femme pendant sa grossesse. Ceci va à l'encontre des nombreuses recommandations et notamment celles du plan de périnatalité [1] visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Or avec l'intervention de plusieurs professionnels il est peut être plus difficile de mettre en place un suivi de qualité, et d'instaurer un climat de confiance avec une patiente que l'on reçoit ponctuellement. Ainsi la mise en place de l'entretien prénatal individuel pratiqué par un professionnel à l'occasion de la première séance de préparation à la naissance et à la parentalité afin de repérer les situations de vulnérabilité se substitue alors au temps d'écoute accordé lors des consultations prénatales (alors que

ce n'est pas l'intention première) [27]. On peut penser que si le suivi prénatal et que les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont pratiquées par un seul professionnel, on peut s'interroger sur la nécessité de cet entretien. De plus, cette pratique s'inscrirait dans une démarche de qualité de soins.

De plus, seulement 44 % des établissements proposent un suivi exclusif par une sage-femme ainsi 66 % des femmes suivies dans les établissements consultent un gynécologue obstétricien pendant leur grossesse. Ainsi en Lorraine, malgré un suivi possible par une sage-femme dans la majorité des établissements, dans 63 % des cas : les sages-femmes assurent moins de 25 % des suivis de grossesses.

Malgré une corrélation entre la durée des consultations des sages-femmes qui est en moyenne de 20 à 30 minutes alors que la durée moyenne d'une consultation de médecin est de 10 à 15 minutes, et qui pourrait expliquer cette proportion ; celle-ci ne tend pas à l'augmentation car le nombre de sage-femme en consultations ne va pas s'accroître.

En conclusion, les établissements publics lorrains ont su mettre en application les nouvelles compétences des sages-femmes, pourtant la place du gynécologue obstétricien semble prépondérante dans le suivi de grossesses alors même que le renouvellement de l'ensemble des praticiens ne semble pas assurer.

Ceci peut être mis en relation par le fait que la profession soit peu connue : une étude réalisée par une étudiante sage-femme de Caen en 2005 auprès des primigestes a montré que 70 % des femmes n'ayant jamais rencontré de sages-femmes estiment peu connaître la profession, 59 % d'entre elles estiment que la profession est paramédicale et 36 % d'entre elles considèrent que la sage-femme dépend toujours du médecin [28].

## **1.2. Les centres périnataux de proximité**

Tous les centres périnataux de proximité de Lorraine proposent des consultations prénatales par les sages-femmes.

50 % des centres (soit 2 centres) comptent plus de 2 équivalents temps plein de sages-femmes de consultations et 100 % des femmes suivies par une sage-femme le sont exclusivement, du moins au sein du centre car les femmes consultent au moins une fois le médecin dans l'établissement choisi selon les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) [20].

On note que les sages-femmes assurent plusieurs activités au sein du centre périnatal et dans 25 % des cas elles assurent aussi la préparation à la naissance et à la parentalité.

Dans 75 % des cas, la durée moyenne d'une consultation est de plus de 30 minutes.

La liaison avec l'établissement dans lequel souhaite accoucher la patiente est possible par la consultation d'anesthésie, la consultation du 8<sup>ème</sup> et/ou du 9<sup>ème</sup> mois et dans 50 % des cas on utilise un dossier identique.

Enfin, dans les centres périnatals de proximité moins de 50 % de grossesses sont suivies par une sage-femme dans 75 % des centres (un des centres fonctionnant sans médecin).

On observe que la sage-femme a une réelle place au sein des centres périnatals de proximité. On peut supposer que c'est grâce au statut spécifique de ces centres : ils sont situés au sein des établissements qui ne disposent plus de service d'obstétrique ; il est donc plus difficile pour les médecins de cumuler à la fois une garde et des consultations, le temps accordé aux consultations est ainsi plus important alors même que leur planning est surchargé. Ceci permet ainsi aux sages-femmes de jouir de la possibilité de toutes leurs compétences.

### **1.3. Les sages-femmes libérales**

En Lorraine, parmi les réponses obtenues (soit 52 prises en compte), 50 % des sages-femmes libérales pratiquent les consultations prénatales.

Les sages-femmes ne pratiquant pas de consultations justifient leur choix par le fait que le suivi global n'est pas possible faute d'accès aux plateaux techniques (38 %

des réponses), qu'elles n'ont pas de demandes dans 35 % des cas et enfin la rémunération est jugée insuffisante dans 31 % des cas<sup>3</sup>.

Cependant, on note que 60 % des sages-femmes libérales n'en pratiqueront pas à l'avenir. Ceci est à mettre en corrélation avec le taux (38 %) de sages-femmes évoquant le défaut d'accès aux salles de naissances.

Concernant la place des sages-femmes libérales dans le suivi des grossesses, on observe que 58 % des sages-femmes libérales pratiquent moins de 50 consultations prénatales par an (soit environ le suivi de 10 grossesses par an).

Cependant 30 % des sages-femmes assurent plus de 150 consultations par an, soit le suivi de 25 grossesses environ : on note que c'est surtout le cas en Moselle.

Ainsi pour 61 % des sages-femmes, les consultations prénatales représentent moins de 2 heures de leur activité, ce qui explique que 79 % d'entre elles souhaitent pratiquer plus de consultations à l'avenir.

Mais 81 % des sages-femmes libérales évoquent le manque de demande, et 23 % d'entre elles évoquent une rémunération insuffisante.

Pour une meilleure disponibilité et désirant répondre à la demande, 88 % des sages-femmes libérales établissent un planning dépendant de la volonté des femmes et n'ont pas d'horaires fixes. On note alors, que 69 % d'entre elles y consacrent plus de 30 minutes.

La liaison avec l'établissement dans lequel s'effectuera l'accouchement est assuré par la consultation du 9<sup>ème</sup> mois pour 77 % des cas, 15 % utilisent un dossier identique.

Le carnet de maternité semble un moyen privilégié puisque environ 20 % des sages-femmes l'utilisent.

---

<sup>3</sup> Lors de l'enquête, la nouvelle tarification n'était pas accordée.

En Lorraine, 92 % des sages-femmes libérales pratiquant des consultations assurent le suivi global comprenant les consultations prénatales, la préparation à la naissance et à la parentalité la consultation post natale et la rééducation périnéale<sup>4</sup>.

On note que 15 % d'entre elles assurent les accouchements (soit 4 sages-femmes libérales).

77 % d'entre elles sont favorables à l'accès aux plateaux techniques ou à la création de maisons de naissance (quelques sages-femmes m'ont affirmé leur réticence par rapport à la création des maisons de naissances). Et 73 % d'entre elles (soit la totalité des sages-femmes favorables à l'accès aux blocs techniques ou à la création des maisons de naissances) déclarent que cette alternative est un moyen de meilleure reconnaissance de leur profession et 54 % (les  $\frac{3}{4}$  des sages-femmes favorables à l'accès aux plateaux techniques ou à la création des maisons de naissances) assurent que ce serait la finalité du suivi prénatal.

En conclusion, la Lorraine compte 50 % de sages-femmes libérales participant au suivi de grossesses (parmi les sages-femmes ayant répondues). Ce pourcentage n'est pas totalement représentatif car toutes les sages-femmes libérales n'ont certainement pas été contactées, et toutes celles qui ont été contactées n'ont pas répondues, il existe ainsi un biais.

Cependant, malgré cette présence au sein du suivi prénatal, les sages-femmes libérales émettent des raisons pour lesquelles elles ne sont pas plus associées au suivi prénatal : notamment par le fait que l'accès aux plateaux techniques soit peu développé et que les femmes se manifestent peu auprès de ces professionnelles.

## 1.4. Conclusion de l'étude

En Lorraine, le suivi de grossesse par les sages-femmes reste encore insuffisant malgré une réelle place des sages-femmes aux seins des établissements et des centres

---

<sup>3</sup> L'étude ne précisait pas les sorties précoces : 65 % des sages-femmes effectuant des consultations m'ont cité qu'elles pratiquaient des sorties précoces et on note que de nombreuses sages-femmes n'effectuant pas les consultations proposent également un suivi en post partum.



de périnatalité. On remarque cependant que ceci correspond à une réalité nationale [22] sur le plan de la sage-femme au sein des services de consultations et dans le suivi prénatal puisque 31 % des femmes ont vu au moins une fois la sage-femme pendant leur grossesse.

Dans les trois quarts des cas, centres périnatals et établissements confondus, les sages-femmes assurent moins de 50 % du suivi des grossesses. Et on note que les femmes suivies en établissements consulteront au moins une fois un médecin pendant leur grossesse dans 66 % des cas alors que les grossesses sont physiologiques dans 80 % des cas.

Concernant les sages-femmes libérales de Lorraine, elles ont une réelle volonté de pratiquer des consultations prénatales mais se heurtent notamment au manque de demande et expriment leur volonté d'assurer un suivi global notamment par l'accès aux plateaux techniques.

Il va être intéressant de mettre en avant les points concernant les difficultés à la mise en place du suivi prénatal par les sages-femmes et de proposer des solutions.

## **2. LES DIFFICULTES ET LES SOLUTIONS ENVISAGEES**

### **2.1. Un accompagnement de qualité**

Afin de répondre aux exigences médicales et relationnelles, les sages-femmes consacrent beaucoup de temps aux consultations prénatales. En effet on constate qu'une consultation dure en moyenne entre 20 et 30 minutes dans les établissements et que pour 61 % des sages-femmes libérales la durée est supérieure à 30 minutes.

Ce temps imparti aux patientes permet de réserver un suivi de qualité sur le plan médical : examen clinique, prescription d'examens complémentaires et commentaires des résultats, mais aussi sur le plan relationnel en étant à l'écoute des couples face à leurs demandes et à leurs difficultés permettant ainsi une évaluation de la santé psychosociale comme le stipule la Haute Autorité de Santé [20].

Les sages-femmes libérales émettent ainsi leurs réserves pour le suivi prénatal car les consultations sont considérées comme une activité peu rémunérée compte tenu du temps accordé. Ainsi la rémunération pour une séance de rééducation périnéale est plus importante que celle consentie aux consultations : 18,65 € versus 15,30 €

Ainsi pour répondre à une réelle demande, l'assurance maladie a revalorisé le tarif des consultations en décembre 2007 [25], une consultation est rémunérée 19,00 €

Cette étude a démontré que le poste de sage-femme de consultations était occupé par différentes sages-femmes, ceci étant dépendant de l'organisation du service de maternité : les sages-femmes effectuant un roulement sur les différents services dans 56% des cas. L'étude ne permet pas de préciser l'organisation des roulements mais on suppose que, dans la plupart des établissements, les patientes consultent différentes sages-femmes au cours de leur grossesse. Il conviendrait d'étudier plus précisément l'organisation afin de permettre de pourvoir à ce petit désagrément.

Toutefois il existe des exemples qui illustrent une organisation idéale pour les patientes : à la maternité de Toul, il existe un équivalent temps plein de sage-femme de consultations réparti en deux mi-temps : les deux sages-femmes présentes en

consultations effectuent des roulements entre les différents services mais chaque sage-femme consulte deux semaines consécutives et ainsi voient leur patiente d'un mois sur l'autre.

## **2.2. Développement du suivi**

### **2.2.1. Une meilleure information de la profession**

Suite à la mise en place récente de la déclaration de naissance par les sages-femmes et l'évolution de la profession au sein de l'exercice libéral, la profession connaît une nouvelle perspective pour l'avenir parallèle à l'évolution de la démographie médicale. En effet, les sages-femmes sont des professionnelles compétentes et reconnues dans le monde de la naissance.

Malheureusement, outre ces mesures, les institutions se sont peu attachées à la reconnaissance de la profession auprès des usagers. On peut supposer que la prise en compte des usagers rendue possible par le plan de périnatalité permettrait une valorisation de la profession.

On remarque également que les associations au niveau local se sont investies pour l'élaboration d'une plaquette d'informations concernant les sages-femmes libérales du département de la Meurthe-et-Moselle (annexe 5) en collaboration avec la caisse primaire d'assurance maladie.

Le projet de plaquette réalisé par une étudiante sage-femme de Metz à l'occasion de son mémoire en 2006 est toujours de circonstance (annexe 6) et permettraient un choix éclairé des patientes quant aux professionnels compétents pour le suivi de sa grossesse.

### **2.2.2. D'un point de vue budgétaire**

Dans la première partie, il a été rapporté que la politique de santé devait faire face à une efficacité des dépenses. La récente revalorisation des consultations par l'assurance maladie est une avancée appréciable pour l'attractivité de cette activité pour les professionnels. Mais le coût de la grossesse pour la société reste un sujet actuel puisque plus de la moitié des grossesses sont suivies par un gynécologue obstétricien et qu'il existe une différence de 9,00 € pour une consultation. Il serait peut être judicieux

d'établir une grille de cotation séparant les grossesses physiologiques des grossesses pathologiques.

Un rapport de la Haute Autorité de Santé daté de 2007 relatif à la collaboration entre les professionnels de santé stipule que "les consultations les plus simples et les plus rapides –qui sont aussi celles considérées comme pouvant être éventuellement réalisées par un professionnel non médecin- sont au final les plus « rentables » pour les médecins. Ces derniers n'ont donc pas d'incitation financière à confier la réalisation de ces consultations à un autre professionnel"[29].

Cependant un autre point ressort de l'étude, les emplois du temps des sages-femmes de consultations sont complets et il n'existe pas de financement de postes supplémentaires dans une conjoncture où le système de santé est confronté à une insuffisance de ressources.

Le plan de périnatalité prévoit l'extension des réseaux ville / hôpital et il serait envisageable de l'appliquer dans le cadre des suivis de grossesses pour lequel on pourrait privilégier l'activité des sages-femmes libérales. De plus, celles-ci pourraient entrevoir l'accès à un plateau technique afin de permettre un suivi global pour les femmes qui le souhaitent.

### **2.2.3. En milieu rural**

La répartition des professions médicales dans les départements fait souvent l'objet de constat simple : les villes et les agglomérations bien dotées de praticiens ont fait récemment grand bruit suite à la volonté du gouvernement d'imposer un lieu d'installation pour les nouveaux médecins généralistes afin d'assurer une répartition plutôt équitable.

En Lorraine, hormis la Moselle on peut considérer que la région est assez rurale et ne facilite pas l'installation des sages-femmes sur le territoire.

Concernant les consultations prénatales, l'organisation est peut être plus simple puisque les femmes se déplacent au cabinet mais reste plus complexe pour un suivi à domicile car le secteur peut être assez vaste.

L'idée des maisons médicales regroupant plusieurs médecins généralistes afin de limiter les contraintes des gardes, des infirmières, des kinésithérapeutes voire des dentistes est une des solutions adoptée par les élus pour permettre l'attractivité de leur campagnes [30].

Les centres périnataux de proximité ont un rôle similaire mais restent, en ce qui concerne la Lorraine, situés au sein des établissements hospitaliers. Le plan de périnatalité prévoit l'extension de ces centres périnataux à d'autres établissements n'ayant jamais eu de service de maternité et pourrait ainsi se comparer au fonctionnement des maisons médicales.

#### **2.2.4. L'installation des sages-femmes libérales**

Afin de faire face à la demande, les départements voient le nombre de sages-femmes libérales s'accroître. Ainsi entre 2004 et 2007, le nombre de sages-femmes libérales en Lorraine est passé de 71 à 88 représentant alors au 1<sup>er</sup> janvier 2007 environ 11 % des sages-femmes en activité en Lorraine contre 9,1 % au 1<sup>er</sup> janvier 2004 [31, 32, 33]. Les nouvelles générations de professionnels de santé expriment la volonté de s'installer en cabinet libéral. La collaboration entre plusieurs sages-femmes est une des solutions privilégiées afin de concilier vie professionnelle et personnelle.

Dans l'idéal, on pourrait imaginer une collaboration, au sein d'un même cabinet, d'une (ou plusieurs) sage(s)-femme(s) libérale(s) et d'un gynécologue obstétricien : l'un assurant la surveillance de la grossesse physiologique, la préparation à la naissance et à la parentalité, voire la rééducation périnéale et le suivi des grossesses pathologiques à domicile, l'autre : le suivi gynécologique, les grossesses pathologiques et l'échographie.

Ainsi la collaboration médecin /sage-femme dans un même cabinet répondrait à l'inquiétude des sages-femmes de trouver un médecin en cas de pathologie (mise en évidence dans l'étude) et des femmes par une proximité du médecin permettant un suivi de qualité et concèderait du temps au médecin pour se consacrer à d'autres exigences.

## **2.3. Le suivi global**

### **2.3.1. Définition**

Selon l'association nationale des sages-femmes libérales [34], il se définit comme un accompagnement médical de la maternité physiologique effectué par un seul praticien souvent une sage-femme. Il s'inscrit dans le cadre des recommandations de la Haute Autorité de Santé [20].

Elle effectue les sept consultations prénatales et les huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

La sage-femme est présente à l'accouchement qu'il soit à domicile ou dans une structure privée ou publique (voire une maison de naissance).

Elle assure également les soins nécessaires à la mère et à l'enfant en suites de couche et en post natal.

Le but du suivi global est de permettre à la mère et au père de se rassurer quant à leurs compétences à être des parents et se responsabiliser, ceci conduisant à l'autonomie de ces futurs parents.

Afin de permettre un suivi global souhaité par les sages-femmes comme par les patients, il est nécessaire de développer l'accès aux plateaux techniques voire la création de maisons de naissance.

### **2.3.2. L'accès aux plateaux techniques**

L'accès aux plateaux techniques des établissements privés ou publics est possible depuis la loi 91-748 du 31 Juillet 1991, article L714-36 modifiée par l'ordonnance numéro 2005-406 du 2 Mai 2005 article 6146-10 [35].

Pour avoir cette autorisation : il faut une acceptation de la demande déposée conjointement par la sage-femme et la commission médicale d'établissement à l'agence régionale hospitalière.

Cette demande comporte une délibération du conseil d'administration, une description de l'organisation retenue et des moyens utilisés, un état prévisionnel des dépenses à la charge de l'assurance maladie.

Cette autorisation est accordée ou renouvelée pour une durée de cinq années par le directeur de l'agence régionale hospitalière après l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire et social.

Cet accès est fixé plus par un accord commun des deux parties que par la loi [19].

### **2.3.3. Les maisons de naissance**

Le plan de périnatalité [1] prévoit la mise en place de maisons de naissances attenantes aux plateaux techniques afin de répondre à une demande des femmes d'accoucher dans un milieu moins médicalisé.

Il n'existe à ce jour aucun texte législatif qui régleme le fonctionnement des maisons de naissances [36, 37]. On les définit comme des lieux d'accueil autonomes, mais en liaison avec une structure hospitalière obstétricale et pédiatrique, des femmes enceintes jusqu'à leur accouchement qui sont placées sous la surveillance exclusive d'une sage-femme référente. La grossesse, l'accouchement et le post partum doivent rester dans la physiologie (physiologie déterminée par les recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé). Cette définition s'appuie sur le fonctionnement des maisons de naissance dans les pays voisins. Il existe deux types de maisons de naissance : celles isolées mais situées à proximité d'un établissement et celles intégrées à une maternité et constituant un service spécifique appelé centre de naissance [37].

Ces structures ne peuvent en aucun cas se substituer à une maternité mais peuvent dans certains cas faire face à l'afflux de nouveaux patients suite à la fermeture de certaines maternités et permettraient de libérer les grands centres.

Les maisons de naissances s'inscrivent d'une part dans un travail en réseau et d'autre part, dans le suivi global en réponse aux souhaits des usagers et des professionnels de la naissance.

Une étude réalisée en Isère en vue d'un projet de création d'une maison de naissance en 2001 [38] s'est intéressée à la position des médecins et des sages-femmes

sur ce projet. Il en est ressorti que la plupart des professionnels étaient favorables à la création des maisons de naissance mais faute d'informations suffisantes sur ce projet, les professionnels en méconnaissent finalement le fonctionnement : 20 % pensent qu'un (voire plusieurs) médecin est présent sur le site, que la péridurale devrait être accessible. Ils émettent des réticences quant aux bénéfices sur la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles.

L'étude réalisée auprès des sages-femmes libérales de Lorraine a permis l'expression de certaines réserves quant aux maisons de naissances.

Ainsi les maisons de naissances restent en France à l'état de projets pour lesquels l'évaluation des sites pilotes permettra d'entériner cette idée. En Lorraine, le projet de maison de naissance à Nancy en collaboration avec le réseau périnatal lorrain et la maternité régionale A. Pinard est en suspens, et il semblerait qu'il y ait eu un projet également à Metz en collaboration avec la clinique Claude Bernard, mais aucun projet ne semble prendre forme à ce jour.

En conclusion, le développement du suivi sera possible par une meilleure information sur la profession afin de permettre, aux femmes enceintes, un choix éclairé du praticien qui suivra sa grossesse, par la revalorisation de la tarification des actes et du développement d'un fonctionnement en réseau voire de collaboration au sein d'un même cabinet libéral d'un gynécologue obstétricien et d'une (ou plusieurs) sage-femme. Enfin il faudra sans doute répondre aux attentes des usagers et des sages-femmes quant à la mise en place d'un réel suivi global en favorisant l'accès aux plateaux techniques et la mise en place des maisons ou des centres de naissance.



## *Conclusion*

La place de la sage-femme dans le suivi prénatal en Lorraine reflète assez bien une réalité nationale. Les sages-femmes sont présentes au sein des services de consultations externes des établissements et des centres périnataux, cependant on constate que l'autonomie reconnue pour le suivi prénatal n'est pas encore effective. Les femmes consultent dans la plupart des cas au moins une fois un médecin lors de leur grossesse.

Quant aux sages-femmes libérales, on constate que la volonté de s'investir pour le suivi des femmes pendant leur grossesse est réelle, cependant une majorité exprime des freins à la mise en place d'un suivi de qualité avec un réel fonctionnement en réseau.

Grâce à la reconnaissance plutôt récente des compétences des sages-femmes par les institutions et la volonté de la politique périnatale de valoriser les professionnels, la profession de sage-femme par son côté médical et son rôle d'accompagnement s'avère une alternative à la pénurie des médecins annoncée depuis des années.

Par la reconnaissance des usagers et la volonté de s'afficher comme une profession libérale jeune et dynamique, les sages-femmes vont être une aide effective à la volonté des couples de se réapproprier la parentalité.

Enfin le système de santé doit se réorganiser pour affronter les contraintes des budgets tout en préservant la sécurité des femmes et des enfants par une politique périnatale très encadrée. Pour cela, il lui faudra sûrement accomplir quelques changements et il devra peut être s'inspirer des pays voisins afin de permettre aux sages-femmes de disposer de toutes leurs compétences.

# BIBLIOGRAPHIE

[1] Ministère.

*Le Plan de périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité*

[www.sante.gouv.fr/htm/actu/](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/), novembre 2004.

[2] Viviana. S.

*Comment Les Femmes accoucheront-elles demain ? Les graves insuffisances du plan périnatalité 2005-2007.*

[martinwinckler.com/IMG/pdf/SalomeViviana\\_Le\\_plan\\_perinatalite.pdf](http://martinwinckler.com/IMG/pdf/SalomeViviana_Le_plan_perinatalite.pdf)

[3] Naiditch. M.

*La Crise des maternités : les raisons d'une faillite prévisible.*

[www.esf-strasbourg.com/lesraisonsdunefailliteprevisible.html](http://www.esf-strasbourg.com/lesraisonsdunefailliteprevisible.html)

[4] Giraud. J.R.

*Propositions d'organisation de la prise en charge de la mère et de l'enfant sur le territoire.*

CNGOF (conseil national des gynécologues obstétriciens de France), avril 2003

[www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/MOPI\\_16.htm](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MOPI_16.htm)

[5] Richet-Mastain. L.

*Bilan démographique 2006 : un excédent naturel record.*

INSEE, numéro 1118, janvier 2007

[www.insee.fr/fr/ffc/ficdoc\\_frame.asp?ref\\_id=ip1118](http://www.insee.fr/fr/ffc/ficdoc_frame.asp?ref_id=ip1118)

[6] Etats généraux de la naissance.

*Quelle Naissance demain, une approche démocratique.*

septembre 2006.

[www.quellenaisancedemain.info](http://www.quellenaisancedemain.info)

[7] Blondel B., Grandjean H.

*Prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux-nés dans les grossesses à bas risques.*

J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998, 27

[8] Etats généraux de la naissance.

*Plate Forme de proposition en 40 points.*

CIANE : collectif inter associatif autour de la naissance, juin 2003.

<http://portail.naissance.asso.fr/etats-gen/plateforme.pdf>

[9] URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie.

*La Permanence des soins.*

[www.centre.assurance-maladie.fr/Permanence-des-soins.641.0.html](http://www.centre.assurance-maladie.fr/Permanence-des-soins.641.0.html)

[10] ONDPS : observatoire national de la démographie des professions de santé.

*Audition des gynécologues obstétriciens,*

[www.sante.gouv.fr/ondps/auditions/gyneco\\_obstetrique.htm](http://www.sante.gouv.fr/ondps/auditions/gyneco_obstetrique.htm)

[11] Conseil national de l'ordre des médecins.

*Les spécialités en crise situation au 1<sup>er</sup> janvier 2004.*

Etude n°37, 2004.

[www.web.ordre.medecin.fr/demographie/specrise.pdf](http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/specrise.pdf)

[12] ONSSF : organisation nationale des syndicats de sages-femmes.

*Manifeste des sages-femmes.*

avril 2003.

[www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/MOPI\\_19.htm](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MOPI_19.htm)

[13] Code de la Santé Publique.

Loi n° 82-413 du 19 mai 1982, Journal officiel de la république française du 20 mai 1982.

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

[14] Code de la Santé Publique.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, art. 101 Journal officiel de la république française du 11 août 2004.

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

[15] Bastianon M. L.

*La sage-femme : avenir du suivi prénatal, exemple de l'hôpital.*

Mémoire de fin d'études, Metz 2006.

[16] Code de la Santé Publique.

Décret 2003-85 du 30 janvier 2003 modifiant le décret 88-321 du 7 avril 1988.

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

[17] CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens français.

*Les Internes, les résidents et les chefs de clinique assistants s'insurgent contre le projet du DES de gynécologie médicale.*

février 2003.

[www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/MOPI\\_15.htm](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MOPI_15.htm)

[18] Sicart D.

*Les Médecins, estimation au 1<sup>er</sup> janvier 2006.*

DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Séries statistiques numéro 103, octobre 2006.

[www.sante.gouv.fr/dress/seriestat/pdf/seriestat103.pdf](http://www.sante.gouv.fr/dress/seriestat/pdf/seriestat103.pdf)

[19] Babin M.

*L'Accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales qui le pratiquent.*

Mémoire de fin d'études, Caen 2005.

[www.ansl.org/images/MemoireMarionBabin.pdf](http://www.ansl.org/images/MemoireMarionBabin.pdf)

[20] HAS : haute autorité de santé.

*Comment mieux informer les femmes enceintes.*

Recommandations professionnelles, avril 2005, pages 3-6 ; 10.

[21] Blondel B., Supernant K., Mazaubrun C., Bréart G.

*Enquête nationale périnatale 2003.*

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale, février 2005, pages 14 et 31.

[www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/enquete.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/enquete.pdf)

[22] Darriné S.

*Un Exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice.*

Les Publications de la DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, numéro 256, février 2002.

[23] Vernier M. H.

*Nancy au hit parade des naissances.*

L'Est Républicain, lundi 22 janvier 2007.

[24] Sicart D.

*Les Professions de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2007.*

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Séries statistiques numéro 108, mars 2007.

[www.sante.gouv.fr/dress/seriestat/pdf/seriestat108.pdf](http://www.sante.gouv.fr/dress/seriestat/pdf/seriestat108.pdf)

[25] Code de la Santé Publique.

Arrêté du 10 décembre 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et les caisses d'assurance maladie, Journal officiel de la république française du 19 décembre 2007, page 20429, texte numéro 27.

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

[26] Conseil National de l'Ordre des sages-femmes

*Nomenclature : liste des actes sages-femmes au 1<sup>er</sup> janvier 2004.*

[www.ordre-sages-femmes.fr/pro/exoprof/proexolib4.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/pro/exoprof/proexolib4.htm)

[27] Galley-Raulin F.

*L'Entretien prénatal individuel.*

2006.

[www.cnsf.asso.fr/images/5emejournee/entretien%20prenatal%20individuel%20Fabienne%20GALLEY.pdf](http://www.cnsf.asso.fr/images/5emejournee/entretien%20prenatal%20individuel%20Fabienne%20GALLEY.pdf)

[28] Noël A. L.

*Perception actuelle de la profession de sage-femme par la primigeste.*

Mémoire de fin d'études, Caen 2005.

[www.ansl.org/images/MemoireALNoel.pdf](http://www.ansl.org/images/MemoireALNoel.pdf)

[29] HAS : haute autorité de santé.

*Conditions de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé.*

Projet de recommandations HAS en collaboration avec l'ONDPS soumis à la consultation publique, décembre 2007, page 19.

[www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation\\_pros\\_projet\\_recommandation.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_projet_recommandation.pdf)

[30] Herry M., Baudier F.

*Maison médicale pluridisciplinaire : aide à l'élaboration d'un projet.*

URCAM : union nationale des caisses d'assurance maladie, page 11.

[www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-COMTE/publications/docs/MMP.pdf](http://www.urcam.org/fileadmin/FRANCHE-COMTE/publications/docs/MMP.pdf)

[31] Sicart D.

*Les professions de santé au 1<sup>er</sup> Janvier 2006.*

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Séries statistiques numéro 97, mai 2006

[www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat97.pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat97.pdf)

[32] Sicart D.

*Les professions de santé au 1<sup>er</sup> Janvier 2005.*

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Séries statistiques numéro 82, avril 2005.

[www.sante.gouv.fr/dress/seriestat/pdf/seriestat82.pdf](http://www.sante.gouv.fr/dress/seriestat/pdf/seriestat82.pdf)

[33] Sicart D.

*Les professions de santé au 1<sup>er</sup> Janvier 2004.*

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Séries statistiques numéro 68, juillet 2004.

[www.sante.gouv.fr/dress/seriestat/pdf/seriestat68.pdf](http://www.sante.gouv.fr/dress/seriestat/pdf/seriestat68.pdf)

[34] Lavillonnière J.

*L'Accompagnement global de la naissance.*

2002.

[www.ansl.org/images/affichewebvisu.jpg](http://www.ansl.org/images/affichewebvisu.jpg)

[35] Code de la Santé Publique.

Article L714-36 de la loi 91-748 du 31 Juillet 1991 modifiée par l'ordonnance numéro 2005-406 du 2mai 2005 article L6146-10, Journal officiel de la république française du 3 Mai 2005.

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

[36] Viossat P., Pons J. C.

*Maisons de naissance : revue de la littérature.*

J. Gynecol Obstet Biol Reprod, pages 680-687, 2001

[www.ansl.org/images/revuelitteraturemdn.pdf](http://www.ansl.org/images/revuelitteraturemdn.pdf)

[37] Mikelic T.

*Accompagnement des femmes enceintes à bas risque obstétrical en France et au Royaume-Uni.*

Les Dossiers de l'obstétrique, pages 28 à 34, numéro 369, mars 2007.

[38] Viossat P., Dumitru-Daubigny L., Baudevin C., Pons J.C.

*Pour ou Contre Les Maisons de naissance : enquête auprès des praticiens de l'Isère.*

J. Gynecol Obstet Biol Reprod, volume 30, numéro 7, 2001

[www.ansl.org/images/pouroucontrelesmdn.pdf](http://www.ansl.org/images/pouroucontrelesmdn.pdf)

Chavane F.

*Au Service de la vie.*

Vies de famille, le magazine de votre CAF, octobre 2007.

Clin A.

*La Consultation prénatale par une sage-femme.*

Les Dossiers de l'obstétrique, numéro 301, janvier 2002.

Elbaum M.

*Enjeux économiques des coopérations entre professionnels de santé.*

HAS : haute autorité de santé, rapport du groupe de travail, pages 97-109.

[www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation\\_pros\\_rapport\\_eco.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_eco.pdf)

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques.

*Bilan démographique 2007 : naissances et fécondité,*

janvier 2008.

[www.insee.fr/fr/ffc/pop\\_age4.htm](http://www.insee.fr/fr/ffc/pop_age4.htm)

Lavillonnière J.

*Rôle respectif de la sage-femme et du médecin dans l'accompagnement de la grossesse et dans l'accueil du nouveau-né.*

Les Dossiers de l'obstétrique, numéro 276, octobre 1999.



Ministère.

*Comité de suivi du diplôme d'études spécialisées de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale.*

Dossier de presse, mai 2000.

[www.sante.gouv.fr/htm/actu/gyneco/sommaire.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/gyneco/sommaire.htm)

Ministère de la santé.

*Vingt Propositions pour une politique périnatale.*

Chapitre 11.

[www.sante.gouv.fr/htm/actu/20\\_propositions/sommaire.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/20_propositions/sommaire.htm)

Seguin C.

*Ambiguïté du statut de la sage-femme.*

Les Dossiers de l'obstétrique, numéro 343, novembre 2005.

Teurnier F.

*La Sage-femme et la consultation prénatale : enquête nationale sur la consultation prénatale.*

Les Dossiers de l'obstétrique, numéro 301, janvier 2002.

Vilain A., Scheidegger S.

*Etudes et résultats : disparités sociales et surveillance de grossesse.*

DREES : direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques, numéro 552, janvier 2007.

[www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/](http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/)

# TABLE DES MATIERES

<b>Remerciements .....</b>	<b>3</b>
<b>Sommaire .....</b>	<b>4</b>
<b>Préface.....</b>	<b>7</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>8</b>
<b>Première partie : Contexte politico socio-économique .....</b>	<b>9</b>
<b>1.La société actuelle.....</b>	<b>10</b>
1.1. La politique périnatale.....	10
1.1.1. Vers un fonctionnement en réseau .....	10
1.1.2. Un besoin accru en personnel .....	11
1.1.3. La prise en compte des usagers.....	12
1.1.4. Le souci d'économie des dépenses .....	12
1.1.5. Discussion autour du plan de périnatalité .....	12
1.2. Une crise organisationnelle et financière .....	13
1.2.1. La fermeture des maternités .....	13
1.2.2. Bilan limité des réseaux de périnatalité .....	14
La mise en place des réseaux .....	14
La faiblesse des réseaux .....	14
1.3. La reprise de la natalité .....	15
1.4. L'expression des usagers .....	15
<b>2.Du point de vue des professionnels.....</b>	<b>17</b>
2.1. Une crise démographique, des professions délaissées .....	17
2.1.1. La permanence des soins.....	17
2.1.2. La répartition inégale des professionnels.....	17
2.1.3. Le repos de sécurité.....	18
2.1.4. Les trente-cinq heures .....	18
2.2. La crise de la responsabilité médicale et des assurances .....	18
2.2.1. L'augmentation des primes individuelles.....	18
2.2.2. Les assurances privées, le problème de la responsabilité civile et des assurances des sages-femmes.....	19
2.3. La valorisation des professionnels .....	19
2.3.1. Les compétences des sages-femmes .....	19
La loi de 1982 .....	19
La loi de 2004 .....	19
Vers une reconnaissance des études.....	20
2.3.2. Les gynécologues obstétriciens.....	21
Gynécologie médicale, gynécologie obstétrique.....	21
La féminisation de la profession .....	21
2.3.3. Les médecins généralistes .....	22
2.4. Les recommandations professionnelles.....	23
2.5. Conclusion .....	23



2.2.2.	D'un point de vue budgétaire .....	57
2.2.3.	En milieu rural .....	58
2.2.4.	L'installation des sages-femmes libérales .....	59
2.3.	Le suivi global.....	60
2.3.1.	Définition .....	60
2.3.2.	L'accès aux plateaux techniques.....	60
2.3.3.	Les maisons de naissance.....	61
<b>Conclusion.....</b>		<b>63</b>
<b>Bibliographie .....</b>		<b>64</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>		<b>72</b>
<b>Annexe 1.....</b>		<b>I</b>
<b>annexe 2.....</b>		<b>II</b>
<b>Annexe 3.....</b>		<b>VI</b>
<b>Annexe 4.....</b>		<b>X</b>
<b>Annexe 5.....</b>		<b>XV</b>
<b>Annexe 6.....</b>		<b>XVII</b>

# ANNEXE 1

**Tableau F8 - Indicateur conjoncturel de fécondité et taux de reproduction (pour 100 femmes), France entière**

Année	Total	Nombre de naissances pour 100 femmes, par groupe d'âges						Âge moyen des mères (1)	Taux de reproduction	
		15 - 19 ans	20 - 24 ans	25 - 29 ans	30 - 34 ans	35 - 39 ans	40 ans ou plus		Brut	Net
1994	168,25	4,15	29,55	64,50	46,85	18,98	4,22	28,8	82,1	80,9
1995	173,00	4,06	28,65	65,83	50,00	20,06	4,40	28,9	84,5	83,4
1996	175,02	4,02	27,93	65,52	51,87	21,07	4,61	29,0	85,2	84,1
1997	174,47	4,01	27,38	64,15	52,45	21,65	4,83	29,1	84,9	83,9
1998	177,90	4,00	27,04	64,61	54,31	22,84	5,10	29,3	86,8	85,7
1999	180,88	4,22	27,65	64,49	55,50	23,71	5,31	29,3	88,1	87,1
2000	189,30	4,53	28,83	66,60	58,39	25,19	5,76	29,3	92,2	91,2
2001	189,48	4,71	29,31	65,54	58,24	25,73	5,95	29,3	92,6	91,5
2002	188,03	4,58	28,41	64,86	58,07	26,07	6,04	29,4	91,8	90,8
2003	189,09	4,40	28,02	64,55	59,30	26,51	6,31	29,5	92,4	91,5
2004	191,59	4,45	28,22	64,66	60,42	27,29	6,55	29,5	93,4	92,5
2005	194,25	4,39	28,11	64,28	62,14	28,40	6,93	29,7	94,8	93,9
2006	200,38	4,33	28,75	65,42	64,58	30,09	7,21	29,7	97,8	96,9
2007 (p)	197,51	4,13	27,52	63,58	64,30	30,43	7,55	29,8	96,4	95,5

Champ : France entière (France métropolitaine + DOM)

(1) Âge moyen calculé à partir des taux de fécondité

(p) Résultats provisoires

**Tableau 6 - Naissances par rang, France métropolitaine**

Année	Ensemble des naissances	Enfants nés hors mariage		Enfants nés dans le mariage (1)		
		Effectifs	%	Ensemble	Rang 1	Rang 2 ou plus
1980	800 376	91 115	11,4	709 261	313 401	395 860
1985	768 431	150 492	19,6	617 939	260 490	357 449
1990	762 407	229 107	30,1	533 300	228 868	304 432
1995	729 609	274 210	37,6	455 399	200 243	255 156
2000	774 782	330 115	42,6	444 667	203 399	241 268
2001	770 945	337 007	43,7	433 938	208 867	225 071
2002	761 630	337 122	44,3	424 508	211 575	212 933
2003	761 464	344 218	45,2	417 246	213 075	204 171
2004	767 816	356 326	46,4	411 490	210 818	200 672
2005	774 355	366 794	47,4	407 561	207 915	199 646
2006	796 896	394 548	49,5	402 348	203 973	198 375
2007 (p)	783 500	.	.	.	.	.

Champ : France métropolitaine

(1) Pour les enfants nés dans le mariage, il s'agit du rang dans le mariage actuel.

(p) Résultats provisoires

## ANNEXE 2

Madame,

Dans le cadre de mon mémoire "**le suivi des grossesses physiologiques par les sages-femmes en Lorraine**", je vous adresse ce questionnaire.

L'objectif de ce questionnaire est de recenser les établissements qui proposent des consultations prénatales réalisées par des sages-femmes, et de connaître l'organisation du suivi prénatal en Lorraine.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

### **I. Généralités**

1. Quel est le nombre de naissance dans votre établissement ?
  - <500
  - 500 à 700
  - 700 à 1000
  - 1000 à 2000
  - 2000 à 3000
  - + de 3000
  
2. Niveau de la maternité :
  - 1
  - 2A
  - 2B
  - 3
  
3. Quel est le nombre total de sages-femmes à la maternité ? \_\_\_\_\_
  
4. Combien de gynécologues-obstétriciens comptez-vous ? \_\_\_\_\_
  
5. Quelle est la moyenne d'âge des gynécologues-obstétriciens ?
  - 30-40 ans
  - 40-50 ans
  - 50-60 ans
  
6. Dans votre service, les sages-femmes font-elles des consultations prénatales ?
  - Oui (passez à la question II.1)
  - Non (répondez uniquement aux questions 7 et 8)
  
7. Si non, pourquoi ?
  - Les effectifs sont insuffisants
  - Les postes ne sont pas financés
  - Opposition des sages-femmes
  - Opposition des gynécologues-obstétriciens
  - Autre : précisez \_\_\_\_\_

8. Avez-vous, dans un avenir proche, le projet de mettre en place des consultations prénatales faites par des sages-femmes ?

Oui

Non

Si oui, précisez les moyens mis en œuvre :

---

---

---

## II. L'organisation des consultations prénatales

1. Depuis quelle année les sages-femmes assurent-elles le suivi de grossesse ? \_\_\_\_\_

2. Combien de sages-femmes assurent les consultations prénatales ? \_\_\_\_\_

3. En équivalent temps plein, combien de sages-femmes assurent les consultations ? \_\_\_\_\_

4. Ont-elles bénéficié d'une formation particulière ?

Oui

Non

Précisez :

---

---

---

5. Comment organisez-vous les plannings ?

Les sages-femmes sont affectées au service de consultations externes

Les sages-femmes sont affectées aux différents services (bloc technique, secteur mère-enfant, .....)

Les sages-femmes font en alternance de la préparation à la naissance et à la parentalité et des consultations prénatales

Autre : précisez \_\_\_\_\_

6. quelles sont les plages horaires consacrées par les sages-femmes pour faire les consultations prénatales ?

Lundi matin

Mardi matin

Mercredi matin

Jeudi matin

Vendredi matin

Toute la semaine (du lundi au vendredi)

Lundi après-midi

Mardi après-midi

Mercredi après-midi

Jeudi après-midi

Vendredi après-midi

Précisez les horaires : \_\_\_\_\_

Comment s'organise le suivi d'une patiente ayant une grossesse physiologique ?

- Le suivi est assuré exclusivement par la sage-femme
- Le suivi est assuré par la sage-femme et le gynécologue-obstétricien en alternance, précisez : (une consultation sur deux, autre organisation)  
\_\_\_\_\_
- En début de grossesse, la patiente choisit le praticien/ la sage-femme qui assurera le suivi de sa grossesse\*
- Autre organisation, précisez :  
\_\_\_\_\_

\* Si vous avez coché l'item 3, la patiente choisit-elle spontanément d'être suivie par une sage-femme ?

- Oui
- Non

8. En général quelle est la durée d'une consultation prénatale (hors EPI) ?

- par les gynécologues-obstétriciens

- 10 à 15 minutes
- 15 à 20 minutes
- 20 à 30 minutes
- 30 minutes et plus

- par les sages-femmes (hors entretien prénatal individuel)

- 10 à 15 minutes
- 15 à 20 minutes
- 20 à 30 minutes
- 30 minutes et plus

9. Quel est le rythme des consultations prénatales pour une grossesse physiologique ?

- Une consultation par mois
- Une consultation toutes les deux semaines
- Une consultation toutes les deux semaines à partir du dernier trimestre
- Autre : précisez :  
\_\_\_\_\_

### III. Quelques statistiques

1. Combien de femmes ayant une grossesse physiologique sont-elles suivies à la maternité ? \_\_\_\_\_

2. Quel est le pourcentage de consultations prénatales faites par les sages-femmes (par rapport au pourcentage de consultations faites par les gynécologues-obstétriciens) ?

- Moins de 25% des consultations sont faites par les sages-femmes
- 25 à 50% des consultations sont faites par les sages-femmes
- 50 à 75% des consultations sont faites par les sages-femmes
- Plus de 75% des consultations sont faites par les sages-femmes



3. Depuis la mise en place des consultations prénatales, ce pourcentage a-t-il évolué ?

- Oui, il a augmenté : les sages-femmes font de plus en plus de consultations
- Oui, il a augmenté il y a quelques années mais depuis il n'évolue plus : il n'y a pas d'augmentation d'effectif et les créneaux définis sont complets
- Oui, il a diminué : les sages-femmes font de moins en moins de consultations prénatales au profit d'autres activités : préparation à la naissance, entretien prénatal individuel, consultations postnatales.
- Non, il reste constant

Vos remarques :

---

---

---

---

---

---

## ANNEXE 3

Objet : mémoire d'étudiante sage-femme

Madame,

Dans le cadre de mon mémoire "**le suivi des grossesses physiologiques par les sages-femmes en Lorraine**", je vous adresse ce questionnaire.

L'objectif de ce questionnaire est de recenser les établissements qui proposent des consultations prénatales réalisées par des sages-femmes, et de connaître l'organisation du suivi prénatal en Lorraine.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

### **I. Généralités**

9. Quel est le nombre total de sages-femmes dans votre centre ? \_\_\_\_\_

10. Combien de gynécologues-obstétriciens comptez-vous ? \_\_\_\_\_

11. Quelle est la moyenne d'âge des gynécologues-obstétriciens ?

- 30-40 ans
- 40-50 ans
- 50-60 ans

12. Dans votre centre, les sages-femmes font-elles des consultations prénatales ?

- Oui (passez à la question II.1)
- Non (répondez uniquement aux questions 7 et 8)

13. Si non, pourquoi ?

- Les effectifs sont insuffisants
- Les postes ne sont pas financés
- Opposition des sages-femmes
- Opposition des gynécologues-obstétriciens
- Autre : précisez \_\_\_\_\_

14. Avez-vous, dans un avenir proche, le projet de mettre en place des consultations prénatales faites par des sages-femmes ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez les moyens mis en œuvre :

---

---

---

## II. L'organisation des consultations prénatales

2. Depuis quelle année les sages-femmes assurent-elles le suivi de grossesse ?  
\_\_\_\_\_

3. Combien de sages-femmes assurent les consultations prénatales ? \_\_\_\_\_

4. En équivalent temps plein, combien de sages-femmes assurent les consultations ? \_\_\_\_\_

5. Ont-elles bénéficié d'une formation particulière ?

Oui

Non

Précisez :

---

---

---

6. Comment organisez-vous les plannings ?

Les sages-femmes sont affectées au service de consultations externes

Les sages-femmes font en alternance de la préparation à la naissance et à la parentalité et des consultations prénatales

Autre : précisez \_\_\_\_\_

7. quelles sont les plages horaires consacrées par les sages-femmes pour faire les consultations prénatales ?

Lundi matin

Mardi matin

Mercredi matin

Jeudi matin

Vendredi matin

Toute la semaine (du lundi au vendredi)

Lundi après-midi

Mardi après-midi

Mercredi après-midi

Jeudi après-midi

Vendredi après-midi

Précisez les horaires : \_\_\_\_\_

7. Comment s'organise le suivi d'une patiente ayant une grossesse physiologique ?

Le suivi est assuré exclusivement par la sage-femme

Le suivi est assuré par la sage-femme et le gynécologue-obstétricien en alternance, précisez : (une consultation sur deux, autre organisation)  
\_\_\_\_\_

En début de grossesse, la patiente choisit le praticien/ la sage-femme qui assurera le suivi de sa grossesse\*

Autre organisation, précisez :  
\_\_\_\_\_

\* Si vous avez coché l'item 3, la patiente choisit-elle spontanément d'être suivie par une sage-femme ?

Oui

Non

9. En général quelle est la durée d'une consultation prénatale ?  
- par les gynécologues-obstétriciens
- 10 à 15 minutes
  - 15 à 20 minutes
  - 20 à 30 minutes
  - 30 minutes et plus
- par les sages-femmes (hors entretien prénatal individuel)
- 10 à 15 minutes
  - 15 à 20 minutes
  - 20 à 30 minutes
  - 30 minutes et plus

10. Quel est le rythme des consultations prénatales pour une grossesse physiologique ?
- Une consultation par mois
  - Une consultation toutes les deux semaines
  - Une consultation toutes les deux semaines à partir du dernier trimestre
  - Autre : précisez :
- 

10. Comment vous organisez-vous pour la consultation d'anesthésie ?
- Prise de rendez-vous dans l'établissement où souhaite accoucher la patiente
  - Consultation en libéral
  - Autre : précisez :
- 

11. Comment s'organise le transfert d'une patiente dans l'établissement où elle souhaite accoucher ?
- Consultation du 9<sup>ème</sup> mois dans l'établissement souhaité
  - Dossier identique à l'établissement choisi, et transfert du dossier dans le 9<sup>ème</sup> mois

Autre organisation : précisez :

---

---

### **III. Quelques statistiques**

1. Combien de femmes ayant une grossesse physiologique sont-elles suivies dans votre centre ? \_\_\_\_\_
4. Quel est le pourcentage de consultations prénatales faites par les sages-femmes (par rapport au pourcentage de consultations faites par les gynécologues-obstétriciens) ?
- Moins de 25% des consultations sont faites par les sages-femmes
  - 25 à 50% des consultations sont faites par les sages-femmes
  - 50 à 75% des consultations sont faites par les sages-femmes
  - Plus de 75% des consultations sont faites par les sages-femmes

5. Depuis la mise en place des consultations prénatales, ce pourcentage a-t-il évolué ?

- Oui, il a augmenté : les sages-femmes font de plus en plus de consultations
- Oui, il a augmenté il y a quelques années mais depuis il n'évolue plus : il n'y a pas d'augmentation d'effectif et les créneaux définis sont complets
- Oui, il a diminué : les sages-femmes font de moins en moins de consultations prénatales au profit d'autres activités : préparation à la naissance, entretien prénatal individuel, consultations postnatales.
- Non, il reste constant

Vos remarques :

---

---

---

---

---

---

# ANNEXE 4

Objet : mémoire d'étudiante sage-femme

Madame,

Dans le cadre de mon mémoire "**le suivi des grossesses physiologiques par les sages-femmes en Lorraine**", je vous adresse ce questionnaire.

L'objectif de ce questionnaire est de recenser les sages-femmes libérales qui pratiquent les consultations prénatales et de connaître l'organisation du suivi prénatal.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

## **I. Généralités**

15. Depuis quelle année êtes-vous installée en libéral ? \_\_\_\_\_

16. quelles sont vos activités ?

- préparation à la naissance et à la parentalité
- consultations prénatales
- massage bébé
- consultations postnatales
- rééducation périnéale
- autre : précisez : \_\_\_\_\_

17. Quelle est votre principale activité ?

- préparation à la naissance et à la parentalité
- consultations prénatales
- massage bébé
- consultations postnatales
- rééducation périnéale
- autre : précisez : \_\_\_\_\_

18. Votre principale activité représente

- Moins de 50 % de votre temps de travail total
- 50 à 60 % de votre temps de travail total
- 60 à 70 % de votre temps de travail total
- 70 à 80 % de votre temps de travail total
- Plus de 80 % de votre temps de travail total

## **II. Les consultations prénatales**

• Si vous ne réalisez pas de consultations prénatales :

1. Pour quelles raisons ne réalisez-vous pas de consultations prénatales ?

- Vous n'avez pas de demande
- Vous n'avez pas de temps
- La rémunération est insuffisante par rapport au temps passé
- Les consultations représentent trop de responsabilités
- Vous n'avez pas d'accès aux blocs techniques, le suivi global n'est donc pas possible
- Autres raisons : précisez :

---

---

---

2. Pensez-vous faire des consultations prénatales à l'avenir ?

- Oui
- Non

Si oui, quels sont les moyens nécessaires à la mise en place du suivi prénatal ?

---

---

---

3. Pensez-vous que la création de maison de la naissance pourriez-vous inciter à faire des consultations obstétricales ?

- Oui
- Non

Expliquez :

---

---

---

---

• Si vous réalisez des consultations prénatales :

1. Depuis quelle année faites-vous des consultations prénatales ? \_\_\_\_\_

2. En moyenne, combien de patientes ayant une grossesse physiologique, suivez-vous chaque année ? \_\_\_\_\_

3. Combien de consultations prénatales faites-vous sur une année ?

- <10
- 10- 20
- 20- 30
- 30-50
- 50-80
- 80-100
- 100-150
- 150-250
- 250-400
- >400

### III. L'organisation

11. Comment s'organise votre temps de travail ?

- Journée(s) exclusivement réservée(s) aux consultations prénatales : précisez le nombre de journée : \_\_\_\_\_
- Créneaux horaires spécifiques (exemple : mardi de 9h à 12h)
- Quelques consultations dans la semaine (pas de créneaux spécifiques)
- Autre organisation précisez :

---

---

---

12. En moyenne, combien d'heures par semaine consacrez-vous aux consultations prénatales ?

- Moins de 2 heures
- 2 à 4 heures
- 4 à 6 heures
- 6 à 8 heures
- Plus de 8 heures

13. Seriez vous prête à consacrer plus d'heures au suivi obstétrical ?

- Oui
- Non

14. Aujourd'hui pourquoi ne pouvez-vous pas consacrer plus d'heures aux consultations prénatales ?

- Vous n'avez pas de demande
- Vous n'avez pas de temps
- La rémunération est insuffisante par rapport au temps passé
- Les consultations représentent trop de responsabilités
- Vous n'avez pas d'accès aux blocs techniques
- Autres raisons : précisez

---

---

---

15. En général quelle est la durée d'une consultation prénatale (hors EPI) ?

- 10 à 15 minutes
- 15 à 20 minutes
- 20 à 30 minutes
- 30 minutes et plus

16. Quel est le rythme des consultations prénatales pour une grossesse physiologique ?

- Une consultation par mois
- Une consultation toutes les deux semaines
- Une consultation toutes les deux semaines à partir du dernier trimestre
- Autre : précisez :

---



17. Comment vous organisez-vous pour la consultation d'anesthésie ?
- Prise de rendez-vous dans l'établissement où souhaite accoucher la patiente
  - Consultation en libéral
  - Autre : précisez :
- 

8. Comment s'organise le transfert d'une patiente dans l'établissement où elle souhaite accoucher ?
- Consultation du 9<sup>ème</sup> mois dans l'établissement souhaité
  - Dossier identique à l'établissement choisi, et transfert du dossier dans le 9<sup>ème</sup> mois
  - Autre organisation : précisez :
- 
- 
- 

#### IV. En vue du suivi global

1. Une femme suivie dans votre cabinet pourra :
- Faire sa préparation à la naissance et à la parentalité
  - Faire la rééducation périnéale
  - Avoir sa consultation postnatale
  - Etre accouchée par vous-même dans un établissement
  - Accoucher à domicile
2. Seriez-vous favorable à l'accès aux blocs techniques ou à la création de maisons de naissances ?
- Oui
  - Non
3. Selon vous, l'accès aux blocs techniques ou la création de maisons de naissances :
- Serait le moyen d'une meilleure reconnaissance de la profession de sage-femme
  - est un élément important pour le devenir des sages-femmes libérales
  - Serait la finalité du suivi prénatal
  - Ne changerait rien

Vos remarques :

---

---

---

---

---



ANNEXE 5



ACTIVITÉS

SUIVI DE GROSSESSE	C
ECHOGRAPHIES	US
SURVEILLANCE DE GROSSESSE PATHOLOGIQUE (à domicile)	SGP
MONITORING	MNT
PREPARATION A LA NAISSANCE	PREP
ACCOUCHEMENT	ACC
SUITES DE COUCHES A DOMICILE	SC
SOUTIEN ALLAITEMENT	ALL
CONSULTATION POST NATALE (si accouchement normal)	CPOST
REEDUCATION PERINEO SPHINCTERIEENNE	RPS

## Coordonnées des Sages Femmes libérales et activité

### NANCY

**Mme BOGENSCHUTZ Jacqueline**  
50 Rue Jacquard  
☎ 03 83 35 25 45

**Mme HAMLIN Sandrine**  
Polyclinique Majorelle  
1240 Avenue Pinchard BP 2049  
☎ 03 83 94 43 59 ou 06 61 99 70 37  
✉ sandrine.hamlin@yahoo.fr

**Mme JEANVOINE Christiane**  
167 Rue de Mon Désert  
☎ 03 83 40 66 34  
✉ cjeanvoine@wanadoo.fr

**Mme THEVENON Marie-Odile**  
Polyclinique Majorelle  
1240 Avenue Pinchard BP 2049  
☎ 03 83 94 43 60 ou 06 09 43 82 09  
✉ thevenon.marieodile@wanadoo.fr

**Mme THEVENON Christine**  
Polyclinique Majorelle BP 2049  
1240 Avenue Pinchard  
☎ 03 83 94 43 60 ou 06 15 98 60 09  
✉ thevenon.christine2@wanadoo.fr

**Mme WEBER Elsa**  
65 Rue des 4 Eglises  
☎ 03 83 17 32 03  
✉ elsa.weber@free.fr

**Mme LACAVE Brigitte**  
65 Rue des 4 Eglises  
☎ 0032497407073 ou 003263571903  
*Accouchements à domicile possibles*

### JARVILLE LA MALGRANGE

**Mme HUON Marie-José**  
97 Rue du Maréchal Ney  
☎ 03 83 53 23 30 ou 06 71 98 95 30  
✉ mj-huon@wanadoo.fr

### VILLERS LES NANCY

**Mme THIEBAUT Marianne**  
152 Rue des Potiers  
☎ 03 83 40 47 94 ou 06 24 34 89 77  
✉ marianne@thiebaut.info

### ACTIVITES

C / PREP/ACC  
SC/ALL/CPOST  
RPS

PREP / SC  
ALL

C / SGP/ MNT  
PREP/ACC/SC  
ALL /CPOST

PREP / SC/ALL

PREP / SC / ALL

C / MNT/ PREP  
SC / ALL/ACC  
CPOST/ RPS

C / SGP/ACC  
SC/ ALL/CPOST  
RPS

C/SGP/MNT  
PREP/SC/ALL  
CPOST/RPS

SGP/MNT/PREP  
SC/ALL/CPOST  
RPS

### SAINT MAX

**Mme CUIRIN Evelyne**  
1,3 Avenue Carnot  
☎ 03 83 18 22 29 ou 06 07 58 75 23  
✉ evelyne.cuirin@laposte.net

### LUNÉVILLE

**Mme BERRIER Nicole**  
12 Bis rue de Sarrebourg  
☎ 03 83 73 25 03  
✉ nicoleberrier@wanadoo.fr

### PONT A MOUSSON

**Mme HARDY Stéphanie**  
224 Rue Bois Le Prêtre Bât. A  
☎ 03 83 82 15 66 ou 06 74 52 92 08  
✉ steph.hardy@wanadoo.fr

### TOUL

**Mme GRAFF Martine**  
65 Allée Gaumiron  
☎ 03 83 43 13 02 ou 06 72 43 89 30  
✉ martinegraff@orange.fr

**Mme LOMBARD Fanny**  
2 Rue des Lombards  
☎ 03 83 62 75 84 ou 06 84 46 26 03  
✉ fanny.ubrich@wanadoo.fr

### LUDES

**Mme FIORINI Laurence**  
75 boulevard des Technologies  
☎ 06 16 79 42 10  
✉ Lau.fio@aliceadsl.fr

### BRIEY

**Mme GUILLAUME Laurence**  
15 Rue Albert de Briey  
☎ 03 82 22 50 65

**Mme BENAROUS Marie**  
15 Rue Albert de Briey  
☎ 06 27 65 27 77  
✉ mariebenarous@yahoo.fr

### LONGWY

**Mme ANGELI Isabelle**  
4 Rue Alfred Mézières  
☎ 03 82 25 68 95  
✉ isabelle.angeli.sage-femme@orange.fr

### ACTIVITES

C / SGP/MNT/ PREP  
ACC/ SC/ ALL/CPOST  
RPS

C / SGP/ MNT/ PREP  
ALL/ RPS

C / SGP/ MNT/ PREP  
SC/ ALL/ CPOST/ RPS

C / SGP/ MNT/ PREP  
SC/ ALL/ CPOST  
RPS

C / SGP/ MNT/ PREP  
SC/ ALL/ CPOST/ RPS

U

PREP/ SC/ ALL/ RP

PREP/ SC/ ALL / RP

PREP/ ALL/ RP

## Les Sages-Femmes peuvent :

Diagnostiquer et déclarer ma grossesse

Suivre ma grossesse en consultation

Pratiquer les échographies

Prescrire les examens (laboratoires, échographie, radio) et les médicaments nécessaires

Me préparer à la naissance (seule ou en couple)

Surveiller ma grossesse à domicile (si elle pose problème)

Me surveiller et m'accompagner lors de mon accouchement

Me conseiller et m'aider pour l'allaitement et l'alimentation de mon enfant

Continuer les soins et la surveillance pour moi et mon enfant après la naissance à mon domicile

Effectuer la visite post natale si ma grossesse et l'accouchement n'ont pas posé de problèmes

Pratiquer la rééducation périnéale

Répondre à mes questions concernant la sexualité et la contraception

**Tous les actes médicaux réalisés par les sages femmes conventionnées sont remboursés par la Sécurité sociale**

## Où accoucher ?

### LISTE DES CENTRES DE NAISSANCE

- ❖ **MATERNITE REGIONALE A. PINARD**  
10 Rue du Docteur Heydenreich  
54000 NANCY  
☎ 03 83 34 44 44 ☎ 03 83 34 44 10
- ❖ **POLYCLINIQUE MAJORELLE**  
1240 Avenue Pinchard  
54100 NANCY  
☎ 0 890 655 655 ☎ 03 83 94 43 35  
mail : contact@majorelle.org
- ❖ **CENTRE HOSPITALIER DE LUNÉVILLE**  
2 Rue Level  
54301 LUNÉVILLE CEDEX  
☎ 03 83 76 12 12  
mail : accueil@ch-Luneville.fr
- ❖ **CENTRE HOSPITALIER ST CHARLES DE TOUL**  
1 Cours Raymond Poincaré  
54201 TOUL CEDEX  
☎ 03 83 62 20 20 ☎ 03 83 62 21 60
- ❖ **ASSOCIATION HOSPITALIERE DU BASSIN DE LONGWY**  
4 Rue Alfred Labbé  
54350 MONT ST MARTIN  
☎ 0 891 397 024 ☎ 03 82 44 74 40  
Service Gynéco-obstétrique : ☎ 03 82 44 73 90
- ❖ **CENTRE HOSPITALIER DE BRIEY**  
31 Rue Albert de Briey  
☎ 03 82 47 50 50 ☎ 03 82 47 50 98

### INFORMATIONS complémentaires

Pour connaître vos droits et prestations sociales, vous avez la possibilité de consulter le site internet : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) rubrique "assurés", droits et démarches "vous allez avoir un enfant"

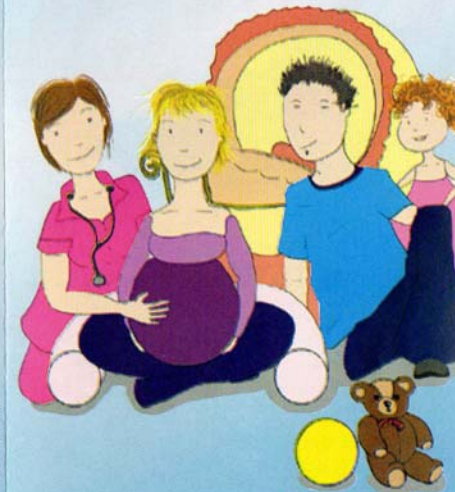


Illustration Laure Abensur - [www.lesasmalad.com](http://www.lesasmalad.com)

Sages-Femmes Libérales  
de Meurthe-et-Moselle



Pour faire suivre votre grossesse par votre Sage-Femme, contactez la dès le début du premier trimestre

Vous pouvez la rencontrer :

- ◆ A la maternité, dans le service de consultations
- ◆ Dans un centre périnatal de proximité
- ◆ Dans un cabinet libéral

Brochure réalisée par  
Marie-Laure BASTIANON  
Elève sage-femme 4ème année  
Mai 2006

Source de l'image :  
<http://darthseethus.canalblog.com/>

**LA SAGE-FEMME**

**Votre alliée médicale  
vous accompagne**

**dès le début  
de votre grossesse**

## Avant la naissance

- ◆ 7 examens sont obligatoires le premier examen permet de diagnostiquer et de déclarer la grossesse, il doit avoir lieu avant la fin du 3<sup>ème</sup> mois de grossesse
- ◆ 3 échographies sont recommandées pendant la grossesse afin de vérifier son bon déroulement
- ◆ 8 séances de préparation à la naissance sont proposées dont un premier entretien précoce et individuel et 7 séances en groupe

## La naissance

L'accouchement est effectué par une sage-femme ou un médecin à la maternité ou à domicile plus rarement

## Après la naissance

- ◆ quelques jours passés à la maternité ou à domicile avec la visite d'une sage-femme permettent de s'assurer du bon déroulement du **post-partum**, d'accompagner l'allaitement, de vous expliquer les soins de votre bébé, de vous informer sur la contraception...
- ◆ l'examen post-natal, 8 semaines après l'accouchement consiste en un examen gynécologique
- ◆ la rééducation périnéale prévient les troubles urinaires. Elle sera effectuée au-delà de 3 mois après l'accouchement

# LA SAGE-FEMME

Elle est la spécialiste de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum physiologiques

## Le suivi de grossesse

La **sage-femme** réalise les consultations dès le début de la grossesse, s'assure de votre santé et de celle de votre enfant, effectue votre déclaration de grossesse, prescrit les examens et médicaments nécessaires. Elle réalise parfois les échographies de votre grossesse. Elle dépiste toutes les anomalies et vous oriente, si besoin vers un obstétricien. Elle vous consacre un temps suffisant afin de vous informer, de répondre à vos questions et de vous écouter

## La préparation à la naissance

La **sage-femme** accompagne votre couple pendant cette aventure bouleversante en vous informant et vous conseillant pour préparer physiquement et psychologiquement l'arrivée de votre enfant

## L'accouchement

La **sage-femme** est qualifiée pour accompagner et prendre en charge les naissances ne présentant pas de difficulté. En cas de problème, elle fait appel à l'obstétricien

## Les suites de couches

La **sage-femme** s'assure de votre bonne santé ainsi que de celle de votre bébé pendant votre séjour à la maternité ou en vous rendant visite à domicile si vous en avez fait le choix. Elle vous accompagne dans votre récupération psychologique

## L'allaitement

La **sage-femme** vous conseille et vous soutient tout au long de votre allaitement

## La contraception

La **sage-femme** vous guide dans le choix d'une méthode contraceptive après votre accouchement et vous la prescrit

## La visite post-natale

La **sage-femme** effectue l'examen post-natal si la grossesse et l'accouchement se sont déroulés normalement

## La rééducation périnéale

La **sage-femme** assure la rééducation périnéale, vous accompagne dans votre récupération physique

Mémoire de fin d'étude élaboré en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme.  
Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz.  
SIGNANI Aurélie, promotion 2008.

**Intitulé** : Le suivi des grossesses physiologiques par les sages-femmes en Lorraine.  
*Quelle est la place de la sage-femme dans le suivi prénatal ?*

**Mots clés** : sage-femme, suivi prénatal, suivi obstétrical, grossesse, consultations, accompagnement.

**Domaine** : obstétrique

**Résumé** : une enquête est réalisée par questionnaires auprès des sages-femmes libérales, des établissements de santé et des centres périnataux de proximité de Lorraine pour connaître l'organisation des consultations prénatales pratiquées par les sages-femmes. L'objectif est de faire un état des lieux de la pratique des consultations prénatales par les sages-femmes en Lorraine dans une situation de crise de la démographie médicale.

Cette étude est réalisée en trois temps : élaboration d'un questionnaire, distribution auprès des sages-femmes cadres et des sages-femmes libérales puis analyse des réponses. L'étude aborde deux thèmes principaux : l'organisation des consultations et les difficultés rencontrées.

Les résultats de cette enquête révèlent que la sage-femme a une place au sein du suivi prénatal mais que l'autonomie reconnue par les textes législatifs ne semble pas objective.

Ainsi dans la dernière partie, on expose les points importants sur lesquels les politiques et les corporations de professionnels devront apporter des mesures à moyen terme.

**Summary** : a questionnaire survey on the organization of the antenatal consultations was conducted among liberal midwives, health institutions and proximity perinatal centers in the Lorraine area. The aim is an inventory of the antenatal consultations practice by the midwives in the Lorraine area during a medical demographic crisis.

This study was conducted in three phases : drafting the questionnaire, delivering to the executive midwives and to the liberal midwives, then analysis of the answers. The study deals with two main themes : the consultations organization and the practice difficulties.

The midwives were found to have a real place in the antenatal following but the autonomy which is effective by the laws doesn't seem objective.

Also, in the last party, we suggest some idea about what the politicians and the health workers will get in the future.